



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
MÁGUIDA GOMES DA SILVA**

**O CUIDADO CLÍNICO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM
SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CAPSi**

**FORTALEZA/CE
2009**

MÁGUIDA GOMES DA SILVA

**O CUIDADO CLÍNICO À CRIANÇA E AO
ADOLESCENTE EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO
CAPSi**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Ruth Macedo Monteiro

FORTALEZA – CE
2009

S586

Silva, Máguida Gomes da Silva

O cuidado clínico à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico no CAPSi – como os profissionais cuidam/ Máguida Gomes da Silva. _____

Fortaleza, 2009.

77p.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Ana Ruth Macedo Monteiro.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Sofrimento psíquico. 2. Criança. 3. Adolescente. 4. Saúde Mental. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

COD: 362.20415

MÁGUIDA GOMES DA SILVA

**O CUIDADO CLÍNICO A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SOFRIMENTO
PSIQUICO NO CAPSI**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde.

Aprovada em: 26/03/2009

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Ana Ruth Macedo Monteiro.
Universidade Estadual do Ceará
(Orientadora - Presidente)

Profª Drª. Violante Augusta Batista Braga
Universidade Estadual do Ceará
(Membro Efetivo)

Profª Drª Florence Rominj Tocantins
(Membro Efetivo)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - Unirio

DEDICATÓRIA

A Profa. Ana Ruth por acreditar e confiar em mim, e que um simples obrigado não bastaria por tudo que me fez...

“Ela une todas as coisas, como eu poderia explicar, um doce mistério de rio, com a transparência de um mar...”

Jorge Vercilo

AGRADECIMENTOS

A Deus fonte de toda vitória e Senhor da minha vida, por me carregar nos braços no momentos mais difíceis.

A Profa Ana Ruth que em todos os momentos me engrandeceu com seus exemplos de vida e por não desistir de mim em períodos que eu mesma pensei em recuar.

Aos meus pais pelo apoio a cada dia e pela confiança que depositaram em mim.

Ao meu amor, Hernanes por entender meus momentos de ausência e me incentivar neste projeto.

Aos meus amigos do Mestrado por compartilharmos as dúvidas e por encorajarmos uns aos outros.

Ao profissionais de saúde do HIAS, Hospital em que trabalho por entender a minha ausência dos plantões em prol da finalização de minha dissertação.

Aos profissionais do CAPSi por me receberem de portas abertas e deixarem que fizesse parte de seu cotidiano de forma acolhedora e calorosa.

Aos meus primeiros alunos da disciplina Saúde da Criança da Faculdade Metropolitana de Fortaleza, pelo encorajamento para a finalização deste projeto e admiração pela minha pessoa.

RESUMO

O cuidado cotidiano do paciente em sofrimento psíquico, base da promoção de sua saúde, inclui atividades que integram: família, comunidade, ambiente, valores, cultura, crenças, que os profissionais de saúde deverão considerar para que tenham um atendimento com foco na integralidade e na humanização. O cuidado com resolutividade no Capsi está ligado ao conhecimento técnico dos profissionais e a atitude terapêutica baseada na escuta, acolhimento, estabelecimento de vínculo com o usuário, responsabilidade respeito, tolerância, aceitação das diferenças e solidariedade. Os CAPSi são a principal ação brasileira porque respondem à necessidade de ampliação de acesso ao tratamento para casos que, até então, estavam fora do sistema formal de saúde mental. Nesta perspectiva, este estudo buscou compreender o tipo vivido do profissional de saúde que cuida de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, bem como: delinear o perfil sócio-demográfico dos profissionais de saúde que trabalham nos Centro de Atenção Psicossocial-CAPSi; descrever as estratégias que os profissionais adotam para cuidar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico; identificar os fatores que interferem no cuidado prestado pelos profissionais do CAPSi à crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. A investigação, de natureza qualitativa, foi realizada no CAPSi no Município de Fortaleza-CE, nos meses de novembro de 2008 a janeiro de 2009. Por meio de formulário e entrevista semi-estruturada, o estudo foi desenvolvido com 13 profissionais de saúde. Estes foram selecionados por terem no mínimo seis meses de trabalho no CAPSi e que aceitassem participar da pesquisa. Os profissionais foram abordados na instituição locus do estudo, e, em seguida, foram marcadas as entrevistas de acordo com a disponibilidade dos mesmos. A análise dos dados foi embasada na fenomenologia sociológica. A partir dos depoimentos, definiu-se os grupos temáticos, onde percebeu-se as semelhanças entre os mesmo e criaram-se as categorias concretas, onde os motivos para definiu-se as seguintes categorias concretas: modo de cuidar, dificuldades no cuidado, a caracterização da equipe; e os motivos porque definiu-se as seguintes categorias: as vantagens no cuidar, envolvimento emocional, os primeiros sentimentos e a vontade de cuidar. Tendo um perfil traçado de como são os profissionais do CAPSi podemos relatar, que é composta por um equipe coesa e integrada, onde na sua maioria tem pós graduação na área de saúde mental, estão há pelo menos juntos em torno de 3 anos, daí o convívio diário favorecer uma relação mais próxima uns com os outros, numa faixa de idade onde a média é de 33 anos, tem -se uma visão de profissionais maduros profissionalmente.No CAPSi a equipe conta com estratégias que utilizam para iniciar, dar seguimento e finalizar o tratamento farmacológico e psíquico das crianças e adolescentes, contando com uma equipe multidisciplinar, para que o plano terapêutico feito para cada paciente seja o mais holístico e humanizado, atendo não somente a criança e adolescente, mas sua família e o meio em que vive. Com base nas categorias concretas dos depoimentos dos participantes, pudemos construir o tipo vivido em relação às suas vivências face ao cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. O estudo apontou que há um tipo vivido comum, o que é compreensível porque esses sujeitos estão inseridos em um mesmo grupo social e têm vivenciado com similaridade os motivos para e porque com base em um mesmo contexto de significados nessas vivências. Os profissionais de saúde do CASPi compartilham as mesmas dificuldades e não por isso, deixam seus cuidados para com as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico se tornarem meros serviços prestados

Palavras-chave: sofrimento psíquico, criança, adolescente, saúde mental

The clinical care to the child and adolescent with psychological distress at the CAPS-i

ABSTRACT

The daily care of patients in psychological distress, based on the promotion of their health, including activities that include: family, community, environment, values, culture, beliefs, that health professionals should consider to take care with a focus on the completeness and the humanization. The care as a solution at the CAPS-i (Children's Center for Psychosocial Assistance) is linked to the technical knowledge of the professionals and the therapeutic attitude based on listening, welcoming, establishing a link with the user, responsibility, respect, tolerance and acceptance of differences and solidarity. The CAPS-i are the main Brazilian action because answer the needs of expanding access to treatment for cases that were out of the formal system of mental health. In this context, this study searched to understand the type experienced by the health care professional that takes care of children and adolescents in psychological distress, and outline the socio-demographic profile of health professionals working in the Center for Psychosocial Care-CAPS-i. Describe the strategies that the professionals use to take care of children and adolescents in mental suffering. Identify the factors involved in the care provided by professionals from CAPS-i to children and adolescents in mental suffering. The research, with a qualitative nature, was held in CAPS-i in the city of Fortaleza-CE, between the months of November 2008 to January 2009. Through a form and semi-structured interview, the study was conducted with 13 health professionals. These were selected for having at least six months of work in CAPS-i and who agreed to participate in the research. The professionals were addressed in the institution locus of the study, and then the interviews were scheduled according to availability of same. Data analysis was based on sociological phenomenology. From the evidence, set up the thematic groups, which are realized the similarities between it and were created the concrete categories, where the reasons were: how to care, difficulties in care, the characterization of the team, and were set the following specific categories: benefits in the care, emotional involvement, the initial feelings and willingness to care.

Keywords: psychological distress, child, adolescent, mental health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA.....	14
2 OBJETIVOS.....	18
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	19
3.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	22
3.3 CUIDADO A CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SOFIMENTO PSÍQUICO.....	31
4 METODOLOGIA.....	39
4.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	39
4.2 PERCURSO DA PESQUISA.....	44
5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	49
5.1 MODO DE CUIDAR.....	49
5.2 VANTAGENS NO CUIDAR.....	56
5.3 DIFICULDADES DO CUIDADO.....	58
5.4 CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE.....	61
5.5 ENVOLVIMENTO EMOCIONAL.....	63
5.6 CUIDADO MULTIDISCIPLINAR.....	65
5.7 OS PRIMEIROS SENTIMENTOS.....	67
5.8 A VONTADE DE CUIDAR.....	69
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
7 REFERÊNCIAS.....	74

APRESENTAÇÃO

Este trabalho refere-se a um assunto importante na minha trajetória profissional e diria também em minha vida pessoal; traz o cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, o que envolve a Saúde Mental. Assunto este que esteve no meu caminho não por acaso.

Este tema norteou minha caminhada após ingresso do Hospital Infantil Albert Sabin e concomitantemente no meu ingresso no mestrado, onde compartilhei com a linha de pesquisa de minha orientadora, a qual estava centrada campo de Saúde Mental.

Dentro de um Hospital Infantil nos deparamos com inúmeras doenças, síndromes, bem como seus mais variados tratamentos e prognósticos e também a equipe necessária para trabalhar em cada caso neste processo de saúde – doença, ou seja, nos deparamos no cuidar de crianças e adolescentes com as “doenças do corpo”.

Como paralelamente ao ingresso nesta instituição infantil, deu-se minha entrada no Mestrado de Cuidados Clínicos e Saúde, onde a partir daí tive uma aproximação com a saúde mental, e onde iniciaram alguns questionamentos, pois me deparava com a realidade do cuidar de crianças e adolescentes “normais” e me perguntava: como seria o cuidar de crianças e adolescentes que sofrem algum transtorno mental? Onde se dá este tratamento? Como é a equipe que é direcionada para o cuidar destes atores?

Sendo assim, surgiu o interesse em desenvolver a pesquisa o que me levou também para uma aceitação a nível pessoal e espero assim estar contribuindo para a ampliação e confirmação neste campo de trabalho que é Saúde Mental para a enfermagem, pois acredito que esta é parte integrante na promoção da saúde e na melhor qualidade de vida dos que sofrem psiquicamente. Partindo do pressuposto que o cuidar é parte integrante do cotidiano dos profissionais de saúde, acredito ser de grande valia compreender como se cuida de pessoas que sofrem psiquicamente afim de se desvincular do plano da doença e invadir o mundo intersubjetivo onde se pode perceber as verdadeiras essências de cada ser.

Nesta perspectiva, estruturei o estudo na seqüência delineada:

1 Aproximação ao tema - abordo o tema escolhido para a pesquisa, relatando como ocorreu meu interesse por ele. Além disso, descrevo considerações pautadas em minha experiência profissional e pessoal, e ressalto a relevância do objeto de estudo.

2 Objetivos - o trabalho prossegue trazendo os objetivos esperados para a investigação proposta, traçados de forma a contemplar de maneira mais abrangente possível os resultados almejados.

3 O Discurso da literatura - encontra-se um apanhado de achados de produções anteriores desenvolvidas na mesma área do estudo, com vistas a facilitar a compreensão da problemática que envolve a criança e ao adolescente em sofrimento e o cuidado aos mesmos, retoma a reforma psiquiátrica e ressalta também uma descrição ao serviço de saúde mental infantil (CAPSi).

4 Aspectos teóricos e metodológicos - aqui, o referencial teórico da Fenomenologia Sociológica, de Alfred Schütz, que apóia o estudo, foi apresentado, com breve consideração acerca da influência de pensadores como Edmund Husserl e Max Weber nas idéias de Schütz, e exploração de alguns de conceitos pertinentes à análise do tipo vivido dos profissionais de saúde do Capsi. Na seqüência, toda a trajetória metodológica desempenhada na realização do trabalho é descrita, contemplando as estratégias adotadas e algumas dificuldades experimentadas para o encontro com os profissionais no serviço de saúde.

5 Resultados e discussão - Apresentação das categorias concretas evidenciadas pela análise dos depoimentos são expostas, favorecendo o entendimento do cuidado dos profissionais de saúde á criança e ao adolescente em sofrimento e o tipo vivido destes profissionais de saúde, compreendido como uma ação intencional que envolve uma relação intersubjetiva entre o profissional de saúde e a criança/adolescente.

6 Considerações finais - Consolida os principais achados do estudo, estabelecendo um relação entre objetivos e resultados e traz reflexões sobre o cuidar de criança e adolescentes em sofrimento psíquico.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado cotidiano do paciente em sofrimento psíquico, base da promoção de sua saúde, inclui atividades que integram: família, comunidade, ambiente, valores, cultura, crenças, que os profissionais de saúde deverão considerar para que tenham um atendimento com foco na integralidade e na humanização.

Esta integralidade e humanização garantem um cuidado adequado e permite que o bem estar físico e emocional do outro seja atingido com êxito. Em contra partida o profissional de saúde se sente realizado, pois percebe na evolução do paciente que seu objetivo de deixá-lo pleno em seu bem estar seja físico ou mental foi alcançado.

A preocupação com o bem estar, a identificação e atendimento das necessidades de cuidados de saúde do ser humano, aliados às estratégias e ações técnico-científicas referentes ao cuidado físico, técnico e afetivo-emocional parecem se constituir em requisitos essenciais para a eficácia do processo de cuidar. Cuidar é uma maneira "nutritiva" de relacionar-se com alguém a quem a gente valoriza e se sente comprometido e responsável (PIRES, 2005).

O cuidar profissional requer conhecimentos fundamentados em sólida base técnico-científica e deve estar também alicerçado em atitudes coerentes com crenças humanísticas que ofereçam sustentação ao desenvolvimento de um processo de cuidar que procure firmar a relação afetivo-emocional entre quem cuida e quem é cuidado, com vistas a alcançar saúde e bem estar.

A relação afetivo-emocional entre profissional de saúde e paciente em sofrimento psíquico é alicerçado por responsabilidade e respeito às diferenças existente entre ambos. No entanto esse vínculo só é estabelecido porque existe o tempo a favor, ou seja, existe momentos de encontros e realizações de atividades onde se permite os atores conhecerem-se, abordarem as dificuldades, apontarem as qualidades, etc. Há o estabelecimento de confiança para o início de um tratamento terapêutico.

Para Bressan e Scatena (2002) a relação paciente com transtorno mental e

profissionais de saúde ganha uma particularidade, pois não há uma rotatividade de pacientes e, desta forma, cria-se um vínculo nesta relação, o cuidar se mostra também com características assistenciais: higiene corporal, aparência pessoal, ouvir, estimular, tocar, relações interpessoais entre profissionais e pacientes.

Diante disto, vê-se que o cuidado não se limita à relação profissional-paciente, mas integra um número de fatores e outros sujeitos envolvidos na relação terapêutica. Isso por que os profissionais de saúde dependem das restrições dos serviços de saúde, ao que este lhe oferece em termos de estrutura física, tecnologias, autonomia profissional, entre outros.

E em se tratando de cuidar, existe uma atenção mais específica na Saúde Mental, é o cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico. Segundo Ribeiro (2004) diante da história da saúde mental infantil, relata que somente no século XIX que se inicia a institucionalização dos saberes médicos e psicológicos aplicados à infância e onde se inicia os cuidados reservados à criança.

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

Nos primórdios da saúde mental, os pacientes portadores de transtornos mentais tinham como tratamento proposto a substituição do seu ambiente onde residia com sua família, para o âmbito hospitalar, onde cabia somente a este e ao poder médico de curar estes que apresentavam qualquer tipo de comportamento inadequado.

Sendo assim, a instituição psiquiátrica mantinha-se como centro da assistência ao doente mental. No entanto no final da década de 40 houve críticas ao sistema e a criação de teorias acerca da doença mental (MORENO E ALENCASTRE, 2003). A partir de então, os serviços de saúde mental utilizam-se de processos de desinstitucionalização como forma de organização que busca criar uma relação mais solidária entre os pacientes, equipe de saúde, família e a comunidade.

Na década de 80, a reforma psiquiátrica priorizou a mudança do modelo assistencial, onde conseqüentemente, a desinstitucionalização começou a dar espaço aos serviços substitutivos como CAPS (centro de atenção psicossocial), Hospitais-dia, Residências terapêuticas, trazendo assim alterações na assistência em saúde mental (MORGADO, 1994).

Os CAPS assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo, tornando-se estratégico para reversão do modelo hospitalar. O Ministério da Saúde preconiza para estes serviços o papel de articulador de uma lógica de rede calcada em várias instâncias como as de cuidados básicos, ambulatoriais, leitos de hospitais gerais e reabilitação psicossocial (DELGADO, 2001).

Os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes recebem atendimentos terapêuticos, sejam eles grupais ou individuais, voltados para o tratamento e a reabilitação psicossocial havendo inclusão da família e de questões de ordem social do cotidiano dos usuários (BRASIL, 2002).

Percebe-se assim que o CAPS visa o atendimento e acompanhamento não apenas do ser que sofre, mas de todos que fazem parte da vida dos seus pacientes, tendo garantido a abordagem holística e humanizada.

Diante disto, os Centros de Atenção Psicossocial buscam garantir acesso, integralidade e resolutividade na atenção prestada, acolhendo uma clientela com sofrimento psíquico e seus familiares por uma equipe multiprofissional (FURTADO E CAMPOS, 2000).

Já que os CAPS adotam uma maneira diferente de lidar com o sofrimento psíquico e, colocando-se assim como um espaço de produção de novas práticas sociais podemos salientar que o cuidado prestado pela equipe de saúde mental deve trazer uma abordagem holística, não comporta uma atenção centrada apenas na patologia, mas no ser em sofrimento, família e meio social.

No entanto, por ser o cuidar algo complexo, nos questiona: Como os profissionais

cuidam de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico? Quais os fatores que interferem neste cuidado?

Estudo realizado Breda e Augusto, 2001, que buscou compreender o cuidado prestado em saúde aos portadores de transtorno psíquico na atenção básica, revelou que o cuidado tem sido medicalizado, hospitalar e fragmentado. Os profissionais de saúde, assim como as famílias têm reproduzido a lógica do internamento psiquiátrico, que é reforçada pela insuficiência e ineficácia do sistema público de atenção em saúde mental.

Estimativas internacionais e do Ministério da Saúde apontam que 3% da população (cinco milhões de pessoas) precisam de cuidados contínuos em Saúde Mental, por apresentarem transtornos mentais severos e persistentes e que 9% necessitam de observação eventual. Assim, 12% da população do país (20 milhões de pessoas) necessitam desse atendimento especializado (BRASIL, 2005).

Pesquisas mostram que 14 a 20% da população infanto-juvenil, do nascimento aos 18 anos de idade, têm algum tipo de transtorno psiquiátrico e que em cerca de 3 a 5% desse grupo têm um transtorno grave (BRANDEMBERG & SILVER, 1990 e COSTELLO *et al.*, 1993 apud STUART & LARAIA, 2001).

A grande concentração de adolescentes no país e a expectativa de que em 2020, segundo a *Disability Adjuste Life Years*, a depressão maior será a segunda principal patologia geradora de sobrecarga sobre os serviços de saúde, somados às necessidades citadas anteriormente, remete-nos à importância de se iniciar rapidamente o tratamento do adolescente deprimido. (BASHL; 2002)

Alguns conflitos podem aparecer durante a construção da identidade do adolescente. O rumo que ele dá para sua vida acaba tendo influências da sociedade, a qual cobra de cada pessoa um papel social o mais definitivo possível. Nesta fase onde a identidade do adolescente ainda não se completou fica difícil falar em papel social definitivo. A adolescência, por ser um período particularmente rico em possibilidades desestabilizadoras, já que é um momento de definições diversas no campo sexual, profissional, familiar, lança questões que alguns jovens não têm condições de responder positivamente, determinando sofrimento psíquico e a eclosão de quadros psicopatológico (BALLONE, 2002)

Com o aumento da população atingida por transtornos psíquicos, houve maior interesse na área e muitos avanços foram conquistados por essa população. Um deles foi a modificação na forma de cuidar dos portadores de transtornos mentais: a reforma psiquiátrica foi um marco de mudanças no trabalho em Saúde mental. Antes, considerava-se que isolar da sociedade seria a melhor forma de lidar com essas pessoas, tirando-as de tal convívio familiar e social.

Hoje, o processo de desinstitucionalização do atendimento em saúde mental é a meta. Com ele buscam-se serviços que substituam o antigo modelo hospitalocêntrico que utiliza o internamento asilar como única forma de terapêutica para com esses pacientes. A rede de Atenção Básica, hospitais-dia, NAPS/CAPS (Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial) são as novas formas de atenção à Saúde Mental da população Brasileira.

Estudo realizado na cidade de Maceió com portadores de transtorno psíquico, seus familiares e profissionais do Programa Saúde da Família demonstrou que o cuidado ao portador psíquico na atenção básica em saúde tem sido medicalizado, hospitalar e fragmentado. Os profissionais de saúde, assim como as famílias têm reproduzido a lógica do internamento psiquiátrico, que é reforçada pela insuficiência e ineficácia do sistema público de atenção em saúde mental local (BRÊDA & AUGUSTO, 2001).

A Declaração de Caracas, redigida em 1990, também, reforça a idéia da reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à Atenção Primária à Saúde, permitindo a promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados com suas redes sociais, preponderando a manutenção do doente em seu meio social (KALIL, 1992).

O que envolve construir uma nova forma de cuidado que, não seja mais de exclusão e isolamento, mas, pautada, sobretudo, na democracia, solidariedade e tolerância em relação à diferença. Uma forma de cuidado que se revele numa atitude de colocar atenção, mostrar interesse, compartilhar e estar com o outro com prazer; não numa atitude de sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito, numa relação não de domínio sobre, mas de com-vivência, não de intervenção, mas de interação (BOFF, 1999).

Crianças e adolescentes tornam-se adultos saudáveis quando seu processo de

desenvolvimento e crescimento é satisfatório, reagem de forma satisfatória às ações de seu âmbito familiar, social e profissional. No entanto, variações no processo de desenvolvimento saudável, seja em consequência de respostas adaptativas, de transtornos transitórios, ou de desvios no desenvolvimento esperado, podem levar a quadros clínicos diversos, precursores de problemas para a saúde mental da criança e posteriormente do adulto.

1.1 APROXIMAÇÃO AO TEMA

A Saúde Mental começou a permear minha vida profissional ainda na faculdade, onde nas disciplinas de Psiquiatria tinha que participar e liderar grupos de vivências, os quais eram compostos por mulheres com diagnósticos de depressão.

Acreditava que seria o único contato que teria durante minha carreira profissional, ledor engano, após dois anos trabalhando no Programa Saúde da Família, fui convidada a ingressar na equipe multidisciplinar do Centro de Apoio Psicossocial de uma cidade do interior do Ceará, me dispus a ir conhecer o serviço e estagiar por 15 dias no intuito de realmente me identificar com a proposta. Assim o fiz, no entanto não permaneci na unidade não mais tempo do que havia prometido, mesmo com pedidos da equipe que insistia em solicitar minha permanência.

Conheci a equipe por completo, os fluxos de atendimentos, alguns pacientes, comandeí certas atividades, fiz atendimento de enfermagem a paciente nas triagens, avaliações, acolhimentos, enfim tive uma visão do que poderia desenvolver e crescer naquele serviço. No entanto algo me angustiava, como poderia ajudar aqueles atores e entendê-los se não fazia isso com minha própria irmã que tinha transtorno mental? Assim me obriguei a recuar, pois acreditava que não seria capaz, que não iria conseguir.

Após este evento, fui convidada a trabalhar em um hospital infantil na cidade de Fortaleza, com crianças e adolescentes com problemas neurológicos, foi meu primeiro contato com esta clientela, o que trouxe uma certa ansiedade já que até então só havia trabalhado com adultos. Foi um desafio, que consegui superar.

Conviver todos os dias com aquelas crianças e adolescentes neurológicos, onde na maioria eram pacientes graves e com mau prognóstico, não poderia deixar de

perceber o sofrimento psíquico dos próprios pacientes e de seus respectivos acompanhantes, a demora da internação, a ansia pela cirurgia, o cuidado específico prestado pela equipe médica e de enfermagem. Concomitante a isto, se deu meu ingresso no curso de Mestrado em Cuidados Clínicos e Saúde, onde desenvolveria uma pesquisa na área de Saúde Mental Infantil.

A ansiedade veio a tona, e um questionamento: seria o acaso pesquisar em Saúde Mental? Ou haveria de ter um propósito em todo este percurso?. De uma forma ou de outra o medo do novo me tomou conta. Será que conseguiria desenvolver minha pesquisa em Saúde Mental sem que visse a imagem de minha ente querida em cada percurso desta pesquisa, mesmo sendo com crianças?, pois tinha medo de reviver cada experiência passada.

Durante muito tempo esse receio me acompanhou e até me fez pensar em recuar em alguns momentos, algo me dizia que não iria conseguir de novo, e aí me lembrava que havia desistido uma vez de trabalhar na Saúde Mental, e me questionava será que irei desistir novamente? Ora acreditava que não, pois o me fez recuar antes foi o fato de que me lembrava de minha não aceitação do transtorno de minha irmã, e agora iria trabalhar com crianças e adolescente, em situação semelhante. Será que não traria para essa experiência o que vivenciei com minha irmã? Ora eu acreditava que sim, mesmo sendo atores diferentes, idades diferentes, não era este o fato, mas sim que ambos (minha irmã e as crianças/adolescentes em sofrimento) tinham o mesmo “problema”, tinham transtorno mental e era isso que eu não aceitava.

Realmente não é por acaso que passei por isso. Se for relatar todo o percurso percebo que era necessário vivenciar as dúvidas, os trabalhos e a pesquisa: o convite em trabalhar no CAPS adulto, o ingresso no HIAS no setor neurológico com crianças e adolescente, eu tinha que conhecer primeiro estes atores, suas essências, seus perfis (e isso eu presenciei nesta instituição), o ingresso no mestrado e a vinda da saúde mental para que eu pudesse me aperfeiçoar na literatura, compreender mais de todo esse processo de transtorno psíquico e definir a pesquisa em crianças e adolescente. Hoje, vejo que se fez necessário todas essas vivências para que esse momento chegasse.

Desenvolver este estudo na saúde mental e com crianças e adolescentes me fez compreender minha irmã e abriu e ampliou meus conhecimentos nesta área onde a

enfermagem firma sua assinatura ao longo do tempo e mostra que se tem muito o que fazer neste campo, contribuindo para a promoção da saúde e zelando pela qualidade de vida destes atores.

Mesmo não tendo escolhido e sim tendo sido escolhida comecei a perceber que não era por acaso estar no campo da Saúde Mental, sabia que havia uma finalidade em vivenciar o que a vida colocara diante de mim.

Ao finalizar esta pós graduação olho para trás e vejo que o resultado não poderia ser diferente, pois, me vejo prestes a ser Mestre em Cuidados Clínicos e Saúde e percebo que as leituras de artigos em saúde mental, as anotações dadas por minha orientadora, a volta aos livros específicos neste assunto, o conhecimento da patologia, da fisiologia e das mudanças tidas a quem sofre psiquicamente, me fez entender e aceitar minha irmã que tem transtorno mental e a contemplar no meu cuidado á criança e adolescentes a Saúde Mental.

Nessa perspectiva, inserimos o sofrimento psíquico, enquanto construto da área da saúde mental. Sua complexidade nos permite ir além de nossa interpretação cognitiva. É um processo subjetivo, social, além de cultural, e suas dimensões atingem não só àquele que sofre como também a quem o rodeia. É uma condição em que a pessoa pode não interagir com a realidade objetiva das demais, tornar-se enfraquecida e, até mesmo, questionar o sentido da própria vida (ROCHA, 2003).

Enfermagem lida com a dor e o sofrimento do ser humano desde seu inicio. É inerente à profissão o cuidado prestado ao indivíduo e à sua família de maneira a garantir-lhes boas condições de saúde física e mental. Sofrer vai além do saber e do plano físico. O sofrimento é mais que uma simples ameaça à integridade biológica, mas também à sua integridade como homem, como sujeito de ação, de reação e que possui necessidades próprias, específicas, que precisa de atenção e cuidado solidário.

A criança, durante o seu processo de desenvolvimento e crescimento explora e interage com o ambiente a qual se encontra de forma permanente, quando lhe são oferecidas oportunidades em ambientes favoráveis, pois cuidar de quem se encontra internamente fragilizado e desorganizado em função de um transtorno não é fácil de lidar,

assim cabe aos profissionais de saúde, e em destaque o enfermeiro que é um profissional importante para promoção da saúde, auxiliar a restabelecer e/ou estabelecer convívio destas crianças e adolescentes com o mundo que a cerca, contribuindo com que elas superem suas dificuldades através de um cuidado contínuo e individualizado de forma construtiva, dinâmica e saudável.

2 OBJETIVOS

1. Objetivo Geral

Compreender o cuidado prestado pelos profissionais do Centro Atenção Psicossocial-CAPSi à crianças e adolescentes em sofrimento psíquico

Objetivos Específicos:

Delinear o perfil sócio-demográfico dos profissionais de saúde que trabalham nos Centro de Atenção Psicossocial-CAPSi.

Descrever as estratégias que os profissionais adotam para cuidar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Identificar os fatores que interferem no cuidado prestado pelos profissionais do CAPSi à crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para fundamentação da pesquisa seguem-se abaixo tópicos referentes: A Reforma Psiquiátrica, em que aborda o seu início no Brasil, seus princípios e marcos importantes para o seu firmamento; em seguida há descrição do CAPS onde se configura uma das propostas da Reforma Psiquiátrica. Relata seus tipos e suas ações e atividades realizadas com sua clientela específica, tornando-se assim fácil compreensão do seu funcionamento; por fim relato sobre o cuidado a criança e adolescente em sofrimento psíquico, trazendo este cuidado como um dos focos do Centro de Atenção Psicossocial.

3.1 A Reforma Psiquiátrica

A atual política de saúde mental brasileira tem como pilares os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes da Reforma psiquiátrica, que preconizam o resgate da cidadania do sujeito portador de sofrimento psíquico, tendo como meta sua reinserção social, buscada através de um modo psicossocial de cuidado em saúde mental.

A Reforma psiquiátrica tem seu início no final dos anos 70, onde se evidencia a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, caminhando para uma superação da violência asilar e a possibilidade de desospitalização dos pacientes.

A reforma é considerada o processo de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma de psiquiatria (AMARANTE, 1995).

A reforma psiquiátrica prevê a constituição de uma rede de serviços sociais de saúde visando a atenção integral, ou seja, considerando as várias dimensões da vida do indivíduo: educativa, preventiva, assistencial e reabilitação (KANTORSKI, 2006)

Tem-se entre os anos de 1978 e 1991 críticas ao modelo hospitalocêntrico, incentivado com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, onde reunia integrantes do movimento sanitário, associações de familiares de pacientes, usuários com histórias de internações psiquiátricas e sindicalistas, onde criticavam a assistência

prestada ao paciente com transtorno mental, a mercantilização da loucura, a violência nos manicômios, hegemonia da rede privada de assistência (BRASIL, 2005).

Com este movimento há o surgimento de novas propostas e ações de reorientação da assistência na saúde mental, quebrando assim antigos paradigmas e às críticas radicais ao manicômio. É sabido que com este movimento deu-se a realização da I Conferencia Nacional de Saúde Mental.

No Brasil, o marco da Reforma Psiquiátrica foi o surgimento do primeiro CAPS (Centro de atenção Psicossocial) na cidade de São Paulo no ano de 1987, respaldando que os serviços substitutivos proposto pela reforma eram possíveis e exeqüíveis. Porém, em 1989 Projeto Lei Paulo Delgado regulamenta os direitos das pessoas com transtorno mental, passo este que vinha a consolidar a saúde mental nos campos normativo e legislativo (BRASIL, 2005).

A reforma psiquiátrica ganha seu respaldo cada vez mais, quando a Lei Federal 10.216/2001 redireciona a assistência em saúde mental privilegiando o tratamento serviços de base comunitários e direitos e proteção das pessoas com transtornos mentais. Dispõe sobre a atual política de saúde mental no país, elege a necessidade da atenção à saúde mental em uma rede de base territorial comunitária. Como fruto da política de incentivo e fortalecimento da atenção extra-hospitalar, o número de leitos em hospitais psiquiátricos no país foi reduzido de 72.514, em 1996, para 60.868 em 2000 e, no ano de 2004, os leitos perfaziam um total de 45.814 (BRASIL, 2006).

Essa diminuição teria permitido o redirecionamento dos recursos financeiros, antes investidos em leitos, para outras formas de cuidar em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços residenciais terapêuticos (STR), os ambulatórios e também a rede básica de saúde, especialmente o Programa de Saúde da Família (PSF). O redirecionamento dos recursos sinalizaria a ampliação do acesso da população aos serviços territoriais de saúde mental em todo o país e o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) funcionaria como motor da redução de leitos em todo o território brasileiro (BRASIL, 2003).

Atualmente, o Brasil possui 228 hospitais psiquiátricos com um total de 40.524 leitos (0,22/1000 habitantes). Deste total de leitos, 20% são públicos, 59% privados e 21% filantrópicos. Os Estados com maior concentração de leito por habitante são, respectivamente, Rio de Janeiro, Pernambuco e São Paulo. Quanto às internações por

sexo, entre janeiro e março de 2006, o índice foi de 65% de homens e 35% de mulheres. Os transtornos responsáveis pelo maior número de internações foram a esquizofrenia e os delírios. O Brasil possui, ainda, como componentes da rede de assistência em saúde mental, 882 CAPS em funcionamento, 426 serviços residenciais terapêuticos e 390 ambulatórios (SAUDE MENTAL EM DADOS, 2006).

Na década de 90 com a realização da II Conferência nacional de Saúde Mental e a assinatura da Declaração de Caracas, entram em vigor as normas federais que regulamentariam a implantação de serviços de atenção diária e onde haveria o início da substituição progressiva dos leitos psiquiátricos (BRASIL, 2000).

Sendo assim, com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política de saúde mental do governo federal passa a consolidar-se, tendo mais visibilidade e maior sustentação, ou seja, há um financiamento específico criado pelo Ministério da Saúde para os serviços substitutivos, fiscalização da redução de leitos psiquiátricos e início do processo de desinstitucionalização de pessoas internadas, com programas como o ‘De volta para casa’ (BRASIL, 2002).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, vem consolidar a reforma psiquiátrica como política de governo, colocar o CAPS como valor estratégico de mudança do modelo de assistência em saúde mental e confere a construção de política de saúde mental para usuários de álcool e drogas. Afirma também a importância da família como aliada na nova forma de atenção a ser ofertado ao portador de sofrimento psíquico (BRASIL, 2002).

Vale ressaltar, que um dos desafios da reforma psiquiátrica seria a avaliação dos hospitais psiquiátricos na tentativa de colocá-los em hierarquia de qualidade de serviços. Caso não obtivesse o mínimo de condições de assistência seria dado um ultimato, não deixando de lado os aspectos que eram valorados no momento da avaliação por uma junta composta por técnico clínico, vigilância sanitária e controle normativo, assim o que se chamou de PNASH/Psiquiátrica teve uma avaliação sistemática e anual.

O programa nacional de avaliação do sistema hospitalar/psiquiátrica (PNASH) permite aos gestores a qualidade de assistência dos hospitais psiquiátricos ao mesmo tempo em que indica critérios para um assistência psiquiátrica hospitalar compatível com

sua população adscrita (BRASIL, 2002).

Sendo assim, a política de desinstitucionalização vem tendo um grande avanço, pois o PNASH/psiquiatria assumiu a função de desencadear a reorganização da rede de saúde mental, garantindo os direitos humanos dos pacientes em sofrimento psíquico e o fechamento de instituições que não garantiam o mínimo de cuidados a estes pacientes, sem acarretar a desassistência à população.

3.2 Centro de Atenção Psicossocial

Os CAPS são articuladores estratégicos da política de saúde mental num determinado território, onde é visto como produtor de autonomia e que coloca o usuário diante de sua responsabilidade acerca de seu tratamento.

Considerando os CAPS dispositivos estratégicos da reforma dos cuidados em saúde mental no Brasil configurando-se como grande aposta do Movimento da Reforma Psiquiátrica julgam-se necessárias investigações geradoras de subsídio para Reforma Psiquiátrica Brasileira e propulsora de um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas e da avaliação de serviços de saúde.

O CAPS surgiu em oposição á concepção de separação entre o corpo e mente, de isolamento social e cultural como tratamento, á desapropriação dos direitos do doente e á delegação aos técnicos de toda a competência sobre a doença e o corpo doente (OLIVIER, 2001).

São estes serviços que trazem a possibilidade de reorganização de uma rede substitutiva do Hospital psiquiátrico no país. Para tanto, é função do CAPS prestar serviço de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos e promover a inserção das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais.

Os Centros de Atenção Psicossocial têm seu surgimento nos anos 80 no Brasil, e passam a receber do Ministério da Saúde uma linha específica de financiamento. São serviços comunitários, abertos, municipais, realizando acompanhamento clínico e reinserção social das pessoas com transtornos mentais através do lazer, do trabalho e do convívio familiares e comunitários. (BRASIL, 2004).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica(BRASIL, 2002).

O CAPS é um serviço substitutivo de atenção em saúde mental que tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos, por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade, mas que envolve os familiares no atendimento com a devida atenção necessária, ajudando na recuperação e na reintegração social do indivíduo com sofrimento psíquico.

Rotelli (2001) argumenta que os serviços inovadores devem romper com os serviços médicos e psicológicos tradicionais, deve favorecer todo tipo de trocas sociais, produzir sociabilidade, não reduzir o sujeito a sintomas, mas reinscrevendo no corpo social.

Com vistas a não reproduzir as forma de agir e pensar, guiadas pelo paradigmas manicomial, Nicácio (2004) argumenta que no CAPS, deve-se buscar além do direito a hospitalidade diurna, da atenção a crise ou de um espaço de convivência, a criação de redes de relações que se estendam para além de suas fronteiras.

Segundo Ministério da Saúde (2004) os CAPS visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);

- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Ressalta-se a importância da implantação dos CAPS como serviços inovadores em saúde mental ao modelo do hospital psiquiátrico tradicional, considerando-se a necessidade construída socialmente de se instituir modos de cuidar que promovam a inclusão social daquele que sofre.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim estes serviços se diferenciam como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad (BRASIL, 2004).

Os Caps I são de menor porte capaz de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Contam com uma equipe mínima de 9 profissionais entre nível superior e nível médio e tem como clientela, adultos com transtornos mentais severos e persistente e transtorno decorrente de uso de álcool e abuso de drogas. Funcionam nos cinco dias úteis da semana e atendem uma demanda mensal de cerca de 240 consultas.

O Caps II é de médio porte capaz de cobrir municípios acima de 50000 habitantes, atendendo a clientela de transtornos mentais severos e persistentes. Conta com equipe mínima de 12 profissionais entre nível superior e nível médio, com capacidade de atendimento 360 por mês, funcionando nos cinco dias úteis da semana.

O Caps III é de maior porte, dão cobertura a municípios com mais de 200000 habitantes, são serviços de grande complexidade, pois funcionam 24 horas em todos os dias da semana inclusive feriados. Quando necessita o Caps III realiza acolhimentos noturnos, de algumas horas até 7 dias (5 leitos), a equipe é composta por 16 profissionais entre nível médio e superior, com capacidade para atender cerca de 450 pacientes por mês.

O Capsad especializado no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas, previstos nas cidades com mais de 200000 habitantes, funcionam nos cinco dias da semana, conta com equipe mínima de 13 profissionais entre nível médio e nível superior e tem atendimento mensal com cerca de 240 pessoas por mês.

Em 2002 foram implantados serviços públicos específicos para crianças, adolescentes e jovens, denominados Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Tais serviços foram propostos com a função de prover a atenção comunitária em saúde mental de forma integral, além de organizar a rede de cuidado existente no seu território de abrangência, tornando-se, portanto, elementos estratégicos nesta proposta de reversão do modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2004).

Os Capsi estão com esta proposta de atendimento específico a criança e adolescentes em sofrimento psíquico, sendo serviços recentes e que ainda está tentando se adequar aos seus usuários concomitante estão absorvendo demandas cada vez maiores, chegando a questionar onde estavam estas crianças antes de vivenciarem os cuidados no CAPS infantil?.

No Brasil, é fato recente o reconhecimento, pelas instâncias governamentais, de que a saúde mental de crianças e jovens é questão de saúde pública e deve integrar o conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) – responsável pelo desenvolvimento da política geral de saúde mental brasileira. Historicamente, as ações relacionadas à saúde mental da infância e adolescência foram, no país, delegadas aos setores educacional e de assistência social, com quase ausência de proposições pela área da saúde mental (BRASIL, 2002).

Os CAPSi foram planejados para atender prioritariamente às demandas de transtornos psiquiátricos severos e persistentes, empregando alternativas de tratamento apoiadas em uma proposta terapêutica individualizada, articulada com diferentes serviços extra-hospitalares como residências terapêuticas, ambulatórios, leitos em hospitais gerais, oficinas de geração de renda, entre outros.

Os CAPSi são também encarregados de desenvolver ações para conhecimento e ordenação das diferentes demandas que concernem à saúde mental da infância e

adolescência no território sob sua responsabilidade. Esta inflexão para o território, conjugada ao atendimento dos casos, imputa a estes serviços um duplo mandato: terapêutico e gestor. Este último deve ser realizado por meio: 1) do levantamento das reais necessidades em saúde mental presentes no contexto social específico onde está inserido e nos equipamentos públicos locais como, por exemplo, escolas, conselhos tutelares, abrigos, postos de saúde e demais, por intermédio de reuniões regulares e/ou outras estratégias pertinentes; 2) da pactuação de fluxos pelos diferentes serviços/setores, visando à melhor cobertura das demandas que, mesmo não requerendo tratamento diário e intensivo, exigem cuidado e tratamento (DELGADO et al, 2008).

Os CAPSi, assim como os outros CAPS são regulamentados pela Portaria no 336/GM de 19 de Fevereiro de 2002 e integram a rede do SUS, o Sistema Único de Saúde. Esta Lei ressalta que no Capsi a criança se mantém no ambiente familiar, não tendo a necessidade de haver a separação de seus parentes durante o tratamento, incorpora a família como parte deste tratamento e incide a atuação de uma equipe interdisciplinar, onde a criança é provida de profissionais que irão atuar de forma humanizada e holística (BRASIL, 2002).

O Capsi é especializado em atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais, atuando em municípios com mais de 200000 habitantes, atuam nos cinco dias da semana (úteis), composta por equipe mínima de 11 profissionais com atendimento em torno de 180 consultas mensais (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004) a assistência prestada pelo Capsi deve incluir: atividade individual, atividades em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento a família, desenvolvimento de ações intersetoriais e atividades comunitárias.

Segundo a Portaria/GM nº 336 de 10 de fevereiro de 2002 o CAPSi deve integrar as seguintes características:

- Constituir-se de serviço de atendimento ambulatorial de atenção diária a criança e adolescentes com transtornos mentais.

- Possuir capacidade técnica para desempenhar papel de regulador da porta de

entrada a rede assistencial do âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial definido na Norma Operacional Assistência a Saúde de acordo com a determinação do gestor local.

Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda, e da rede de cuidados de saúde mental de crianças e adolescente no âmbito do seu território.

- supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito de seu território e/ou modelo assistencial, na atenção a infância e adolescência.

- Coordenar, sob supervisão do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico, a crianças e adolescentes no âmbito do seu território.

Consta também que a equipe técnica mínima para atuação do CAPSi, no atendimento de 15 crianças e/ou adolescentes pôr turno, tendo como limite máximo 25 pacientes/dia: será composta de: um médico psiquiátrico, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, 4 profissionais de nível superior, entre as categorias de psicólogos, assistente sociais, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo ou pedagogo, e 5 profissionais de nível médio, entre auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativos, técnico educacional e artesão.

O cuidado com resolutividade no Capsi está ligado ao conhecimento técnico dos profissionais e a atitude terapêutica baseada na escuta, acolhimento, estabelecimento de vínculo com o usuário, responsabilidade respeito, tolerância e aceitação das diferenças e solidariedade.

Os CAPSi são a principal ação brasileira porque respondem à necessidade de ampliação de acesso ao tratamento para casos que até então estavam fora do sistema formal de saúde mental (COUTO, 2001).

Os indicadores disponíveis sugerem que a expansão da rede CAPSi está aquém da necessária e constitui um importante desafio a ser enfrentado. A evolução no país do número de CAPSi, por ano, desde sua criação. Existiam, ao final de 2007, um total de 86

CAPSi em funcionamento. Em cinco anos, de 2002 a 2007, 54 novos serviços foram disponibilizados. O parâmetro populacional estabelecido pela base normativa (200.000 habitantes ou mais) incide diretamente sobre 130 cidades no país, sendo 14 com mais de um milhão de habitantes, onde, certamente, e não somente nelas, o número de CAPSi deveria ser maior do que um (DELGADO et al, 2008).

Aproximadamente de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais. Dessa porcentagem, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Os males mais encontrados nessa faixa etária são a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade. Houve, também, aumento da ocorrência do uso de substâncias psicoativas e do suicídio entre adolescentes (BRASIL, 2005).

Tendo em vista o crescente número de crianças e adolescentes em sofrimento mental e a política de reforma psiquiátrica, em 2004, o “Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil” enfocou a necessidade de desinstitucionalização de crianças e adolescentes, especialmente aqueles que possuem transtornos psíquicos. Dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome apontam que existiam em 2004 aproximadamente 19.400 crianças e adolescentes em abrigos, incluindo os que são relativos à portadores de deficiência e 11.00 adolescentes cumprindo, em regime de internação, medidas sócio educativas (BRASIL, 2004).

Desde antes de 1986, quando o primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado, o governo federal já atentava para a necessidade da criação de um serviço especializado em Crianças e adolescentes, os CAPSi. Os resultados do “Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil” serviram para reforçar esse enfoque, mostrar que há a o imperativo de investimentos nessa variedade de serviço. (BRASIL, 2004).

Para sua implantação e qualificação, os CAPS requerem elaboração de novas formas de trabalho clínico e organização institucional. Dentre estas, destacamos as equipes/profissionais de referência, arranjo que apóia-se na interdisciplinaridade e no vínculo entre profissional e usuário, para prestar atendimento integral e singular aos pacientes. Para a efetivação desse arranjo cada profissional, ou grupo de trabalhadores de categorias diversificadas, é referência de certo número de usuários, responsabilizando-se pela elaboração, aplicação e avaliação de um projeto terapêutico com objetivos

elaborados conjuntamente e perseguidos a contento. A marca central é o fato de o profissional, por meio de um plano compartilhado, assumir o acompanhamento do paciente considerando aspectos sociais, familiares, políticos e psíquicos. O arranjo equipes/profissionais de referência procura potencializar os efeitos da gestão compartilhada de serviços e da interdisciplinaridade, superando modelos de organização hierarquizados, fragmentados e autoritários (CAMPOS, 2007)

A substituição do atendimento e internação nos precários hospitais psiquiátricos demorou a deixar de ser a única alternativa para esse pacientes. O relatório de Saúde Mental no SUS da gestão 2003-2006 mostra que, apenas em 2006, atingiu-se a marca de mais de 1.000 Centros de Atenção Psicossocial cadastrados e em funcionamento no SUS. No mesmo ano, houve a superação, pela primeira vez, da soma de recursos financeiros da atenção extra-hospitalar em relação àquele destinado aos hospitais psiquiátricos, num cenário de ampliação regular dos recursos. Ambos os fatos demonstram que a mudança do modelo assistencial psiquiátrico, que tinha como meta a diminuição do número de internamentos em hospitais e aumento dos atendimentos extra-hospitalares, tornou-se uma realidade (BRASIL, 2007).

Observa-se no CAPS um local propício para que o paciente tenha contato com todos os membros da equipe de saúde. Com o cuidar cooperativo, o paciente é trabalhado da melhor forma possível, o que facilita o conhecimento dos usuários do serviço, pois quanto mais se conhece a clientela melhor é a qualidade do atendimento. Proporcionar um ambiente acolhedor e humano aos pacientes que sofrem psiquicamente é uma estratégia favorável para que o início do tratamento bem como sua continuação seja garantida, pois fidelizar os usuários demonstrando segurança e zelo por ele, permite uma relação terapêutica saudável para ambos.

4.3 O CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

A criança apresenta peculiaridades que tornam o seu cuidado um grande desafio, e assisti-las, acima de tudo, é fonte de conhecimento e crescimento pessoal. A criança é

sinônimo de inocência e vida, e, assim ao vermos uma criança enfrentando já no início de sua vida um processo doloroso como um transtorno mental seja difícil de não nos sensibilizarmos.

Como profissionais de saúde, não estamos imunes a esse sentimento, ainda mais quando nos deparamos com crianças em situação de transtorno mental, que com suas manifestações psíquicas muitas vezes agressivas e a exigência de intervenções químico e/ou físico, nos leva a um sentimento de comoção por ver um paciente passando por esta experiência em uma fase tão precoce de sua vida. Na maioria das vezes essas crianças/adolescentes e suas famílias não entende e nem se percebe portador de alguma doença mental, aliado também à desinformação da família que julga tal comportamento dito alterado como por vontade própria da criança ou adolescente.

Compreender o que os pequenos pacientes expressam nem sempre é fácil, porque a maneira que utilizam para isso é bastante singular e pouco inteligível aos adultos. Em situações ameaçadoras, como as de doença, eles deixam transparecer de maneira sutil o que sentem, principalmente por meio de mudanças em seu comportamento ou de reações inesperadas, não próprias de sua natureza habitual quando saudáveis (ROCHA, 2004).

O cuidado em saúde mental infantil significa envolver a criança e/ adolescente numa relação terapêutica com profissionais e tudo que em sua vida se fizer parte, pois a criança estrutura seu mundo-vida a partir das experiências do cotidiano, em um mundo intersubjetivo, sob a influência e interpretação dos agentes envolvidos, no caso, sua família, seu ambiente escolar e em outro convívio social que faz parte de seu cotidiano.

O cuidado cotidiano da criança, base da promoção de sua saúde, inclui atividades que integram igualmente sua educação: acolher, alimentar, limpar, confortar, proteger, consolar e prover ambiente lúdico e interações, que lhe propiciam situações de aprendizagem sobre si mesma, o outro e a cultura onde está inserida. Os cuidados infantis implicam interação constante entre adultos e crianças, durante o processo de ensino-aprendizagem de regras sociais e práticas culturais de atendimento das necessidades humanas básicas. Assim, cuidar é o elo que integra saúde e educação infantil (MARANHÃO, 2000 a).

Cuidar da criança é compreendê-la em sua singularidade como ser que está em contínuo processo de crescimento e desenvolvimento, assim como é ajudá-la e ensiná-la a identificar e atender suas necessidades em cada fase e situação, possibilitando que constitua sua identidade, adquira gradativa autonomia e se socialize (VERÍSSIMO, 2003; MARANHÃO, 2000 a).

A palavra cuidado apresenta várias derivações, contudo sempre terá a idéia de preocupação e inquietação por alguém. A pessoa que tem cuidado, tem amor e preocupação por algo ou por alguém.

Para Boff (2002) o cuidado possui duas significações básicas. A primeira, entendida como desvelo, ou seja, atenção para com o outro. A segunda, entendida como preocupação, pois a pessoa que cuida, preocupa-se e sente-se responsável pelo outro.

Sendo assim, o cuidado significa dar toda assistência ao outro, não se limitando a execução de intervenções técnicas, respeitando suas individualidades e peculiaridades, mas prestando principalmente atenção e carinho. Onde o fruto desta intervenção é o estabelecimento de um elo de segurança e confiança, que são bases sólidas para o início e continuação de um tratamento eficaz.

O cuidado está ligado ao recurso instrumental disponível, ao conhecimento técnico dos profissionais, e a atitude terapêutica baseada na escuta, no acolhimento, estabelecimento de vínculo com o usuário, responsabilidade, respeito, tolerância e aceitação das diferenças, solidariedade e reciprocidade. Pode-se ressaltar que na área da saúde deve-se avaliar o paciente na sua dimensão física, sem deixar de considerar as manifestações psicológicas e espirituais.

Sendo o cuidar este elo, a equipe de saúde tem papel importante em promover empatia e compromisso no estabelecimento desta interação. Conhecendo o seu paciente, tendo uma visão além da doença que ele carrega, cria-se um plano de cuidado capaz de atender às exigências do outro, sem ferir seus princípios e suas particularidades.

O trabalho em saúde mental consiste numa contínua mudança de paradigmas, na busca pela melhor forma de cuidar dos portadores de transtornos mentais. Eles têm sido alvos de estudos diversos, realizados na ânsia de aprimorar essa atenção. Contudo a preocupação específica com a assistência a crianças e adolescentes é recente.

A Organização Mundial de Saúde – OMS -considera adolescente o indivíduo que se encontra na segunda década de vida, ou seja, dos 10 aos 20 anos incompletos. Segundo a OMS, em 2000 um quarto da população mundial era de adolescentes.

Alguns conflitos importantes podem aparecer durante a construção da identidade do adolescente. O rumo que ele dá para sua vida acaba tendo influências da sociedade, a qual cobra de cada pessoa um papel social o mais definitivo possível. Nesta fase onde a identidade do adolescente ainda não se completou fica difícil falar em papel social definitivo.

A adolescência, por ser um período particularmente rico em possibilidades desestabilizadoras, já que é um momento de definições diversas no campo sexual, profissional, familiar, lança questões que alguns jovens não têm condições de responder positivamente, determinando sofrimento psíquico e a eclosão de quadros psicopatológico. (BALLONE, 2006).

Muitos conflitos familiares ocorrem porque a família acredita que as atitudes do adolescente são contra seus parentescos, interpretam a conduta do adolescente como de rebeldia e indisciplina, não percebem que este comportamento decorre da oposição aos princípios de vida respeitados no grupo familiar. Ou então de algum transtorno mental que se manifesta de forma gradual e muitas vezes obscurecida ou confundida com manifestações normais que se atinge entre a saída da infância e início da adolescência.

Evidenciamos que muitos fatores contribuem para o surgimento da depressão e outros transtornos na adolescência, como conflitos familiares, situação sócio econômica, sexualidade, falta de conhecimento, solidão, perdas.

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde, apresentado durante a Terceira Conferência Nacional de Saúde, 30% dos países não têm políticas de saúde mental e 90% não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes (BRASIL, 2005).

Estudos intencionais tem registrado prevalências entre 10% e 20% de um ou mais problemas mentais na população infanto-juvenil, sendo mais freqüentes transtornos

emocionais e de comportamento (DELGADO, 2005).

Estudo realizado por Santos (2006) constatou que as principais queixas apresentadas pelas famílias, foram: agressividade, dificuldades de aprendizagem, baixa tolerância à frustração e/ou dificuldade de controle de impulsos, desinteresse pela escola, agitação, nervoso/irritável, dificuldade nos relacionamentos sociais e/ou familiares, rebeldia/desobediência, inibição/introversão e comportamentos característicos de depressão e/ou tentativa de suicídio.

Porém, percebemos que a própria família consegue identificar os transtornos psíquicos em seu meio, seja pelos sintomas ou pela verbalização dos sentimentos do adolescente, este é um aspecto positivo no sentido de que a família estruturada ou não, está indo em busca de ajuda profissional, rompendo com os preconceitos em relação ao tratamento psiquiátrico (CRIVELATTI et al, 2006)

A procura pela ajuda profissional qualificada pela família é constante, pois quando se trata de pessoas que fazem parte de nosso núcleo familiar queremos sempre o melhor e o mais preparado para sanar tal problema que estejamos vivenciando. A segurança de que a criança ou adolescente irá receber um tratamento adequado e com qualidade se mostra na equipe multidisciplinar.

Segundo Ferreira (2005) a finalidade do cuidado multiprofissional é contribuir para uma prática de cuidados que venham ao encontro das necessidades e desejos da clientela em questão.

A participação de profissionais de saúde na assistência em saúde mental infantil-juvenil é importante para se oferecer apoio e orientações necessárias para estes pacientes e sua família, e assim garantir uma melhor qualidade de vida e compreensão em relação a patologia.

Rotelli (1995) diz que na atuação em Saúde Mental devemos nos ocupar, antes de tudo, nas pessoas e não na doença. E, muito menos, na produção e manutenção de uma funcionalidade institucional que não priorize as pessoas.

Merece destaque que o cuidar envolve um agir, uma atitude do profissional

integrado por duas formações: a pessoal e a profissional. As possíveis repercussões destes valores podem ser percebidas no relacionamento entre clientes-profissionais. Este relacionamento perpassa pela subjetividade do profissional que assiste e do usuário, intervindo no cuidar - no agir humano.

A criança e o adolescente com transtorno psíquico para se desenvolverem precisam de uma conjugação de vários fatores, de estar no ambiente certo, de técnicas e cuidados específicos, de atenção, de dedicação, conhecimento e amor.

Na saúde da criança e adolescente o cuidado não deve se restringir a ações pontuais para atender uma necessidade. Isso significa que os procedimentos não devem ser mecânicos, como se estivessem sendo realizados na criança; ao invés disso, as ações devem ser realizadas com a criança, o que demanda relacionamento e resulta em aprendizagem para ela e para quem faz parte dessa relação.

Na saúde mental a criança e ao adolescente, estes profissionais não se limitam apenas aos procedimentos diretos e técnicas, mas visualizam estes pacientes de forma holística.

Nessa visão, cuidar também é proporcionar atenção e liberdade. Atenção é olhar para, ouvir e conversar, colocando-se na altura da criança, o que denota respeito por ela.

Para Waldow (1998), cuidar é ajudar outra pessoa a obter auto conhecimento, controle e auto cura. Este cuidado requer relação terapêutica intensa, pois os sujeitos passam por crescimento e desenvolvimento físicos e psicológicos, assimilação de conceitos, valores, crenças que precisam ser respeitados e levados em conta na assistência direta dos profissionais.

Diante disso, a assistência dos profissionais de saúde deve responder às necessidades físicas e psicológicas apresentadas pela criança e sua família, uma vez que a terapia não deve se restringir apenas a restauração do funcionamento anatomofisiológico, mas também proporcionar o crescimento e desenvolvimento da criança, preservando suas relações sociais, afetivas e psicológicas, além de auxiliar a família a trilhar caminhos para encontrar o saudável mesmo na presença da doença (CAGNIN; FERREIRA; DUPAS, 2003; SOUZA; ERDMANN, 2003).

Isto pode ser atingido num ambiente propício, no qual seria o Caps infantil, onde haveria todo o suporte para acompanhar a crianças ou o adolescente em questão. O acompanhamento nos serviços substitutivos busca trazer a família para sentir-se também responsável pelo tratamento do portador, pois é ela que, na maioria dos casos, enfrenta as dificuldades de convívio dentro e fora de seu ambiente domiciliar. Ela divide com seu ente o sofrimento cotidiano, seja por manifestações dos agravos, como a violência verbal ou física, os hábitos/manias, sentimentos de tristeza, desespero, também, pelas várias formas de preconceitos que eles podem enfrentar em sociedade.

Mostazo e Kischbaum (2003) identificaram representações dos usuários sobre o cuidado prestado do centro de atenção psicossocial desde a reapresentação correspondente ao que ocorria no tratamento realizado pelo modelo manicomial ate versões de cuidado e auto cuidado mais condizentes com as estratégias de reabilitação psicossocial. As representações de tratamento psiquiátrico estavam fortemente ligada ao medico como precursor deste tratamento e a ele era dada a responsabilidade de medicar. A equipe de enfermagem era dada a função de cuidador e ao psicologo era destinado o papel de ouvir e escutar.

Vale ressaltar que a família precisa de um olhar especial dos profissionais da saúde para que se torne multiplicadora, dentro de seu convívio diário, de um ambiente mais saudável para o paciente. Muitas vezes essa família tem problemas que ela sozinha, sem um acompanhamento adequado, não consegue modificar ou mesmo perceber uma situação de adoecimento mental dentro do núcleo familiar, como dificuldades nos relacionamentos interpessoais, atitudes repressoras, uso e abuso de álcool ou drogas, dentre outros.

Conhecendo os obstáculos diários para o portador de transtorno mental e sua família, os profissionais de saúde podem intervir de várias maneiras no acompanhamento desses casos. Uma das profissões que atuam diretamente com esses pacientes é a enfermagem que pode encontrar na família e nos atendimentos individuais ou grupais, que são focos primordiais dos planos de cuidados dos CAPSi, um campo fértil para multiplicação do cuidar.

No trabalho com crianças e adolescentes deve-se estar atento para diferenciar

mudanças comuns para cada faixa etária quanto a comportamentos com características patológicas. Eles devem receber atenção de vários profissionais da saúde para que seja ou não confirmada sua necessidade de acompanhamento.

No trabalho da saúde mental com relação a crianças e adolescentes encontram-se vários obstáculos. Segundo SANTOS (2006, p.316) “por vezes o termo saúde mental fica restrito ao atendimento psiquiátrico, desconsiderando-se sua abrangência e a contribuição de várias disciplinas no atendimento de crianças e adolescentes com problemas emocionais e comportamentais.” No mesmo estudo que trata de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em serviço público de psicologia infantil, observou-se que grande parte da clientela que procura os serviços é do sexo masculino (59,7%), na faixa etária de 6 a 11 anos, e quase metade tem escolaridade de 1ª a 4ª série. De acordo com as famílias desses pacientes, as queixas de maior incidência foram: agressividade, dificuldades de aprendizagem, baixa tolerância à frustração e/ou dificuldade de controle de impulsos, desinteresse pela escola, agitação entre outras.

Para que o atendimento nos centros de atenção psicossocial seja realmente direcionado para crianças e adolescentes é necessário que os profissionais tenham conhecimento a respeito dos principais acometimentos em saúde mental para esse grupo etário. Segundo Louzã Neto & Elkis (2007) os principais quadros clínicos encontrados nas crianças e adolescentes são os transtornos do desenvolvimento (deficiência mental e autismo), transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos afetivos (depressão e mania), transtornos de ansiedade, transtornos psicóticos e esquizofrenia e transtornos da conduta.

A deficiência mental é caracterizada pela presença de limitações, por uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto. Alguns transtornos mentais são comumente associados ao retardo mental, como transtornos de comportamento e desenvolvimento na infância, epilepsia e autismo (DALGALARRONDO, 2007).

Portanto, apesar do conhecimento da urgência de um acompanhamento especializado para o atendimento da clientela infanto-juvenil e da determinação da criação de CAPS especializados no atendimento dessa faixa etária, os CAPSi não tiveram o crescimento adequado e foram um dos desafios do governo entre 2003 e 2006 e

apenas nos últimos anos têm recebido maior atenção da administração federal (BRASIL, 2007).

Mesmo diante de vários estudos comprovando que os transtornos menais na infância e na adolescência são cada vez mais freqüentes, ainda não houve um despertar para área da Saúde Mental Infantil, vale todos os esforços para propagar o CAPSi, como ponto de apoio e base inquestionável para o início e seguimento de tratamento destas crianças e adolescentes. Os CAPS devem receber um olhar diferenciado, pois ainda em relação a números são insuficientes em relação a demanda que a cada dia procura estes serviços.

4 METODOLOGIA

Buscando compreender o sentido do cuidar á criança e ao adolescente em sofrimento psíquico dos profissionais de saúde no serviço de saúde mental especifico a assistência e tratamento de crianças e adolescentes, optei pela abordagem fenomenológica.

A fenomenologia oferece a possibilidade de buscar o sentido dos pensamentos, sentimentos, percepções e comportamentos dos sujeitos, descobrindo o que se encontra velado. (DAMASCENO, 1996).

4.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: FENOMENOLOGIA DE ALFRED SHUTZ

A fenomenologia surgiu no final do século XIX com Edmund Husserl (1859-1938), na Alemanha, num contexto de crise da filosofia e da ciência pura, da qual ainda não saímos e que se retratou por objetivar todos os achados da ciência no chamado positivismo, levando os pensadores do psiquismo a se voltarem para a subjetividade, até então desconsiderada(DARTIGUES,1973).

Na fenomenologia das relações sociais, o encontro com os sujeitos deve se dar em uma relação face a face, pois somente assim pode-se perceber o outro e conhecê-lo, captando a sua ação subjetivamente significativa no mundo vida.(MONTEIRO, 2001). As suas palavras e atos tem significado, e os seus contextos de motivação na relação devem ser considerados, pois somente assim tem-se uma idéia da complexidade da compreensão do outro.

Enquanto o positivismo estuda os fatos, constituindo-se fato tudo aquilo que pode se tornar objetivo, a fenomenologia de Husserl estuda os fenômenos, ou seja, tudo aquilo que se mostra e que se manifesta para uma consciência (MARTINS,1989.). Fenômeno refere-se a qualquer coisa que se faça presente, seja ela um ruído, um perfume, uma lembrança, qualidade ou atributo que, ao ser experienciada, passa a ser descrita por aquele que a vivenciou (ESPOSITO,1994). Então, para Husserl, o fenômeno só tem sentido em sua manifestação na vivência.

Aprendemos com a fenomenologia as qualidades das coisas, uma característica da consciência, por ser ela quem dá sentido às mesmas. Esse sentido, porém, é concebido estando a consciência correlacionada com o objeto. Assim, a consciência é sempre “consciência de alguma coisa”, estando dirigida para um objeto que também é sempre “objeto para uma consciência”. Para se chegar à essência do fenômeno, ou seja, às significações vividas na existência humana concreta, Husserl fala de redução eidética, ou seja, redução do eu do pesquisador, que consiste em deixar de lado suas experiências, crenças, teorias e explicações *a priori* para se chegar à essência, às coisas nelas mesmas. Esse momento é chamado de *epoché*. Todo fenômeno deve ser situado, ou seja, para ser compreendido, deve ter sido ou estar sendo vivenciado pelo sujeito, numa dada situação (DARTIGUES, 1973)

Na Fenomenologia, objeto e sujeito estão intimamente ligados, na medida em que o objeto do conhecimento não é nem o sujeito, nem o mundo, mas o mundo vivido pelo sujeito, o que evidencia a intencionalidade da consciência, configurada como atividade constituída por atos humanos dirigidos a algo no mundo(CARVALHO; VALLE, 2002).

A primordial tarefa da fenomenologia é analisar as vivências intencionais da consciência para se perceber como é produzido o sentido dos fenômenos, do fenômeno global que se chama mundo. (DARTIGUES, 1992).

Para se chegar à essência do fenômeno, é de importância fundamental procurar ir às próprias coisas sem qualquer pré-conceito, eliminando os conhecimentos anteriores, abrindo o espírito à compreensão das realidades manifestas pelo sujeito. (CAPALBO 1998).

A compreensão do significado subjetivo da ação irá possibilitar a construção do tipo vivido. O qual é a expressão de uma estrutura vivida na dimensão social, uma característica de um grupo social cuja natureza vivida é essencial e trata-se de uma idealização, emerge da descrição vivida do comportamento social (SHUTZ, 1973).

A fenomenologia sociológica se volta não para os atos singulares, os comportamentos individuais, fechados numa consciência de si, mas para a compreensão do que constitui um determinado grupo social, o qual vive uma situação típica. Assim, o mundo cotidiano não é um mundo individual, mas intersubjetivo, no qual compartilhamos com nossos semelhantes, sendo um mundo comum a todos nós (CAPALBO, 1998).

Schütz, ao contrário de Husserl, parte da esfera da vida cotidiana, tipificando os fenômenos, para chegar à subjetividade, e aprofunda alguns conceitos weberianos, como o de ação subjetivamente significativa. Prioriza as relações sociais, buscando compreender as ações em relação a motivos e finalidades, lançando conceitos importantes. Para Schütz (1974, 1990), todos vivemos em um mundo intersubjetivo ou mundo da vida diária, que é o cenário e também o objeto de nossas ações e interações, onde vivemos como homens entre outros homens, com quem nos vinculamos por influências e trabalhos comuns, compreendendo os demais e sendo compreendido por eles. É um mundo que existia antes de nós, experimentado e interpretado por outros (nossos predecessores), como um mundo organizado, e que é dado à nossa própria

experiência e interpretação. Interpretamos este mundo que nos é dado pré estruturado, e determinamos nossa conduta nele, tomando por base a situação biograficamente determinada, determinada pela história pessoal de cada um, que é a sedimentação de todas as experiências acumuladas.

Tanto o conteúdo quanto a seqüência dessas experiências, bem como os meios pelos quais orientam suas ações são exclusivas de cada homem, que se encontra em um meio físico e sociocultural que ele define, e dentro do qual ocupa uma posição, não somente em termos de espaço físico e tempo exterior, ou de seu status e seu papel dentro do sistema social, mas também de uma posição moral e ideológica (WAGNER, 1979; SCHÜTZ, 1990).

Assim, a ação humana está vinculada ao significado da experiência vivida, e, para agir, acessamos nosso estoque de conhecimentos à mão, uma bagagem de conhecimentos que é fruto de nossas experiências de atos previamente efetuados, tipicamente similares ao projetado, e que funciona como um esquema de referência, de receitas para a interpretação do mundo. Desta forma, atuamos no mundo considerando sua tipicidade, contando que “assim foi, assim será” e que “podemos fazer isso de novo”. (WAGNER, 1979; SCHÜTZ, 1974). Qualquer experiência, entretanto, carrega consigo um horizonte de indeterminação, e ante possibilidades problemáticas, o ator social se depara com possibilidades em aberto, situações desconhecidas, indeterminadas. Para proceder à sua escolha, faz questionamentos em um processo reflexivo, no qual elege o que é mais importante para ele naquela determinada situação, segundo suas áreas de interesse, acessando seu sistema de relevâncias (SCHÜTZ, 1975).

Com efeito, Schütz (1974,1990) descreve a ação humana como conduta consciente que possui uma linha de ação: o projeto, seu plano operacional, e que é dirigida para determinado fim, em função das motivações do indivíduo, os motivos para, que representam o estado de coisas, o objetivo que se quer alcançar mediante a ação empreendida, e é uma classe de motivos que se refere ao futuro, pois será criada pela ação futura, previamente imaginada no projeto da ação, e só pode ser interpretada pela subjetividade do ator. Ainda envolvidos na motivação da ação humana, estão os motivos porque, uma classe de motivos que está enraizada em experiências passadas, que levaram a agir de determinada forma, e que é uma categoria objetiva, acessível ao pesquisador, pois é sempre uma explicação posterior ao acontecimento (WAGNER,

1979).

Ocorre que o mundo factual de nossa experiência é vivenciado desde o início como típico. Assim, aquilo que é vivenciado como novo já é conhecido, no sentido de que lembra algo parecido ou igual anteriormente percebido, e é a experiência real que confirma ou não a nossa antecipação da conformidade típica de um objeto ou evento (WAGNER, 1979).

Neste contexto, de acordo com Schütz (1974,1990), ao se associar um tipo de curso de ação aos motivos típicos subjacentes do ator, fez-se tipificação. O tipo vivido não corresponde a nenhuma pessoa em particular, mas trata-se de uma idealização. Constitui esquemas interpretativos do mundo social que fazem parte da bagagem de conhecimentos de cada um sobre o mundo, têm valor de significação, podem ser analisados e descritos, e transmitidos pela comunicação, na relação interpessoal.

Nas relações sociais, ao situarem-se em experiência direta uns com os outros, os homens ultrapassam a subjetividade de cada qual em favor da intersubjetividade, proporcionando um conhecimento compartilhado. Nesta relação face a face, cada participante compartilha com o outro um presente vivido, sendo que cada um deles, com todas as manifestações de sua vida espontânea, é também um elemento do ambiente do outro, e ambos participam de um conjunto de experiências do mundo externo (SCHÜTZ, 1974,1976).

O envolvimento face a face permite que os participantes estabeleçam uma compreensão subjetiva em graus variados de intimidade e anonimato. Quando um dos envolvidos neste encontro social toma consciência da existência do outro como ser humano, e volta-se intencionalmente para ele, está presente a orientação para o tu. Por outro lado, quando em uma relação social uma pessoa se volta para a outra simultaneamente, e no curso da ação do outro, seus motivos (na medida em que são manifestos) e sua pessoa (na medida em que está envolvida na ação manifesta) podem ser compartilhados imediatamente, o que estabelece alto grau de compreensão entre os envolvidos, está caracterizada a relação do nós (SCHÜTZ,1974, 1976).

A intersubjetividade se revela na *reciprocidade de motivos e perspectivas*. Assim, a ação de um indivíduo provoca a reação do outro, face a uma dada situação, em que um

vivencia a situação comum na perspectiva do outro e vice-versa. Isto constitui um *relacionamento de nós*. Este, por sua vez, expressa-se na consciência mútua da outra pessoa através de cada pessoa e constitui uma participação geralmente simpática nas vidas uma da outra, mesmo que só por um determinado período de tempo. Este *relacionamento do nós* surge da captação da existência da outra pessoa em *interações face a face* (SCHÜTZ, 1972).

Outro conceito fundamental na teoria de Schütz refere-se à *ação humana*, a qual pode ser puramente interior (pensamento) ou exteriorizada pelos movimentos corporais, modificando algo no mundo. A conduta humana é enfocada a partir de um projeto que o homem se propõe realizar (WAGNER, 1979; SCHÜTZ, 1974 a). O *motivo para* consiste em um estado de coisas - o objetivo que se pretende alcançar com a ação; ou seja, a orientação para a ação futura e *motivo porque* está relacionado às vivências passadas, com conhecimentos disponíveis (SCHÜTZ, 1974).

Para Schütz (1974, 1990), todos vivemos em um mundo intersubjetivo ou mundo da vida diária, que é o cenário e também o objeto de nossas ações e interações, onde vivemos como homens entre outros homens, com quem nos vinculamos por influências e trabalhos comuns, compreendendo os demais e sendo compreendido por eles.

Sendo assim, selecionei a Fenomenologia Social, proposta por Alfred Schütz. Isto porque, o cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico aparece como uma ação entre pessoas que compartilham o mesmo tempo e o mesmo espaço, adquirindo, portanto, uma dimensão social, e as idéias de Schütz oferecem o embasamento necessário para apreender os significados subjetivos presentes na ação social dos sujeitos cuidadores..

4.2 PERCUSO DA PESQUISA

O presente estudo foi de natureza qualitativa, considerando que o objeto envolve dimensões subjetivas relacionadas ao trabalho de um grupo social. Esta abordagem estuda os fenômenos e suas relações em seu meio natural, atribuindo um sentido a partir dos significados que os sujeitos lhes conferem (LEOPARDI, 2001).

A pesquisa qualitativa permite a análise de fenômenos sociais a partir das

interpretações que os sujeitos atribuem aos fatos, práticas e relações presentes no contexto social onde vivem. Tem a capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir buscar o verdadeiro significado e de estar na perspectiva do sujeito (POLIT, 2004).

O local do estudo foi o Serviço de Saúde Mental à Criança e ao Adolescente denominado CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil), referência na assistência e tratamento à crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, com atenção ambulatorial, localizado na cidade de Fortaleza-Ce, o qual faz parte da Regional IV.

O CAPSi tem início de seu funcionamento a pouco mais de 4 anos, sito no bairro do Vila União, é responsável pelo atendimento das Regionais II, IV e VI, atende crianças e adolescentes com idades entre 4 e 18 anos, onde os transtornos prevalentes são as psicoses e neuroses, os atendimentos distribuem-se a pacientes que necessitam de cuidados intensivos, semi-intensivos e não intensivos.

Conta com uma equipe multidisciplinar, composta por 2 psiquiatras, uma enfermeira, 3 psicólogos, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, 2 auxiliares de enfermagem, 2 farmacêuticos e 3 arte-terapeutas com graduações de nível superior em psicologia e música. O CAPSi funciona nos turnos manhã e tarde, de segunda a sexta-feira, atendendo intensivos e semi-intensivos e não-intensivos. Tem atendimento de livre demanda e proporciona atividades terapêuticas como: grupos terapêuticos, visitas domiciliares, atendimentos individuais e grupais, atividades como palestras educativas.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de nível superior e técnico da área de saúde que prestavam serviço no CAPSi e que estivessem trabalhando no tempo mínimo de 6 meses e que aceitassem em participar da pesquisa. Consideramos que este tempo, seria o suficiente para que o profissional pudesse ter se familiarizado com o serviço e com suas atividades com as crianças e os adolescentes em sofrimento psíquico e assim pudessem ter melhor percepção sobre sua vivência na instituição.

A coleta de dados deu-se entre os meses de novembro e dezembro de 2008 e janeiro de 2009 e foram utilizadas: entrevista semi-estruturada e o formulário.

A escolha pelo formulário é que ele destaca a assistência direta do investigador, a garantia da uniformidade na interpretação dos dados. Assim se constitui de questões

abertas e fechadas, requerendo que o pesquisador preencha os dados na medida em que a pergunta é feita ao entrevistado abordando identificações dos profissionais de saúde, capacitações na área, tempo de serviço em saúde mental e carga horária no serviço.

Para Leopardi. (2002, p.181) define que o formulário:

È uma lista informal, catálogo ou inventário, destinado à coleta de dados resultantes quer de observações, quer de interrogações, cujo preenchimento é feito pelo próprio investigador. È constituído de questões de escolha múltipla, perguntas abertas ou fechadas, requerendo que o pesquisador preencha os dados na medida em que pergunta ao entrevistado, ou que analisa documentos.

As entrevistas foram conduzidas pelas questões: **Como você cuida de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico?, quais as dificuldades encontradas no seu cuidar com as crianças e adolescentes? Quais as vantagens de se cuidar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico? Você já havia trabalhado com crianças e adolescentes em sofrimento? Qual foi sua reação/sentimentos que teve ao vir trabalhar no CAPSi?** Foi aplicada a entrevista semi-estruturada, que segundo Gaskell (2002), fornece dados básicos para o desenvolvimento e compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação, pois objetiva uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos. Onde se justifica o objetivo: conhecer como os profissionais de saúde cuidam de crianças e adolescentes em sofrimentos psíquicos.

A entrevista foi escolhida por representar mais que um trabalho de coleta de informações, pois se configura como uma situação que permite a interação entre os sujeitos e o entrevistador na quais as informações disponibilizadas pelos primeiros podem ser profundamente afetadas pela natureza dessas relações (LEOPARDI, 2001).

A entrevista, na fenomenologia das relações sociais, se configura no encontro do pesquisado e pesquisador e daí o surgimento de uma relação face a face, onde neste momento há o conhecimento e a percepção do outro, captando as ações subjetivamente significativas no mundo vida (MONTEIRO et. Al, 2006).

Nesta relação face a face, cada participante compartilha com o outro um presente vivido, sendo que cada um deles, com todas as manifestações de sua vida espontânea, é também um elemento do ambiente do outro, e ambos participam de um conjunto de experiências do mundo externo (SCHÜTZ, 1974,1976).

A relação face a face é a principal forma de encontros sociais. Para Schutz, a situação face a face especifica o tipo de relacionamento do Nós, que seria a orientação para o Tu correspondida pelo outro, em que ambos se voltam intencionalmente um para o outro. A situação face a face só se produz numa relação de espaço e tempo, sendo uma experiência direta entre pessoas (WAGNER, 1979; CAPALBO,1998).

Procedi ao levantamento dos profissionais de saúde com a ajuda da enfermeira da unidade, a qual já conhecia, que se encarregou de me apresentar aos demais profissionais facilitando, desta forma, a minha abordagem, ao dar seguimento a pesquisa. Por aproximadamente um mês, fui ao CAPSi, quase diariamente para que eu pudesse me familiarizar com o local, conhecer as atividades realizadas, interagir com os profissionais de saúde e de apoio e por vezes participar das atividades realizadas com os pacientes, para que fosse criado um vínculo de credibilidade e confiança com todos esses atores; o que me ajudou em conhecer mais sobre o universo da criança e do adolescente em sofrimento psíquico.

Após o contato de apresentação e conhecimento da instituição, passei a abordar cada profissional de saúde para a explicação da pesquisa e solicitação de sua participação na mesma. As entrevistas eram marcadas em horários e datas ditas por cada profissional dentro de sua disponibilidade. Porém, mesmo com a certeza das entrevistas, por vezes tive que remarcar algumas entrevistas devido a contra tempos dos profissionais que se dividiam em: consultas de emergências, saídas antes do horário marcado da entrevista, reuniões e incompatibilidade de horário de trabalho da entrevistadora e entrevistado.

Sempre que a estrutura da instituição permitia, as entrevistas eram realizadas de forma reservada, em local privado para não trazer quaisquer tipos de constrangimento ao entrevistado. No entanto, nem todas as entrevistas se deram desta forma, algumas foram realizadas no refeitório, outras no jardim, na sala da farmácia concomitante com as entregas de medicamentos, em salas sem portas. O que por muitas vezes éramos

interrompidos por algum paciente, ou por outro profissional para uma abordagem qualquer e até mesmo a própria poluição sonora dificultava o caminhar das entrevistas, onde por algumas vezes o profissional era solicitado a repetir suas palavras e/ou falar em tom mais alto para que na gravação não ficasse difícil o entendimento do seu relato.

A entrevista foi realizada com 13 dos 15 profissionais de saúde entre nível superior e técnico. Todos profissionais foram abordados para os tramites da pesquisa. Os três profissionais que não entraram no estudo foram remarcados por 2 vezes cada um, porém não tive retorno no dia agendado pois sempre havia algum compromisso no momento do encontro, sugeri que os relatos fossem escrito de próprio punho, onde eu passaria os questionamentos feitos igualmente por todos os outros profissionais, no entanto também não tive retorno.

Todos os participantes foram informados a respeito da pesquisa, bem como sobre seus objetivos, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, confirmando o seu intento de participar da investigação. Foi solicitada permissão aos participantes para a gravação das falas em MP3, de modo a assegurar a fidedignidade dos relatos. As entrevistas foram lidas e transcritas, à medida que foram realizadas.

Foi dada a segurança do sigilo e o anonimato das informações fornecidas, bem como, a garantia aos participantes quanto a liberdade de participarem ou não do estudo, ou ainda de abandoná-lo em qualquer momento, se assim o entendessem, contemplando os pressupostos da autonomia, sem que isso trouxesse qualquer ônus para o seu trabalho. Além disso, foi considerado o princípio da justiça, que assegura aos sujeitos um tratamento justo e imparcial, bem como, o sigilo quanto às informações obtidas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para a análise das informações obtidas mediante a entrevista, prossegui com os seguintes passos: inicialmente transcrevi os depoimentos e efetuei sua leitura e releitura, procurando identificar o sentido do todo. Na etapa seguinte, agrupei os trechos das falas por aspectos de significação afins e identifiquei as categorias concretas que evidenciavam as ações dos sujeitos, permitindo buscar o típico destas ações (BARDIN,2002). De acordo com Bardin (2002), baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias. Posteriormente,

passei à análise compreensiva dos discursos dos sujeitos, à luz dos conceitos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, os quais, consoante Tavares (2005), priorizam as experiências do ser humano em sua ação e interpretação do “mundo da vida”, onde cada indivíduo constrói o próprio “mundo” e ao mesmo tempo acredita na possibilidade de compartilhar experiências de significados comuns.

Assim, apliquei a Fenomenologia Social para compreender o tipo vivido dos profissionais de saúde ao cuidarem de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. O referencial da fenomenologia social é o que pode constituir-se como uma característica típica de um grupo social que está vivenciando uma determinada situação.

5 TRATAMENTO E ANALISE DOS DADOS

Os profissionais de saúde que participaram da pesquisa perfizeram um total de 13 entrevistados, sendo que as idades variavam entre 25 anos e 52 anos, 08 eram casados e 5 solteiros, o tempo de serviço no CAPSi variou entre 6 meses e 4 anos, sendo que 07 tinham pós graduação na área da saúde mental e /ou na área infanto – juvenil.

A partir dos depoimentos, definiu-se os grupos temáticos, onde percebeu-se as semelhanças entre os mesmo e criaram-se as categorias concretas, onde os motivos para definiu-se as seguintes categorias concretas: modo de cuidar, dificuldades no cuidado, a caracterização da equipe; e os motivos porque definiu-se as seguintes categorias: as vantagens no cuidar, envolvimento emocional, os primeiros sentimentos e a vontade de cuidar. Os profissionais tiveram seus verdadeiros nomes resguardados, sendo utilizados nomes de pedras preciosas para representá-los

5.1 Modo de Cuidar.

Nesta categoria podemos identificar quais as atividades e ações realizadas pelos profissionais de saúde quando uma criança e/ou adolescente, quanto ao seu plano terapêutico. Pode-se afirmar que o atendimento inicial á clientela dá-se pela triagem realizada pelos profissionais de saúde, onde diante de uma série de questionamentos

voltados á queixa principal, identificam se as crianças e ou adolescentes tem perfil de serem acompanhados no CAPSi.

“Bom, inicialmente a criança quando vem prá cá, passa por uma anamnese e a partir daí se ela tiver o perfil de atendimento do CAPS, se inicia o tratamento dela aqui” (Ametista)

O CAPSi atende uma demanda espontânea de crianças e adolescentes. No entanto, para que estes usuários realmente tenham um atendimento adequado e satisfatório, é realizada um acolhimento e feito uma anamnese para confirmar se a o atendimento prestado no Caps tem o perfil da criança ou do adolescente. Este acolhimento e a anamnese é feito por todos os profissionais de saúde de nível superior, esta anamnese é composta entre outras coisas, de dados gerais da criança/adolescente e dados da família/responsáveis, história pregressa e queixa principal, após esta etapa o profissional tem respaldo para confirmar o inicio do tratamento ou não dos usuários na instituição. Assim dá-se a formação do plano terapêutico e daí os atendimentos com os grupos terapêuticos, as visitas domiciliares e as consultas com os demais profissionais de saúde da equipe se assim necessitar.

“Uma das formas de atendimento que a gente faz aqui, é o atendimento individual e a gente aborda questões de orientação sexual, higiene, entre outras coisas até eles falarem da vida mesmo (...) e tem também os grupos de pais e de crianças e adolescentes onde realizam muitas atividades” (Safira)

Após a triagem realizada, os profissionais de saúde solicitam avaliações psicológicas, ou psiquiátricas, ou assistência social, ou de enfermagem, enfim, dependendo de qual profissional realizou a anamnese se ele achar que a criança ou adolescente necessita de uma avaliação de outro profissional, é então solicitada, para que desta forma se possa traçar um plano terapêutico adequado para cada caso.

Segundo Shoen-Ferreira *et al.* (2002) e Santos (2006), a intervenção da equipe pode ser mais efetiva quando se conhece o perfil dos pacientes que são atendidos pelo serviço. Sabendo quais suas queixas, características principais e necessidades pode-se melhorar o acompanhamento da clientela direcionando o atendimento. Assim, é importante que cada serviço conheça bem a clientela a qual presta cuidados, para que cada profissional da equipe multidisciplinar possa direcionar seu atendimento à necessidade do paciente.

Goulart, (2002) em estudos com enfermeiros relata que estes em relação as suas experiências no desenvolvimento de programas de reabilitação de doentes mentais crônicos internados e os resultados favoráveis desse trabalho, entre os quais destacam-se a independência do paciente para auto cuidados, melhora da auto-estima (cuidam mais de sua aparência pessoal), melhora do relacionamento interpessoal e o mais importante - diminuição das readmissões hospitalares.

“...o meu trabalho tem sido mais o controle de medicamentos e a prestação de informações aos pacientes, mas também tenho o grupo de AD com os adolescentes, que é a parte de álcool e outras drogas”
(Rubi)

O setor de medicamentos não deixa de ser um dos cuidados tido com os pacientes do Caps i, há dois farmacêuticos responsáveis pelo acompanhamento farmacológico destes pacientes, no intuito de orientar em relação a receita, do que diz respeito as dosagens diárias, as mudanças nas cores dos medicamentos, as reações adversas.

São orientações importantes tanto para o responsável como para a criança e o adolescente que deverá, processualmente, tomar consciência da importância da sua medicação e fazer-se responsável pela continuidade do seu tratamento. E isso se revela através de uma atividade realizada pelo farmacêutico onde ele usa a dinâmica de grupos para atrair a atenção das crianças, adolescentes e responsáveis usando uma linguagem adequada para o melhor entendimento e fixação das medicações, ficando os termos técnicos e científicos apenas nas relações entre profissionais.

O Código de Ética Farmacêutica Brasileiro (Conselho Federal de Farmácia, 2001) rege que o profissional deve atuar buscando a saúde do paciente, orientando-o em todos os sentidos. A Atenção Farmacêutica consiste no mais recente caminho a ser tomado para tal finalidade. Esta, segundo Organização Mundial da Saúde, conceitua-se como a prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico (OMS, 1993).

“Trabalho com a música nos grupos terapêuticos, trago meus instrumentos como: percussão, reco-reco, teclado e triangulo e distribuo entre as crianças e elas tocam. Assim eu trabalho com elas a comunicação com os sons, a percepção, os órgãos do sentido” (Onix)

O grupo terapêutico tem importância significativa nos acompanhamentos e nos cuidados às crianças e aos adolescentes. A ideia central é a interação, é a noção dada aos participantes do grupo que ali existem regras a serem cumpridas, a direitos a serem respeitados, há a descoberta do outro. E assim ter a consciência de se estar em um meio social que precisa ser vivido com o companheiro respeitando os limites daquele ambiente. Isso vai retratando a reinserção destes pacientes no mundo extra muro ao Caps i, pois ao ingressar em outro campo social estas crianças e adolescentes terão a noção de regras e convivência com o próximo e daí poder usufruir de sua cidadania.

Para Osório, 2003, grupo é o equivalente a sistema humano, ou seja, é o conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados.

Sendo assim, a convivência com um grupo que agrega pessoas com problemas semelhantes, no caso do estudo, crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, proporciona uma experiência que pode desenvolver situações terapêuticas favoráveis para o convívio social delas mesmas, assim como expressar pensamentos e sentimentos.

Um grupo não é um mero somatório de pessoas. Assim define-se grupo como uma unidade social constituída por pessoas com papéis interdependentes orientadas para objetivos comuns e que regulam o seu comportamento por um conjunto de normas estabelecidas pelos próprios elementos do grupo e/ou com quem o lidera. Nesse sentido, ser membro de um grupo implica primeiramente tornar-se membro da comunidade de pares (SOARES, 1990).

A comunidade de pessoas revela-se, portanto, uma base essencial de aprendizagem dos jovens e crianças para que se torne um membro do próprio sistema social. Para além de promover as competências sociais, o grupo de pessoas ainda contribui notavelmente para o desenvolvimento psicológico dos mesmos.

Esse desenvolvimento decorre necessariamente da interação do sujeito com o grupo de pares, uma vez que ao interagir com os outros indivíduos irão gradualmente definir-se enquanto pessoa. Assinalados todos estes motivos é compreensível que seja vital para um jovem sentir-se parte de um grupo visto beneficiar positivamente da ação dos pares no seu desenvolvimento psicossocial. A par disso, a existência de pressões

incentivam a agregação dos jovens em grupos na medida em que a sociedade está mais receptiva à inserção de um sujeito afiliado a um grupo do que uma pessoa que se encontre à parte (SOARES,1990).

As atividades como músicas, expressões corporais, dança, pintura são formas de autoconhecimento e comunicação com o corpo anatômico, social e psíquico e atuam como possibilidades de emancipação e tratamento dentro das propostas de reabilitação psicossocial (CASTROL, 1992).

Essas atividades são trabalhadas com as crianças e adolescentes no CAPSi de maneira regular, semanalmente há diversos grupos com os profissionais de saúde da instituição. Os pacientes experimentam nessas atividades que no mundo há regras a serem cumpridas e iniciam a partir daí um processo de percepção do outro, percebem que na vida social e até mesmo na vida familiar que deve-se prezar pela harmonia, educação e principalmente o respeito aos direitos do próximo, aos valores do outro e principalmente às diferenças.

Um importante trabalho que se faz no CAPSi é o trabalho com os artes terapeutas que dotados de talentos como a música, a arte de interpretar e de criar incorpora de forma crescente e prazerosa o sentimento e o gosto pelas artes nas crianças e adolescentes que acompanham.

As crianças e adolescentes criativos precisam, antes de mais nada, ter o valor dos seus talentos reconhecidos, dando-lhes condições para lidar com as provações e fracassos que surgirão naturalmente ao longo da vida. Se tiverem encorajamento e permissão para explorar, experimentar e testar suas idéias através de projetos sua própria iniciativa, assumindo responsabilidades, encontrarão provações e fracassos, podendo enfrentá-los sem dificuldade (HOLH,2003).

Arteterapia é uma prática terapêutica que trabalha com a transdisciplinaridade de vários saberes, como a educação, a saúde e a arte, buscando resgatar a dimensão integral do homem, processos de autoconhecimento e de transformação pessoal.. Ademais, almeja a produção de imagens; a autonomia criativa; o desenvolvimento da comunicação; a valorização da subjetividade; a liberdade de expressão; o reconciliar de problemas emocionais, bem como a função catártica(PHILIPPINI, 2004) .

A arte terapia trabalha várias modalidades expressivas com propriedades terapêuticas inerentes e específicas, cabendo ao arte terapeuta criar um repertório de informações relativo a cada uma, com o intuito de adequar essas modalidades expressivas e materiais às necessidades do cliente a ser atendida .

Nas expressões artísticas, as crianças expõem a si mesmas, isto é, todo seu contexto social, suas percepções sobre o mundo, sua identidade e sua imaginação. Assim, as produções de arte podem contribuir sobremaneira para esclarecer o desenvolvimento e avaliação emocional das crianças.

“Supervisiono as atividades da vida diária que são os cuidados com o corpo e o ambiente, mas também administro as medicações de rotina que eles tomam, ou se precisar, as medicações de emergência. Fora isso tem o grupo que a gente faz, biscoí, pintura, essas coisas”
(Alexandrita)

A supervisão das atividades da vida diária não deixa de ser um importante modo de cuidar. Pois proporcionam às crianças e adolescentes o cuidado consigo, com seu corpo de forma higiênica, bem como conhece-lo. E o desperta para o auto cuidado, tomam consciência que são responsáveis por essa atividade e que se torna prazerosa, pois percebem que podem ser independentes em certas situações quando se trata de cuidado. A auto estima é levada quando realizamos atividades que não se precisa depender do outro, não que seja uma negação de ajuda, mas que nos mostra que somos capazes de realizar atividades que nos confirmem que estamos “vivos”.

A construção da consciência corporal, imagem das representações que a criança aprende com o outro, é moldada pelas condições concretas de vida, pela linguagem, costumes, crenças e conhecimento próprio de cada época. Esta "noção de um corpo próprio", por sua vez, será permanentemente integrada ao desenvolvimento da personalidade frente ao outro, definindo suas relações com o meio (WALLON,1995).

Não mais importante cuidar do próprio corpo, há o cuidado com o ambiente. O senso de organização começa neste momento. Viver e conviver em locais desorganizados e sem noções de higiene ambiental não trás uma sensação de bem estar e acaba-se assimilando essas condutas. Sendo assim, esse cuidado proporcionado no CAPS depositam em seus pacientes a habilidade de mante-lo limpo e organizado, pois

também são responsáveis pelo bom funcionamento da instituição que mante-la adequada implicará também no bom acompanhamento do seu tratamento.

Percebo que o CAPSi se configura em uma unidade de atendimento completo, mesmo tendo suas dificuldades, no entanto, proporciona um cuidado adequado e humanizado às crianças e adolescentes e possui um quadro de profissionais capacitados para o atendimento da clientela específica.

Segundo o Ministério da Saúde (2004) quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos: atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação; atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal; atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares; atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários.

5.2 As Vantagens no Cuidar

Nesta categoria os participantes informam as vantagens em se cuidar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e nos mostra o quanto é prazeroso e gratificante este cuidar. Os sentimentos de amor e contentamento foram expressos tanto nas falas, como nos semblantes dos profissionais.

“As pessoas são maravilhosas, o ambiente de trabalho é agradável, a acessibilidade contribui muito pra mim e principalmente eu gosto de trabalhar com crianças, por que eu tenho alma de criança” (Onix)

“A vantagem é que eu amo isso aqui, eu sempre tive vontade de trabalhar com criança...eu gosto de dar carinho e receber carinho, eles são muito carinhosos,

os pais também são maravilhosos” (Alexandrita)

A grande parte dos entrevistados manifestou sua vontade em trabalhar com crianças, não só com seus depoimentos, mas também suas expressões faciais e corporais afirmavam essa vontade e esse prazer em cuidar e estar próximo das crianças e dos adolescentes ali tratados. Na maioria dos relatos podia perceber quanto era grande a felicidade dos profissionais em estarem ali, naquela instituição e sendo úteis a ela e aos seus pacientes. Não pude deixar de notar o sorriso nos lábios antes de falarem as vantagens que tinham por estar naquele ambiente.

“A vantagem maior que tenho é ver que elas conseguem realizar as atividades que repassamos, como por exemplo no meu grupo terapêutico a gente compôs uma música com frases ditas por cada participante” (Benitoite).

É importante relatar que quando se está satisfeito com o que se faz a sua assistência ao outro fica mais prazerosa, a atenção é mais clara e o anseio em dar o melhor de si é buscado, pois isso faz com que o profissional se sinta realizado em ver que seu cuidar esta fazendo a diferença na vida dos seus pacientes.

“Trabalhar com uma equipe multidisciplinar é uma grande vantagem porque temos um acompanhamento completo e eu amo trabalhar com crianças, o Caps infantil faz parte da minha vida” (Diamante)

Ao se trabalhar com uma equipe multidisciplinar, a assistência prestada aos pacientes torna-se mais holística, pois há vários olhares para um único caso ou paciente, olhares estes que não são opostos, são diferentes, mas, que se complementam em prol da ajuda, do cuidado e do zelo.

O olhar do psicólogo que retrata o lado mental, o olhar do enfermeiro que se desprende do físico e se pretende a visualizar proporções do todo, do holístico, o olhar do assistente social que vai em busca do meio social em que a criança ou o adolescente em sofrimento mental se insere, o olhar do farmacêutico que reforça a importância e a necessidade dos medicamentos para a continuidade do tratamento, o olhar dos artistas que trabalha o lúdico e a descoberta do corpo, das percepções, da fala através da musica ou da arte se completam. E o retorno de todo esse cuidado se resume nos avanços tido pelos pacientes, nos carinhos trocados, na formação de um coral, como relata um dos

artista que escreveu junto com seu grupo terapêutico uma música e formou um coral, ou então como relatou a assistente social, ver o retorno destes paciente ao meio social.

“A principal vantagem é que estamos sempre aprendendo mais, conhecendo mais a saúde mental, conhecendo mais essas crianças, esses adolescentes e suas famílias e podendo ajuda-los no seu sofrimento, aqui eu me sinto útil” (Demantoid Gamet).

A capacitação nem sempre se resume a cursos ou especializações específicas, o conhecimento científico também surge com o dia a dia dos casos clínicos existente no Caps infantil. O novo vai gerando uma curiosidade, a ânsia de se saber porque, a causa, a consequência, os tratamentos, as abordagens, os encaminhamentos para o caso específico. O Caps se torna então lugar de estudos, de conscientismos científicos entre os profissionais e daí a vontade em se especializar nesse campo da Saúde Mental.

Muitas vezes o aprendizado se refere às histórias de vida dessas crianças e adolescentes que fazem acompanhamento no CASPi, a relação diária que se tem com eles, faz com que os profissionais de saúde tomem conhecimentos de exemplos de vida que permeiam a vidas desses atores e assim o aprendizado deixa de ser somente científico e passa a ser um aprendizado de exemplos de vida.

5.3 Dificuldades do Cuidado

Nesta categoria as dificuldades são expostas de forma clara e consciente. Percebi que não houve em momento algum por parte dos profissionais o intuito de obscurecer as dificuldades dando a idéia de que pudesse transparecer que o cuidado era negligenciado em vista das dificuldades existentes, porém, mesmo diante de tais barreiras, isso não acontecia.

“Bom quando se fala pela criança, eu sinto falta dos recursos lúdicos, porque isso vai ajudar na interação dela conosco, e também ela é dependente da família e a gente precisa dessa ajuda familiar e as vezes acontece um afastamento dos pais” (Topázio)

“A criança ainda é dependente dos pais ou responsáveis para virem

ao CAPS, então a gente tem que primar pelo compromisso dos pais em relação a isso, pois se eles não trazem os pequenos fica difícil a continuidade do tratamento” (Safira)

A família assume papel de grande relevância no cuidado à criança, pois sobre ela recai a responsabilidade com o bem-estar físico, emocional e social de seus membros, e é no reduto familiar que a criança encontra boa parte de seu referencial. A criança é dependente de seu cuidador ou responsável, não tem autonomia e nem discernimento de ir e vir, de ser responsável por seu tratamento, sendo assim a equipe de profissionais conta com o compromisso dos familiares que acompanham a criança e torna-se dependente destes cuidadores.

Até porque quando se trata da Saúde Mental (enfrentamento da doença e a promoção da saúde) não se deve excluir o tratamento junto a família e o seu ambiente social, pois é onde a criança e o adolescente vivem suas experiências e tem seus exemplos de vida. Percebe-se, alterações no cotidiano da família e dos paciente, exigindo uma redefinição de papéis e funções e uma adaptação à nova situação imposta pela doença.

O trabalho com familiares (quando os pacientes as têm) e com segmentos da sociedade é de suma importância na reintegração do paciente à sociedade civil. Esse trabalho, entre outros programas, é recomendado pela Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, pela Organização Mundial da Saúde, desde 1964.

A família possui várias necessidades, e, na presença de doença em alguns de seus membros, estas se intensificam. Em seu viver, a família formula um mundo de símbolos, significados, valores, saberes e práticas, em parte oriundos de sua família de origem, e em parte decorrentes de suas interações cotidianas. Este mundo é singular para cada família e está alicerçado no contexto no qual ela se encontra (WAIDMAN; ELSSEN, 2004)

Muitas vezes a família também está adoecida com vários fatores; sociais, financeiros, conjugais e sendo assim o afastamento do Capsi é notório. A criança sente falta do tratamento chega até a solicitar aos pais que as levem, pois lá elas encontram um

ambiente acolhedor, rodeados de amigos o que nada mais é uma interação social que ela esta vivenciando, é o que confirma a enfermeira da unidade.

“O espaço físico é muito limitado, poucas salas, sabe...não tem muita privacidade, o arsenal lúdico também é precário, acho que só isso”
(Ametista)

O espaço físico foi muito comentado pela maioria dos entrevistados. O Caps infantil funciona numa casa alugada pela prefeitura e sua estrutura física é a de uma casa residencial segundo informação de alguns profissionais e reformado sua estrutura física para o atendimento. Composto por 5 salas justapostas, onde no centro há um corredor para o acolhimento, seguido da cozinha e refeitório, adjacente a este bloco encontra-se uma sala da farmácia, outra da enfermagem e mais uma para a realização de grupos, lateralizados por um pequeno jardim. Sua estrutura está ficando pequena para a quantidade de demanda atendida no Caps i.

“Bom quando se fala pela criança, eu sinto falta dos recursos lúdicos, porque isso vai ajudar na interação dela conosco, e também ela é dependente da família e a gente precisa dessa ajuda familiar e as vezes acontece um afastamento dos pais” (Topázio)

Os recursos lúdicos também foram comentados entre a maioria, pois os instrumentos de música, livros, brinquedos, material de biscoí, material de colorir, enfeites infantis nas salas e demais dependências da instituição são escassos e importantes para que possam ser usados como facilitadores na interação com as crianças e adolescentes, e úteis ao serem usados em atividades que trabalhem a comunicação, a percepção, a curiosidade.

“A principal dificuldade que tenho na minha atividade é a falta de medicamentos, porque os processos de licitações são demorados”
(Diamante)

A falta de medicamentos na instituição apesar de não ser freqüente, trás certo desconforto para quem controla o ambiente farmacológico, pois ao repassar para o paciente e/ou seu responsável a falta de tal medicação e sua justificativa deve assimilar a indignação daqueles e dar soluções para que seja suprida aquela falta, deve encaminhar para outra instituição que forneça a medicação ou orientar qualquer outra solução para o caso e não apenas informar a ausência do fármaco e deixar por isso. É o que relata um

dos farmacêuticos.

A prática da Atenção Farmacêutica envolve macro componentes como a educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico, além do registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (IVANA, 2002).

As dificuldades encontradas pelos profissionais farmacêuticos na aplicação prática da Atenção Farmacêutica representam grande expressão dentro de sua atuação. Neste contexto, ocorre a necessidade do estímulo aos acadêmicos e profissionais recém-formados, os quais possuem íntegra a energia e o anseio de colaboração com a saúde da comunidade, de modo que ultrapasse as barreiras para realização de programas de Atenção Farmacêutica, implantando-os além das perspectivas de aceitação pela administração geral do estabelecimento farmacêutico e promovendo admissão e entendimento da real necessidade do programa por parte da comunidade atendida. (OLIVEIRA et al, 2005).

“A dificuldade que eu encontro é a falta de treinamento pra que a gente faça uma atenção farmacêutica devida” (Rubi)

O cuidar do doente mental crônico é um trabalho difícil devido às peculiaridades apresentadas pelo próprio crônico, pela instituição e equipe multiprofissional, mas é um trabalho também gratificante, porque o retorno, a valorização, a importância ao cuidado é dada pelo paciente, que recompensa o enfermeiro com afeto, com a percepção e solicitação de sua presença junto dele, dando-lhe suporte para enfrentar o mundo do hospital psiquiátrico.

Mesmo diante de todas as dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde o cuidado se processa, pois o estímulo vem da criança e do adolescente que necessita de ajuda naquele momento, e que a criatividade e profissionalismo da equipe multidisciplinar, o plano terapêutico é realizado de forma favorável.

5.4 A caracterização da equipe

Retrata a descrição de como cada profissional vê a equipe de forma integral, ressaltando suas qualidades, isso só foi possível devido ao grau de intimidade da equipe no dia a dia, onde foi proporcionado o conhecimento do outro. A natureza da criança e do adolescente leva a isso.

“È uma equipe próxima, não há acúmulos de atividades. É uma equipe coesa” (Onix)

“È uma segunda família, né? Aqui todos participam, todos tem uma boa interação, toda semana a gente se reúne para discutir as nossas questões de trabalho” (Alexandrita)

“È uma família que se junta em prol da causa dos pacientes daqui, cada um se entrega e se integra ao trabalho” (Benitoite)

Wright e Leahey (2002:68) consideram que “a família é quem seus membros dizem que são”.

O fato de conviverem todos os dias da semana em torno de 8 horas por dia configura-se em um grau de integração com o outro a ponto de dizer que existe uma família. Não com parentescos de primeiros grau, mas por estarem em constante interação, participando de atividades em comuns, comprometidas entre si em prol de um mesmo objetivo, que acaba-se descobrindo os defeitos e qualidades do outro e mesmo assim o aceita e refere que o convívio configura-se um meio familiar.

Diante disso para os profissionais de saúde do CAPSi, família não está somente atrelado aos laços de consangüinidade, mas uma parceria onde todos com o mesmo objetivo e com diferentes habilidades se juntam para cuidar da sua clientela, bem como discutir e resolver problemas de ordem trabalhista e institucional sempre com um toque de serenidade, humildade e respeito.

Pude comprovar é que a equipe de profissionais do Caps infantil tem uma boa integração entre seus membros, ou entre seus pacientes e familiares. As reuniões que acontecem semanalmente e as supervisões mensais garantem a continuidade de uma boa assistência por estes profissionais, os casos clínicos discutidos durante as reuniões, as dificuldades enfrentadas e as sugestões para resolução das mesmas são postas de forma clara e coesa para que possam ser discutidas e colocadas em pratica, a abordagem dos pacientes inicialmente são trabalhadas com os profissionais para que

todos sigam o mesmo raciocínio. Para que assim não haja divergências nas consultas e no tratamentos dos pacientes.

Segundo Schütz (1974), no mundo da vida diária, os homens entram em relação mútua e tratam de entender uns aos outros, assim como consigo mesmos. Cada indivíduo se situa na vida de uma maneira específica e sua situação biográfica define seu modo de situar o cenário de sua ação, interpretar suas possibilidades e enfrentar seus desafios.

5.5 Envolvimento emocional

Diante do convívio contínuo que os profissionais tem com seus pacientes, impossível não se envolver a ponto de sentir-se totalmente responsáveis e sensibilizados, esquecendo seu papel enquanto profissional de saúde e percebendo a criança e o adolescente como parte de sua vida familiar e social, o que isto de forma exacerbada trás conflitos internos e pode prejudicar o acompanhamento do paciente. Estes atores evocam um comportamento de integração entre todos que convivem no CAPSi.

“Saber separar as coisas aqui dentro foi custoso, porque eu me envolvia demais, pois eu considerava que todos os pacientes eram meus familiares, então eu sofria muito quando eles estavam em crise e isso pra mim era difícil. Então comecei a trabalhar mais isso, não posso ter essa fragilidade e se envolver tanto né? Eu aprendi a separar que sou funcionaria e eles são pacientes” (Alexandrita)

“As vezes a gente se pega com certos sentimentos chatos em relação aos pais, e se a gente deixar as emoções fluírem a gente não faz um bom trabalho com eles e conseqüentemente com a própria criança” (Quartzo)

O vínculo criado entre profissionais de saúde e pacientes do Capsi de início chega a ser difícil porque requer parceria com a família, que muitas vezes está sofrida também, mas estabelecido esse laço de confiança as crianças e os adolescentes passam a ser parte integrante da vida dos profissionais e devido a convivência diariamente com alguns, a escuta das queixas destes sujeitos e ao conhecimento do âmbito social que vivem estes pacientes, que muitas vezes é precário, não há como deixar a comoção e o zelo de lado e assim tomar para si aquele sofrimento, e acreditar que é tão responsável pelo outro que há confusão de papeis por parte de alguns profissionais, que acabam por se envolver de forma exagerada, que ao assimilar a dor do outro que recai na questão: como cuidar do

próximo se estar fragilizado com a dor dele?.

É necessária uma certa “hierarquia”, não aquela cartesiana, de imposição e negação das emoções, mas uma hierarquia que prioriza a empatia e o zelo pelos pacientes, mas que mantém certa distancia para que o desejo ou o objetivo que é o cuidar, se torne confuso.

O mundo tem sentido não somente para o individuo, mas também para quem com ele vivencia experiencias. A experiencia do homem no mundo se justifica e corrige mediante a experiencia dos outros, com quem se interrelacionam conhecimentos, tarefas e sofrimentos comuns. O mundo é interpretado como possível campo de ação de todos nós. (SHUTZ,1964)

A relação terapeuta-paciente é um processo dialético, para o qual não existem receitas ou caminhos previamente conhecidos. As atividades envolvidas nesse processo são constantemente definidas e limitadas pelo indivíduo que a ela recorre, já que cada um possui o seu espaço vital próprio, cada um é único. Daí o cuidado do terapeuta, apesar da sua postura holística, para não ajudar demasiado, nem interferir onde o paciente não quer ou não necessita de ajuda. Esse discernimento presente na arte de cuidar é o termômetro da relação terapêutica (TEPPERWEIN, 2002).

Schütz (1974:24) salienta que “interpretar o mundo é um modo primordial de atuar nele”, acrescentando que a maneira como o ator se situa e interpreta uma circunstância dada é função de sua subjetividade e está relacionada a elementos de sua situação biográfica. Dessa forma, os cuidadores ressignificam seu viver cotidiano em função da experiência que vivencia.

Segundo TRAVELBEE (1979), envolvimento emocional é a capacidade de transcender-se a si mesmo e interessar-se por outra pessoa sem que este interesse nos inabilite. É através do envolvimento que nós nos apercebemos do outro, tornando-nos sensíveis à situação que está vivenciando o que nos mobiliza a oferecer a ajuda necessária.

Em relação a isso TRAVELBEE (1979) refere que o profissional necessita se envolver emocionalmente se deseja estabelecer uma relação com o paciente ou com

qualquer outro ser humano. Também STEFANELLI et al. (1982) afirmam que o envolvimento emocional é um aspecto vital na relação terapêutica com o paciente.

O indivíduo que ingressa em qualquer profissão que lida com gente precisa desenvolver um distanciamento profissional adequado conseguindo assim aprender a controlar seus sentimentos, refrear um envolvimento excessivo, evitar identificações perturbadoras, manter sua independência profissional contra a manipulação e a solicitação de um comportamento não profissional.

Na pesquisa realizada por FILIZOLA et al, 1997 com a equipe de enfermagem segundo o envolvimento com o paciente, mostra que os motivos mencionados pelos atendentes de enfermagem para o não envolvimento estão relacionados com o fato de este atrapalhar o trabalho, o tratamento do paciente, gerar sofrimento psíquico do profissional, traduzindo-se, portanto, em uma atitude não profissional.

Shutz defende o argumento de que o mundo da minha vida diária não é meu mundo privado, mas sim um mundo intersubjetivo, compartilhado com seus semelhantes, vivenciado e interpretados por outros, é um mundo comum a todos nós. (WAGNER, 1979)

5.6 Cuidado Multidisciplinar.

O cuidado não se resume apenas como atividade realizada no sentido de aliviar um desconforto seja ele físico ou mental e nem tampouco é exclusividade de um único profissional, a parceria no cuidar é necessária para que se perceba o paciente de forma humanizada e global, não o resumindo apenas na doença que ele tem.

“Quando há necessidade, tipo, quando um caso que a gente considera grave, que não está caminhando bem, os profissionais de saúde que acompanham este caso específico, se reúnem e realiza uma visita domiciliar e um atendimento familiar” (Turmalina)

“Tem os atendimentos com outro profissional da equipe onde se dá a realização de um planejamento de acompanhamento, também...e tem também as visitas domiciliares com a equipe ou só um profissional, vai depender do caso né, assim como o acompanhamento da criança e da família por uma equipe também” (Esmeralda)

“O mais importante aqui é o trabalho em conjunto. Duas formas de tratamento é a fala e a medicação, as duas devem ter interação, uma

trata a resignificação do sofrimento e a outra é a reação dada no físico. Isso se faz com a equipe como um todo para a criança e adolescente” (Ametista)

A definição de equipe multidisciplinar é um grupo de especialistas, que pode interagir para o trabalho de reabilitação ou educação de pessoas com deficiências. Estes profissionais procuram uma interseção de conhecimentos de suas especialidades para uma ação terapêutica clínica e educativa unificada (RIBEIRO, 2003)

A equipe se comunica, troca idéias, decide em conjunto as melhores alternativas para o cuidado. Quando trabalhamos com equipes multidisciplinares, a interação, a sintonia e a participação de todos são fundamentais para garantir a qualidade de uma assistência desde o planejamento.

O envolvimento dos profissionais na promoção da saúde mental da criança e adolescentes com certeza trás repercussões imediatas no sofrimento e melhora sua qualidade de vida e de sua família(FIGUEIRAS, 2004).

Uma condição inalterável da existência humana no mundo da vida é que um indivíduo se encontra com outros e experimenta ao outro, mediata e imediatamente, tecendo relações sociais a partir de tais experiências, e não somente constitui um mundo social histórico, mas também se socializa no mundo da vida(SCHÜTZ, 1973).

O homem está situado biograficamente no mundo, em interação com outros, vivenciando uma orientação para o Tu e uma relação de Nós como expressão da intersubjetividade no mundo da vida. Nessa relação face a face ele utiliza o seu estoque de conhecimentos a mão que se modifica continuamente a partir das experiências (MACEDO, 2001).

5.7 Os Primeiros sentimentos

O fato de estarmos diante de algo novo em nossa vida diária, nos trás sentimentos variados e confusos. O medo, a ansiedade, o enfrentamento são comuns quando estamos diante do que não conhecemos ainda. Esta categoria retrata o que os profissionais sentiram quando se viram diante do início do trabalho no CAPSi.

“Na verdade assim...eu não senti medo. Eu não costumo sentir medo, porque eu gosto de desafios e assim trabalhar no infantil foi mais um desafio da minha vida” (Diamante)

“Eu procurei ter mais cuidado, mas não senti medo ou ansiedade, como eu já havia trabalhado antes com crianças mesmo que não fossem com transtorno mental, mas eu já sabia com era o mundo delas um pouco” (Jade)

“No começo eu sentia uma certa preocupação sim, mas ansiedade eu não senti, porque sempre que vinha um paciente que eu não conhecia, eu me preocupava porque tinha uma sensação de não conseguir dar o devido tratamento, de me frustrar, mas isso eu encarava muito bem” (Turmalina)

Ao se deparar com o fato de ir se trabalhar com crianças e adolescentes em sofrimentos psíquico surgiram sentimentos que dependiam de experiências anteriores, ou seja, os profissionais que já tinham tido vivência com crianças e adolescentes mesmo que não fossem com transtornos mentais, sentiam-se mais seguros, porém cautelosos ao programarem o acompanhamento específicos para elas.

“No começo eu fiquei assustada porque era com crianças esquizofrênicas. Eu falava com eles e eles não me respondiam, alguns queriam lhe atacar e outros eram agressivos” (Rubi)

Para Scatena e Bressan(2002) em seus estudos mostraram que existem três momentos no cuidar do enfermeiro e um deles seria: o primeiro contato causará medo e segundo passo: se familiarizar. Desta forma ao se acostumar, saberá o que esperar dele. Sendo assim, podemos relatar que esses momentos não devem se restringir apenas ao corpo de enfermagem, mas sim, aos demais profissionais que trabalham com pacientes com transtornos mentais.

Shutz denomina de acervo de conhecimento á mão o que o individuo utiliza em qualquer momento de sua vida, o que caracteriza a sua situação biográfica. O acervo de conhecimento é o acúmulo de experiencias desde a infância, acrescida de outras no decorrer da vida. Cada experiencia tipicamente apreendida e interpretada serve de base á sua ação seguinte (NATANSON, 1962).

O processo de constituição de novas práticas coloca os trabalhadores

diretamente em contato com o novo e o desconhecido, gerando sentimento de angústia. O profissional sofre uma experiência de desenraizamento ao ver sua própria identidade profissional ser colocada em questão (KODA,2007).

Os profissionais que não tiveram experiência com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico exteriorizavam certos receios, inseguranças de como os pacientes poderiam reagir diante deles, o medo de não saber lidar com estes paciente permeavam até o momento de toda esta relação profissional-paciente se tornar rotineira. Após estabelecida esta relação, a frustração e o medo deixam de fazer parte dos sentimentos dos profissionais de saúde e dá lugar ao anseio em proporcionar o melhor cuidado para os pacientes em questão.

Os vários sistemas inter-relacionados de esperanças e temores, de necessidades e satisfações, de oportunidades e riscos que incitam o homem em atitude natural a tratar de dominar o mundo, superar obstáculos, esboçar projetos elevá-los a cabo surgem da ansiedade fundamental representada pelo temor da morte (SCHÜTZ, 1974)

Segundo Schütz (1974), no mundo da vida diária, os homens entram em relação mútua e tratam de entender uns aos outros, assim como consigo mesmos. Cada indivíduo se situa na vida de uma maneira específica e sua situação biográfica define seu modo de situar o cenário de sua ação, interpretar suas possibilidades e enfrentar seus desafios.

5.7 A Vontade de Cuidar

Nesta categoria percebemos que a vontade de cuidar de crianças e adolescentes não se deve ao acaso e sim á experiências e vivências anteriores, as quais impulsionaram os profissionais a procurar o engajamento trabalhos com crianças, mesmo que fosse algo consciente, ou seja, que já fosse algo premeditado, ou não, só se percebesse tempos após ao “olhar para trás” e aceitar que o cuidar de crianças e adolescentes permeavam de alguma forma sua vida passada.

“Eu tive vontade de trabalhar com crianças e adolescentes quando eu ia para os hospitais e via o sofrimentos delas ali, a forma como eram tratadas eram tão assim...sei lá, meio rude, e eu achava isso um absurdo, então eu prometi que ia fazer o curso de enfermagem e trabalhar cuidando destas crianças, até porque eu tinha filhos e eu só me lembrava deles” (Alexandrita)

A ação humana está vinculada ao significado da experiência vivida, e, para agir, acessamos nosso estoque de conhecimentos à mão, uma bagagem de conhecimentos que é fruto de nossas experiências de atos previamente efetuados, tipicamente similares ao projetado, e que funciona como um esquema de referência, de receitas para a interpretação do mundo. Desta forma, atuamos no mundo considerando sua tipicidade, contando que “assim foi, assim será” e que “podemos fazer isso de novo”. (WAGNER, 1979; SCHÜTZ, 1974).

È difícil aceitar que crianças e adolescentes sejam mal tratados no ambiente que tem o objetivo principal de ajudá-la e não debilitar ainda mais a sua enfermidade, a não conformação com tal atitude gera certo repudio em algumas pessoas porque sempre projetamos a situação em pessoas próximas a nós. Ao perceber que uma criança está sofrendo algum tipo de violência, vem a nossa imagem um filho, um sobrinho, alguém próximo o que acaba gerando um sentimento de indignação. A ânsia em se tornar cuidadora retrata uma forma de abolir aquela imagem que se teve no passado que traz sofrimento, ao mesmo tempo que se satisfaz cuidando das crianças e adolescentes como ela julga que deve ser.

“Eu achava que trabalhar na saúde mental com crianças era um desafio, era porque eu gostava, uma obrigação, mas depois que fiz minha análise eu percebi que não, eu percebi que cuidando destas crianças nestas situações, curando a dor delas, eu estava ressignificando a minha dor no passado, a dor de uma criança sofrida por ser filho de um pai castrador e uma mãe maravilhosa, por viver essa bipolaridade social” (topázio)

Para Schütz (1974), o homem constitui seu acervo de experiências a partir da herança e da educação, das múltiplas influências da tradição, dos hábitos e de sua reflexão prévia. Embora seu conhecimento da vida cotidiana tenha caráter apenas aproximado ou típico, os hábitos, regras e princípios que regularmente aplica com êxito são premissas suficientes para satisfazer as exigências no momento da ação e bastam para o desempenho da vida.

Waldow (1999) afirma que as relações tornam-se relações de cuidado em contexto onde “as pessoas cuidam uma das outras, o poder é compartilhado e todos se interessam em que a outra pessoa cresça”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo um perfil traçado de como são os profissionais do CAPSi podemos relatar, que é composta por um equipe coesa e integrada, onde na sua maioria tem pós graduação na área de saúde mental, estão há pelo menos juntos em torno de 3 anos, daí o convívio diário favorecer uma relação mais próxima uns com os outros, numa faixa de idade onde a média é de 33 anos, tem -se uma visão de profissionais maduros profissionalmente.

No CAPSi a equipe conta com estratégias que utilizam para iniciar, dar seguimento e finalizar o tratamento farmacológico e psíquico das crianças e adolescentes, contando com uma equipe multidisciplinar, para que o plano terapêutico feito para cada paciente seja o mais holístico e humanizado, atendo não somente a criança e adolescente, mas sua família e o meio em que vive.

Na perspectiva da fenomenologia sociológica, os tipos vividos idealizados são esquemas interpretativos do mundo social, que fazem parte de nossa bagagem de conhecimento acerca do mundo, têm valor de significação e sempre tomamos elementos deles na relação interpessoal (CAMPOY, 2005).

Com base nas categorias concretas dos depoimentos dos participantes, pudemos construir o tipo vivido em relação às suas vivências face ao cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. O estudo apontou que há um tipo vivido comum, o que é compreensível porque esses sujeitos estão inseridos em um mesmo grupo social e têm vivenciado com similaridade os motivos para e porque com base em um mesmo contexto de significados nessas vivências.

Os profissionais de saúde do CASPi compartilham as mesmas dificuldades e não por isso, deixam seus cuidados para com as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico se tornarem meros serviços prestados. Ao contrário, o prazer em cuidar destes atores é algo já almejado pela maioria e se sentem satisfeito profissional e pessoalmente por estarem realizando o que tanto queriam.

Esses profissionais de saúde agem dessa forma a partir de experiências vividas;

por meio de um agir ético. Esse cuidar prestado pelos profissionais de saúde favorece a independência das crianças e dos adolescentes, propiciando seu crescimento, amadurecimento, estimulando seu pensamento crítico, suas ações e relações com o meio.

Assim, o típico vivido dos profissionais de saúde que cuidam de criança e adolescente em sofrimento psíquico, revelou que este cuidar é realizado com amor; entendido como uma ação gratificante e engrandecedora, mas que também provoca ansiedade e medo, quando não foi vivenciado anteriormente, (ou seja, quando os profissionais não tinham experiências em trabalhar com esta clientela;) facilitada pela colaboração da criança e do adolescente, pela equipe unida, pela ajuda familiar e social, dificultada pela estrutura física, pela falta de recursos materiais e lúdicos, falta de treinamento e capacitações específicas na área, mas que vencida pelo desejo e pelo amor de se estar trabalhando no que se gosta.

O tipo vivido dos profissionais de saúde é aquele de pessoas comprometidas exclusivamente com a ação de cuidar; envolvidas emocionalmente com as crianças e com os adolescentes e acreditam que mesmo estes tendo suas limitações é capaz de se reinserir no âmbito social; e que crêem na recuperação das crianças.

Profissionais de saúde mental, ou generalistas formados na área devem atuar no sentido da atenção também não só a criança e ao adolescente mas também à família, o que implica em assinalar a importância de estratégias como visitas domiciliares da equipe e atendimento multidisciplinar familiar. Sobretudo, é necessário garantir um cuidado que permita a integralidade, equidade e universalidade, como estabelece o SUS. Sendo assim o cuidado deve se revelar no autoconhecimento e no conhecimento do outro, conhecer limites e possibilidades e aprender a respeitá-lo em si mesmo e no outro.

A relação entre os profissionais de saúde e as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico caracteriza-se em uma relação face a face, onde esta é produzida numa relação de espaço e tempo, sendo uma experiência entre pessoas.

Os profissionais de saúde no seu cuidar lançam mão do seu acervo de conhecimentos, ou seja, as experiências e vivências anteriores influenciam na relação que tem com a sua clientela, pois para Shutz o acervo de conhecimentos á mão é o que o

indivíduo utiliza em qualquer momento de sua vida, é o que caracteriza sua situação biográfica.

7 REFERÊNCIAS

AYRES JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as praticas de avaliação no

contexto da promoção da saúde. *Ciência saúde coletiva*.2004; 9:583-92

ANTUNES SMMO, QUEIROS MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad. Saúde Publica* vol23 no.1 Rio de Janeiro. Jan.2007

ALENCASTE MB. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Rev Esc Enferm. USP*. 2003; 37(2): 43-50

ALENCASTRE MB. Como o pessoal auxiliar de enfermagem vê o profissional enfermeiro: uma abordagem compreensiva. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1990

ACKERMAN NW. Avaliação dos serviços de saúde – avaliar o quê? *Cad. Saúde publica* v8. n4 Rio de Janeiro out/dez.1992

AMARANTE P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro:SDE/ENSP,1995.

CAMPOS GWS, Domitti, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007;23(2):399-407.

BOFF L 1999. Saber cuidar: ética do humano – *compaixão pela terra*. Vozes, Petrópolis, 199 p. BRÊDA, M. Z. e AUGUSTO, L. G. S.*Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):471-480, 2001

BALHS SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes.*J Pediatr*. 2002;78(5):359-66.

BALLONE GJ. Depressão. *Psiquweb*; 2003 [acesso em 2009 FEv 09]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf

BRUM AKR, TOCANTINS FR. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. *Rev. Latino Americana Enfermagem* 2005, novembro-dezembro 13(6) 1019 – 26.

BRESSAN VR, SCATENA MC O cuidar do doente mental. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002 setembro-outubro; 10(5):682-9

CAPALBO, C. *Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz*. 2.ed. Londrina: UEL, 1998.

CAMPOY, M.A; MERIGHI, M.A.B; STEFANELLI, M.C. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. *Rev. Latino-am enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p.165-172, 2005.

CAPALBO, C. *Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz*. Londrina (PR): UEL, 1998.

CAPALBO, C. Pós-modernidade, razão sensível, fenomenologia e a enfermagem. *Rev. Cien. Saúde*, Florianópolis, v.16, n.1, p. 32-47, 1997

CRIVELLATI MMB, DURMAN S, Hofstatter LM. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 64-70.

DARTIGUES A. *O que é fenomenologia?* Rio de Janeiro (RJ): Eldorado; 1973.

DELGADO PG, GOMES MPC. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2001, 17:452-3.

DELGADO PG. Economia solidária e saúde mental. In: Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental, organizador. *Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 15-9.

ESPOSITO VHC. Pesquisa qualitativa: modalidade fenomenológico-hermenêutica - relato de uma pesquisa. In: Bicudo MAV, Esposito VHC, organizadoras. *A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico*. Piracicaba (SP): Ed.Unimep; 1994. p. 81-93.

FILIZOLA, Carmem Lúcia Alves; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. O envolvimento emocional para a equipe de enfermagem: realidade ou mito?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. spe, maio 1997

FURTADO JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação de rede de centros de Atenção psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. Vol 21. n 1. 2003

FERREIRA Ma. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Rev. Brás Enferm* 2006 maio-jun; 59(3):327-30. Leopardi MT. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa maria: Palloti, 2001.

GOULART MCS. O enfermeiro como elemento de reabilitação do doente mental crônico hospitalizado. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1982.

IVAMA, A.M. *Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 24p.

KAILI M *Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde*. HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde, São Paulo 237pp 1992.

LEOPARDI, M. T. Fundamentos gerais da produção científica. In: ____ *Metodologia da pesquisa na saúde*. Florianópolis: UFSC/pós-graduação em enfermagem, 2 ed., cap. 5, p. 109-50, 2002.

MONTEIRO, A. R. M. A família na promoção da saúde mental. *Anais do 54º*

Congresso Brasileiro de Enfermagem. Fortaleza: ABEn – CE, 2002.

MARTINS J, BICUDO MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo (SP): Ed. Moraes; 1989

MORGADO A Desinstitucionalização: suas bases e experiências internacional. J Brás psiq,1994, 43:19-28.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília:RDC 357 de Outubro de 2001.CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Código de Ética Farmacêutica. Brasília: Resolução 417 de setembro de 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho nacional de Saúde. 3ª conferencia de Saúde mental, 2001: relatório final. Brasília,2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília:ministério da Saúde, 2004.

_____. MINISTERIO DA SAÚDE. Legislação em saúde mental. 2ª ed. Brasília: ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Assistência à saúde no SUS: média e alta complexidade - 1995/2001. Secretaria de Assistência à Saúde. 2. ed. ampl. Brasília, 2003. 388p.

_____. MINISTERIO DA SAÚDE. Legislação em saúde mental 1990-2004. 5a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

OLIVEIRA A B , Oyakawa CN, MARILIS D M Sandra Maria Warumby Zanin, Deise Prehs Montrucchio Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences vol. 41, n. 4, out./dez., 2005

PHILIPPINI AA. Transdisciplinaridade e arte terapia. In: Ormezzano G, organizadora. Questões de arte terapia. Passo Fundo: UPF; 2004. p.11-7.

Philippini AA. Cartografias da coragem: rotas em arteterapia. 2a ed. Rio de Janeiro: WAK; 2004.

PRADO MI. O cuidado em enfermagem – Uma aproximação teórica. Texto Contexto Enferm.2005 Abr-Jun; 14(2):266-70.

POLIT DF, BECK CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação e utilização. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.2004.

ROCHA, NC. O cuidador familiar e o cuidado à criança com câncer em quimioterapia no domicílio: abordagem da Fenomenologia Social(dissertação), 2005. Fortaleza

SILVA LF, DAMASCENO MM. Modos de dizer e fazer o cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica – Reflexão para a pratica. Texto Contexto Enferm.2005 Abr-jun, 14 (2) 258-65.

VALLADARES ACA. A arte terapia e a reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico. In: Valadares ACA, organizadora. Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental. São Paulo: Vetor; 2004. p.11-3

SHUTZ, A. Fenomenologia del Mundo S. Buenos Aires: Paidós, 1973

SCHÜTZ, A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu; 1974

SCHÜTZ, A. Estudios sobre teoria social. Buenos Aires: Amorrortu; 1974 b.

SCHÜTZ, A. Fenomenologia del mundo social. Buenos Aires: Paidós; 1972

SCHÜTZ, A. Fenomenologia del mundo social: introducción a la Sociologia Compreensiva. Buenos Aires: Paidós, 1972

TEPPERWEIN, Kurt *O que a doença quer dizer - a linguagem dos sintomas*. São Paulo: Ground.(2002).

WALLON, H. As origens do caráter da criança. São Paulo: Nova Alexandria, 1995

WALDOW VR, Lopes MJM. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar. Porto Alegre: Artes Medicas, 1998.

WAGNER, H. R. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Zahar, 1979