

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CARLA LAISA DO LAGO DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAPSI E AS CONTRIBUIÇÕES DA
PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.**

SÃO LUIS-MA

2021

CARLA LAISA DO LAGO DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAPSI E AS CONTRIBUIÇÕES DA
PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da
Universidade Federal do Maranhão- UFMA, como pré
requisito para conclusão do curso (Monografia).

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria da Conceição Furtado
Ferreira

SÃO LUIS-MA

2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Silva, Carla Laisa do Lago da.

A atuação do psicólogo no Capsi e as contribuições da Psicanálise no campo da saúde mental infantojuvenil / Carla Laisa do Lago da Silva. - 2021.

52 p.

Orientador(a): Maria da Conceição Furtado Ferreira.
Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís-MA, 2021.

1. Capsi. 2. Psicanálise. 3. Psicologia. 4. Saúde mental. I. Ferreira, Maria da Conceição Furtado. II. Título.

CARLA LAISA DO LAGO DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAPSI E AS CONTRIBUIÇÕES DA
PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da
Universidade Federal do Maranhão- UFMA, como pré
requisito para conclusão do curso (Monografia).

Aprovada em: __/__/2021.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Maria da conceição Furtado Ferreira
(Orientadora)

Professora Doutora Isalena Santos Carvalho

Professor Mestre João de Deus Cabral Júnior

Professora Doutora Júlia Maciel Soares Vasques
(Suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, meu pai, minha mãe e meu irmão, por terem me ensinado a amar e ser amada, a cuidar e ser cuidada, e por terem sido pacientes comigo quando eu mesma já não era. Isso foi crucial para eu chegar até aqui.

Ao meu grande amigo José David, companheiro nas alegrias e nos desalentos que a vida universitária proporciona. Agradeço por me ouvir com tanto carinho nos momentos que eu mais precisava. Sou muito grata por nossa amizade ter ultrapassado os muros do Campus.

Aos meus amigos Guilherme Lago, Elza Maria, Samara Oliveira que sempre se mostraram presentes e dispostos a compartilhar a vida comigo.

Aos meus colegas do curso que tornavam as atividades da UFMA sempre mais divertidas, agradeço o carinho que sempre recebi de vocês: Karoline Andrade, Yasmim Queiroz, Gabriela Gomes, Josane Lima, Marcos Abraão, Karoline Guimarães, Matheus Castro, Nicolas Oliveira e Tarciane Paiva.

Agradeço imensamente à professora Conceição Furtado por ter aceitado orientar esse trabalho e percorrer comigo esse caminho de construção e desconstrução. Agradeço a escuta atenciosa, os cortes necessários, a paciência e a dedicação que teve comigo.

Aos professores que compõem a banca, professor João Cabral, professora Isalena Carvalho e professora Júlia Soares. Agradeço por terem aceitado tão gentilmente avaliar esse trabalho.

*“(...) sei que meu caminho chegou ao fim: quer dizer que cheguei à porta de um
começo”.*

Clarice Lispector

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) são serviços especializados em saúde mental que oferecem tratamento e reinserção social para crianças e adolescentes portadoras de transtornos mentais graves e persistentes. Esse tratamento oferecido é realizado por uma equipe multiprofissional, dentre eles, está presente o psicólogo. Neste sentido, o presente estudo objetivou discutir a atuação do psicólogo no tratamento oferecido no Capsi e as possíveis contribuições da Psicanálise no campo da Saúde Mental Infantojuvenil. Iniciou-se o trabalho discorrendo sobre aspectos históricos da inclusão de crianças e adolescentes nas políticas públicas em Saúde Mental no Brasil e a criação do dispositivo Capsi. Em seguida, discutiu-se a atuação do psicólogo no Capsi e o trabalho deste com o usuário, a família e os outros profissionais do serviço. No último capítulo, a discussão versou sobre a psiquiatria, diagnóstico e saúde mental, e como a psicanálise pode contribuir construindo novas aberturas no tratamento psiquiátrico, de modo que a dimensão subjetiva não fique perdida perante os diagnósticos.

Palavras-chaves: Capsi. Psicologia. Saúde mental. Psicanálise.

ABSTRACT

The Centers for Child and Youth Psychosocial Care (Capsi) are specialized mental health services that offer treatment and social reintegration for children and adolescents with severe and persistent mental disorders. This treatment is provided by a multiprofessional team, among which the psychologist is present. In this sense, the present study aimed to discuss the role of the psychologist in the treatment offered at Capsi and the possible contributions of Psychoanalysis in the field of Child and Teen Mental Health. The work began by discussing the historical aspects of the inclusion of children and adolescents in the public policies of Mental Health in Brazil and the creation of the Capsi device. Then, the role of the psychologist in the Capsi and his work with the user, the family and the other professionals of the service was discussed. In the last chapter, the discussion is about psychiatry, diagnosis and mental health, and how psychoanalysis can contribute by building new openings in psychiatric treatment, so that the subjective dimension is not lost in the face of diagnoses.

Keywords: Capsi. Psychology. Mental Health. Psychoanalysis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL	12
2.1 Aspectos históricos da inclusão no Brasil de políticas públicas em Saúde Mental Infantojuvenil.....	12
2.2 Os Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (Capsi)	17
3 A PRÁTICA DO PSICÓLOGO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL	20
3.1 Especificidades do trabalho do psicólogo no campo da Saúde Mental Infantojuvenil.....	20
3.2 A atuação dos psicólogos nos Caps.....	21
4 AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL	31
4.1 Considerações sobre a sexualidade infantil na psicanálise	32
4.2 O diagnóstico estrutural na psicanálise	36
4.3 O diagnóstico na psiquiatria	37
4.5 Considerações sobre o diagnóstico no campo da Saúde Mental.....	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

Durante o meu percurso na graduação, por diversas vezes me deparei com temas que despertaram meu interesse, o meu encontro com essas temáticas aconteceu por meio de diversas experiências, nas disciplinas, eventos acadêmicos, estágios, monitorias, dentre outros. Com a chegada da reta final do curso foi preciso eleger uma temática para produzir o trabalho de conclusão, o meu encontro com a questão que me permitiu escrever esse trabalho aconteceu nos últimos períodos, durante minha experiência como monitora no estágio básico em saúde e também com a minha participação no grupo de estudo Saúde mental e Psicanálise, com foco na Saúde Mental Infantojuvenil, coordenado pela Prof^a Dr^a Maria da Conceição Furtado Ferreira.

No estágio, como monitora, tive a oportunidade de acompanhar os alunos no campo, no caso se tratava do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), o único na cidade de São Luís. Foi nesse contexto de observação e acompanhamento da rotina do serviço que começou a surgir em mim questões e inquietações a respeito do atendimento oferecido por esse dispositivo das políticas públicas em saúde mental. Questões como: qual a prática do psicólogo no Capsi? Como acontece o trabalho em equipe multiprofissional? Que tipos de demandas chegam ao Capsi? Quais são os principais diagnósticos? E partir do meu interesse pela teoria e prática psicanalítica, indagava-me a respeito de como a psicanálise poderia entrar e contribuir no trabalho com as crianças e adolescentes no Capsi.

Essas questões foram discutidas tanto na supervisão do estágio em sala de aula quanto no grupo de estudos, e por não terem sido encerradas dentro de mim nesses momentos senti-me convocada a continuar discutindo-as nesse trabalho. Sendo assim, o presente trabalho estabelece como objetivo geral discutir a atuação do psicólogo no tratamento oferecido no Capsi e as possíveis contribuições da Psicanálise no campo da Saúde Mental Infantojuvenil. Como objetivos específicos tem-se: discutir sobre o processo histórico de inclusão no Brasil de políticas públicas em Saúde Mental voltadas à infância e adolescência; identificar em artigos científicos elementos que constituem a prática do Psicólogo no CAPSi; e discutir sobre as possíveis contribuições da psicanálise considerando a clínica no Capsi.

A metodologia do trabalho consiste em uma pesquisa bibliográfica, que de acordo com Marconi e Lakatos (2003, p. 183), “abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico [...]”. Esse tipo de pesquisa segundo os autores

citados tem por finalidade colocar o pesquisador em contato direto com materiais referentes ao tema investigado possibilitando a formulação de novas questões e conclusões. Como referencial teórico fez-se o uso da teoria psicanalítica, que como aponta Lameira, Costa e Rodrigues (2017), não se trata de uma reprodução, a pesquisa psicanalítica inclui o saber inconsciente e o funcionamento do aparelho psíquico no seu modo de trabalho, sendo assim, o pesquisador não é neutro, ele entra com algo seu, dado que ele também está submetido a esse funcionamento.

A construção do presente estudo foi organizada em: **Introdução**, que apresenta a justificativa, os objetivos e a metodologia; capítulo um **“Políticas públicas em Saúde Mental Infantojuvenil”**, que aborda aspectos históricos da inclusão de crianças e adolescentes na agenda das políticas públicas em Saúde Mental no Brasil, com ênfase na criação do dispositivo Capsi, destinado ao atendimento a esse público; capítulo dois **“A prática do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil”**, que versa sobre a atuação do psicólogo no Capsi a partir de dados de algumas pesquisas, e o trabalho deste com o usuário, a família e os outros profissionais do serviço; e capítulo três **“As contribuições da Psicanálise no campo da Saúde Mental Infantojuvenil”**, que propõe uma discussão sobre a psiquiatria, diagnóstico e saúde mental, a partir de elementos da teoria psicanalítica podem contribuir para construir novas aberturas na clínica psiquiátrica no tratamento com pacientes psicóticos.

A relevância desse estudo justifica-se pela necessidade da construção de novas práticas e saberes perante os desafios atuais que exigem respostas mais efetivas do sistema único de saúde (SUS), como a atenção a pessoas com autismo e o crescente consumo de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes (AMSTALDEN, HOFFMANN E MONTEIRO, 2016). Portanto, fazem-se necessário estudos que contribuam com a construção de novas reflexões e caminhos para aprimorar a assistência ofertada às crianças e adolescentes no Capsi.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Neste capítulo serão abordados aspectos históricos sobre a inclusão de políticas públicas em Saúde Mental voltadas para crianças e adolescentes, com ênfase na criação do dispositivo do Capsi (Centro de atenção psicossocial infantojuvenil) e suas diretrizes de funcionamento.

2.1 Aspectos históricos da inclusão no Brasil de políticas públicas em Saúde Mental Infantojuvenil

No Brasil, o processo de inclusão de políticas públicas em saúde mental para crianças e adolescentes ocorreu de forma tardia, diversos fatores podem ser citados como causa desse atraso, dentre eles: a extensa variedade de diagnósticos; a falta de estudos aprofundados a respeito da frequência, causas e prejuízos na vida adulta; escassez de estudos sobre tratamentos para portadores desses transtornos e a particularidade nos modos de cuidado, uma vez que para crianças e adolescentes envolvem diversos setores que geralmente trabalham de forma isolada (COUTO, DELGADO E DUARTE, 2008).

De acordo com Ribeiro (2006), não havia no Brasil nada sistematizado em relação ao campo da Saúde Mental Infantil até o século XIX, época que surgiram as primeiras teses em psicologia e em psiquiatria, e quando foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro (o Hospício D. Pedro II, em 1852). As ações no campo da saúde da criança e do adolescente seguiam o plano ideológico, político e social do país pós independência (TAÑO; MATSUKURA, 2015).

As primeiras ações dirigidas às crianças e adolescentes no século XX pautavam-se em um modelo assistencial e institucionalizante, baseadas no discurso higienista e que fez surgir no início do século XX instituições filantrópicas que acolhiam os três tipos de crianças que deveriam ser assistidas: a deficiente social (pobre), a deficiente mental e a deficiente moral (delinquente) (BRASIL, 2005).

No início da década de 1940, no período do Estado Novo, foi criado o Departamento Nacional da Criança (TAÑO; MATSUKURA, 2015). Em 1941 foi criado o Serviço de Assistência ao Menor, em razão do Decreto n. 3.799, que atribuía ao Estado poder para atuar junto aos “menores”, classificados como “desvalidos” e “delinquentes” (PEREZ; PASSONE, 2010). Esse período foi marcado por um forte caráter repressivo e de exclusão social.

Tano e Matsukura (2015) destacam que, apesar das políticas públicas nesse momento não abrangerem o campo da saúde mental, outros documentos tiveram uma importância significativa na vida desses indivíduos, as autoras citam como exemplo o Código de Menores de 1979, que autorizava internações pautadas “na ideia de uma suposta proteção aos riscos e perigos vividos pela população infanto-juvenil” (p. 442).

Essas primeiras ações tiveram como resultado “por um lado, a institucionalização do cuidado e, por outro, a criminalização da infância pobre, gerando um quadro que, no limite, é um quadro de desassistência, abandono e exclusão” (BRASIL, 2005, p. 8). Inúmeras crianças e adolescentes com doenças mentais sofreram as consequências do descaso e do puro desconhecimento por parte dos responsáveis pela assistência e cuidado (BRASIL, 2005).

Na década de 1970, teve início no cenário brasileiro o processo de reforma psiquiátrica, que criticava o modelo de assistência psiquiátrica vigente e buscava novas formas de cuidado em saúde mental, contava com a participação de diversas categorias profissionais e dos próprios usuários. Como um dos ganhos dessa luta tem-se a constituição da Política Nacional de Saúde Mental, que buscava consolidar um sistema psicossocial aberto, territorial, promover reinserção social e devolver o direito à cidadania na vida das pessoas em sofrimento psíquico (BRAGA; OLIVEIRA, 2019).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surge em 1978, formado por trabalhadores do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Conforme Brasil (2005, p. 7), esse movimento passa a:

Protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Outro marco histórico importante foi a promulgação da Carta Constitucional de 1988, que enfatiza no artigo 227 da Carta Magna a condição cidadã da criança e do adolescente. A partir desse processo de confirmação de que crianças e adolescentes são sujeitos de direito, é promulgada a Lei n. ° 8.069, de 13/7/1990, conhecido como Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2005).

O ECA, segundo Braga e Oliveira (2016, p. 405) visa:

Enfatizar o caráter de cidadão das crianças e dos adolescentes e a garantir os seus direitos, asseverando a necessidade de o Estado garantir a proteção integral desses sujeitos, com a constituição de ambientes e de vínculos sociais e familiares afetivos, o pertencimento a um território e a seu tecido social, a educação em escolas, a promoção, proteção e recuperação da saúde, entre outros.

Entretanto, para uma mudança radical em relação aos cuidados à criança e ao adolescente, foram necessárias ações que formassem um novo modelo de assistência, não mais institucionalizante, que garantissem os devidos direitos para os recém cidadãos.

Braga e Oliveira (2019) destacam a importância das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental no âmbito jurídico-político. A primeira Conferência Nacional em Saúde Mental foi realizada em 1987, foram discutidas questões em relação à nova forma de entender os transtornos mentais e seus tratamentos, levando em consideração fatores políticos, sociais e históricos, garantindo também os direitos da pessoa portadora de transtorno mental (CUNHA; BOARINI, 2011).

Nessa primeira conferência reconheceu-se a carência de legislação específica voltada à infância e a adolescência; a deficiência do sistema assistencial público; a proposição equivocada que considera que menores sem lar serão futuramente delinquentes ou psicopatas (BRASIL, 1988). Dentre as propostas estão, a limitação do número de internações psiquiátricas; o direito a educação formal para os menores hospitalizados; revisão criteriosa das propostas terapêuticas e no uso de psicofármacos e atendimento multiprofissional (BRASIL, 1988).

No relatório final da II Conferência Nacional em Saúde Mental, ocorrida em 1992, há pouca referência à criança e o adolescente e nenhuma medida na direção de uma política pública é proposta. Uma única deliberação é aprovada, estabeleceu-se a criação no Ministério da Saúde, uma Comissão de Proteção dos Direitos de Cidadania da Criança e do Adolescente portadores de sofrimento mental, baseado no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1994).

Na III Conferência Nacional em Saúde Mental, que ocorreu em 2001, foram aprovadas propostas mais significativas em relação aos cuidados a essa faixa etária, foi estabelecido como prioridade a elaboração de uma agenda específica para crianças e adolescentes em Saúde Mental, elegendo essa temática como prioritária no ano de 2002 (BRASIL, 2002).

Dentre as principais deliberações dessa conferência destaco: a implementação de CAPS infantil, tendo como base os princípios da Reforma Psiquiátrica e o Estatuto da Criança e do Adolescente; garantir o direito a acessibilidade, dando prioridade a casos mais graves, a partir de um enfoque multiprofissional; implantar em todos os estados e municípios “oficinas para crianças e adolescentes em consonância com as políticas de atendimento em saúde mental, na perspectiva de construção de cidadania” (p. 58); priorizar nos CAPS infanto-juvenis projetos de desinstitucionalização de crianças e adolescentes internados em abrigos privados, públicos e filantrópicos e manicômios (BRASIL, 2002).

Segundo Couto e Delgado (2015), as deliberações da III CNSM ratificam os princípios do ECA e da Reforma Psiquiátrica e apontam o Estado como responsável pelo bem estar social; e acontece pela primeira vez na história da Saúde Mental uma “alteração estrutural operada nos elementos da matriz de análise dos problemas da criança que atravessou quase um século da República brasileira” (p.33).

Em fevereiro de 2002, foi publicada a portaria 336/ 2002 que estabelece a criação de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, os CAPSi. As orientações contidas nessa portaria se configuram como as primeiras medidas na história do SUS voltadas a Saúde Mental da criança e do adolescente (COUTO; DELGADO, 2015).

Dentre as características dispostas na portaria sobre o funcionamento dos CAPSi, destaco: constitui-se um serviço ambulatorial de atenção diária; desempenha o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; responsabiliza-se pela organização da demanda no âmbito do seu território; supervisiona e capacita as equipes da atenção básica, serviços e programas de saúde mental do seu território. Em relação as atividades desenvolvidas, são citadas: atendimento individual e em grupos (psicoterápico, medicamentoso, de orientação, dentre outros); oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias com foco na integração da criança; atividades intersetoriais com as áreas da assistência social, jurídica e educação (BRASIL, 2002).

Uma política em saúde mental infanto-juvenil deve ter como base os seguintes princípios: reconhecer a criança e o adolescente como sujeitos de direito, incluindo o direito ao cuidado, mas também um sujeito singular que precisa ser ouvido e reconhecido; acolhimento universal, que implica que toda demanda deve ser recebida, ouvida e respondida, mesmo que o tratamento não possa ser oferecido naquele serviço, mas reconhecendo no

acolhimento uma forma de cuidado; encaminhamento implicado, no qual o profissional se inclui no encaminhamento, responsabilizando-se pela demanda até o seu novo destino; construção permanente da rede, territorialização e intersetorialidade, ou seja, a construção do trabalho junto a outros equipamentos do território, ultrapassando os limites da instituição (BRASIL, 2005).

Ainda em decorrência das deliberações da III Conferência Nacional em Saúde Mental, destaca-se em 2003, por meio da portaria n. 1. 946/03, a criação um grupo de trabalho com o objetivo de “proporcionar condições para a implantação de um Fórum Nacional sobre Atenção à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, que funcione como espaço de articulação intersetorial.” (BRASIL, 2003).

No ano de 2004, foi criado pelo Ministério da Saúde, através da portaria GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto Juvenil, com o intuito de fortalecer as diferentes iniciativas e concentrar esforços no campo da Saúde Mental da criança e do adolescente; e de otimizar as ações propostas pelos diferentes setores, tem como objetivo a intersetorialidade e constitui-se uma ferramenta importante de gestão em âmbito federal (BRASIL, 2005).

O Fórum tem o caráter representativo e deliberativo que possibilita dar visibilidade e resolutividade a questões difíceis que permaneceram por muito tempo ignoradas ou em segundo plano. Os participantes desse Fórum incluem instituições governamentais, setores da sociedade civil e entidades filantrópicas que atuam na área (BRASIL, 2005).

Dentre as atribuições do Fórum destaco:

Funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área; incentivando a criação de fóruns estaduais para a área da Saúde Mental da Criança e do Adolescente; elaborar recomendações e deliberações a serem adotadas sempre que possível pelos gestores públicos da área da Saúde Mental da Criança e do Adolescente (Brasil, 2005, p. 20).

Entre os anos de 2005 e 2012, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil realizou nove reuniões, nesses encontros foram produzidas três recomendações, são elas:

Produzir entendimentos, qualificar as discussões e fortalecer a construção de políticas públicas, abordando temas como os desafios da desinstitucionalização para o campo infantojuvenil no âmbito da RAPS, a articulação entre os operadores da saúde mental e da justiça, as estratégias de cuidado em rede – tendo em vista a intersetorialidade –, entre outros (Braga e Oliveira, 2019, p. 405).

Em 2010 ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, sendo pela primeira vez intersetorial, com grande participação dos usuários, familiares, profissionais do campo da Saúde Mental e de outros setores. Das deliberações feitas nessa Conferência para o campo da Saúde Mental Infantojuvenil, Brasil (2010, p. 93), destaca:

A) expansão e qualificação das estratégias de desinstitucionalização para crianças e adolescentes; b) fortalecimento de políticas intersetoriais orientadas para promoção de saúde e saúde mental e para a atenção integral; c) efetivação de articulações intrasetoriais, particularmente com a atenção básica e hospital geral; d) consolidação do fundamento intersetorial na montagem da rede de cuidados, especialmente com os setores da educação, assistência social, justiça/direitos; e) destinação financeira compatível com as exigências da atenção psicossocial para infância e adolescência.

A IV CNSM foi a última a ser realizada, percebe-se no escopo de suas discursões uma atenção voltada para a intersetorialidade e a construção de redes intersetoriais. Reafirmou-se a função estratégica do dispositivo Capsi na ordenação das demandas em Saúde Mental Infantojuvenil, agenciando no seu território, ações de cuidados envolvendo os setores historicamente responsáveis na assistência a crianças e adolescentes, como: educação, atenção básica, assistência social, justiça/ direitos (BRASIL, 2010).

2.2 Os Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (Capsi)

O Capsi é o dispositivo principal das políticas públicas em saúde mental infantojuvenil, funciona de forma territorial, oferecendo atenção diária às crianças e adolescentes acometidos por transtornos mentais graves e persistentes, como, o autismo, psicoses, neuroses graves ou todo aquele que devido a sua condição psíquica se encontra impossibilitado de estabelecer e manter laços sociais (BRASIL, 2004).

De acordo com Brasil (2004), as psicoses na infância e o autismo infantil não possuem uma causa única que pode ser apontada como fator desencadeante, contudo a experiência mostra que algumas condições são essenciais para melhora do quadro, como por exemplo: que a criança durante seu tratamento seja mantida em seu ambiente doméstico e familiar; a família deve fazer parte integrante do tratamento; a atenção deve ser integral, não somente clínica, mas também com ações intersetoriais; atividades de inclusão social geral e escolar em particular devem fazer parte dos projetos terapêuticos.

O serviço no Capsi é composto por uma equipe multiprofissional, segundo as orientações do Ministério da Saúde na Portaria nº336, a equipe técnica mínima deve conter:

um médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais com ensino superior dentre as categorias da Psicologia, Assistência Social, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Pedagogia ou outra categoria profissional necessária para a construção do projeto terapêutico; cinco profissionais com nível médio, podendo ser técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico em administração, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O trabalho da equipe multiprofissional almeja o atendimento integral da criança e do adolescente, através de processos de singularização das demandas e dos cuidados a serem ofertados, dessa forma os Capsi podem abrir mão de ações e programas pré estabelecidos e construir de forma conjunta as intervenções envolvendo a equipe, o usuário e a família (TANO, 2014).

A atenção psicossocial tem como característica a valorização do saber do usuário e da família na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Com a proposta de um trabalho interdisciplinar, a equipe realiza uma avaliação compartilhada sobre a condição do usuário, buscando uma leitura que vai além de diagnósticos e medicamentos (PINTO et al, 2011).

O PTS é composto por quatro momentos: o diagnóstico, onde é feita a avaliação orgânica, psicológica e social, com o objetivo de identificar como o sujeito singular se produz diante da doença, dos seus desejos, da família, da cultura, dentre outros aspectos; definição de metas, onde a equipe estabelece curtos, médios e longos prazos, sempre em negociação com o sujeito; divisão de responsabilidade entre os membros da equipe de forma clara; reavaliação, onde são feitas as correções e tomadas novas decisões (BRASIL, 2008).

As reuniões de equipe para a construção e acompanhamento do PTS são momentos propícios para a valorização de cada profissional, desde que haja alternância de relevância entre as diferentes práticas, levando em consideração que as necessidades do usuário variam no tempo, em alguns momentos determinados membros da equipe estarão com mais protagonismo que outros e o reconhecimento dessa dinâmica permite valorizar o singular de cada um (BRASIL, 2008)

Nessas reuniões também é possível fazer uma articulação dos diversos recursos disponibilizados pela equipe, a partir de cada especificidade profissional. Outro ponto importante desse momento é o reconhecimento das dificuldades e limites da equipe, sendo possível procurar ajuda, tornando assim essas reuniões um espaço potencial de formação permanente (BRASIL, 2008).

Dessa forma, compreende-se o aspecto fundamental dos múltiplos saberes profissionais envolvidos no tratamento oferecido no Capsi como uma forma de garantir a atenção integral no atendimento, haja vista a especificidade das demandas dessa faixa etária.

3 A PRÁTICA DO PSICÓLOGO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

Este segundo capítulo tem como objetivo apresentar as práticas dos psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil a partir de algumas pesquisas, identificando o trabalho deste junto ao usuário, à família e aos outros profissionais do serviço, bem como discutir alguns elementos da especificidade da clínica com crianças e adolescentes no Capsi.

3.1 Especificidades do trabalho do psicólogo no campo da Saúde Mental Infantojuvenil

A inserção do Psicólogo em instituições públicas de saúde mental apresenta diversos desafios, sobre isso, Ferreira (2012, p. 52) destaca as dificuldades do profissional em atender às demandas institucionais, como por exemplo, “a intervenção junto à equipe; necessidades sociais em seus diferentes contextos e a realidade específica a cada sujeito em processo de adoecimento bem como o conhecimento sobre as políticas de saúde do SUS”.

De acordo com CFP (2013, p. 82), o trabalho do psicólogo dentro das políticas públicas em saúde mental “incide menos sobre a cura de uma doença ou um sintoma e mais sobre a produção de subjetividades”. Os referenciais teóricos que embasam essa prática devem estar em consonância com as diretrizes do processo da Reforma Psiquiátrica, logo, “é necessário perguntar se os referenciais adotados respondem à direção de uma ética inclusiva, libertária e que aponte para o respeito e a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental.” (CFP, 2013, p. 84).

O psicólogo, conforme destaca Silva (2015), tem um papel fundamental de resgatar a subjetividade no cotidiano do serviço, de forma que “a dimensão humana não seja perdida em meio a protocolos, a fichas a serem preenchidas, etc” (SILVA, 2015, p. 227).

Guerra (2005), ao falar do campo da saúde mental infantojuvenil, destaca as particularidades dessa clínica, como: a inclusão da família; a linguagem lúdica do sujeito; a convivência com outros saberes; a busca pela resposta de cada sujeito diante do seu adoecimento, de forma a não colocar o sujeito na impotência e na falha por não atender as expectativas.

A inclusão da família, como ressalta Barbosa et al (2009), assume um papel que vai além da transmissão de informações sobre a criança ou o adolescente, trata-se de envolver os familiares nas propostas terapêuticas e nas atividades oferecidas no Capsi, tornando-os assim parceiros no tratamento.

Tratando-se de crianças com transtornos no desenvolvimento, Guerra (2005) aponta que, o lúdico, o corpo, o espaço e o tempo encontrarão dificuldades para serem representados no brincar, dessa forma, cabe ao profissional encontrar novos recursos de linguagem para intervir.

Um estudo realizado no Capsi do Vale do São Francisco buscou compreender as relações do cuidar e do brincar na perspectiva das crianças usuárias. Segundo Silva et al (2017), na infância, “(...) o cuidado está muito atrelado a uma figura lúdica, sendo ambos, cuidado e brincadeira, indispensáveis para o desenvolvimento” (SILVA et al, 2017, p. 1647).

As autoras também ressaltam que, em uma instituição voltada para o público infantil, é indispensável que o profissional esteja disponível para participar do mundo de faz de conta, da imaginação, da brincadeira, pois segundo o estudo indica “esse convite é feito pelas próprias crianças do serviço, a exemplo de quando uma delas ofereceu o microfone à psicóloga do serviço, demonstrando querer que ela também participasse daquele momento de fantasia” (SILVA et al, 2017, p. 1648).

Guerra (2005) destaca que, a convivência com outros setores e saberes, como por exemplo, a educação, a medicina e o setor jurídico, é de fundamental importância para a desconstrução de uma imagem deficitária da criança e do adolescente acometidos por transtorno mental grave.

Observa-se que em nossa sociedade ainda é comum os estigmas impostos às crianças e adolescentes com transtorno mental, elas são lidas como menos capazes e por vezes com necessidades de adequações comportamentais. E por vezes as intervenções dos profissionais de saúde mental encaminham-se nessa direção. Assim as diferenças dos sujeitos são lidas como defeitos e não como a particularidade no processo de adoecimento nas doenças mentais. Na tentativa de minimizar essa imagem deficitária da criança e do adolescente com transtorno mental, é importante uma assistência que considere uma intersetorialidade para buscar atender as demandas desses sujeitos, de forma a garantir seus direitos como cidadãos.

3.2 A atuação dos psicólogos nos Caps

Segundo uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia em 2009 sobre as práticas dos psicólogos nos Caps, os principais modos de atuação citados pelos entrevistados foram: atendimentos individuais; coordenação de grupos; atendimento psicológico aos familiares; atuação com os funcionários; visita domiciliar; o trabalho em equipe multidisciplinar; atuação em rede e na comunidade; pareceres, laudos e prontuários;

gestão de serviço; atividades extramuros; atuação nas discussões políticas sobre o campo; as abordagens teóricas (CPF, 2009, p. 14-20).

É possível encontrar diversos estudos sobre as práticas dos psicólogos nos CAPS. Alguns apresentam que a principal forma de atuação ainda se concentra no atendimento individual, esse fato pode ser explicado pelo percurso do profissional na graduação, a vasta gama de disciplinas no curso de Psicologia com ênfase na área clínica tradicional, a falta de embasamento teórico e prático em saúde mental, dentre outros fatores (CRUSOÉ, 2017; MACEDO E DIMENSTEIN, 2012). Por outro lado, há também estudos que apontam o atendimento individual como parte do trabalho, mas que não se configura como prática principal do psicólogo (FERREIRA; BRITO, 2012).

Sendo assim, pode-se pensar alguns fatores para essa variedade de resultados. Primeiramente, o entendimento que o profissional tem da sua própria prática, pois se para ele a intervenção psicológica se restringe ao atendimento individual, será este o modelo que ele levará para qualquer ambiente de trabalho. Segundo fator, o conhecimento teórico sobre as propostas da Reforma Psiquiátrica e o serviço oferecido nos CAPS. Terceiro fator, a demanda institucional e da equipe de trabalho, que podem priorizar ou não os atendimentos individuais.

Vale ressaltar que a intervenção clínica não se restringe somente ao atendimento individual e que é possível existir uma clínica do coletivo. Ferreira (2012) aponta que quando o profissional reduz a clínica ao atendimento individual acaba por desconsiderar os grupos terapêuticos, que se sustentam na clínica, pois “a proposta da clínica do coletivo se estabelece pela possibilidade de constituírem-se aí sujeitos singulares”. (p. 193).

O atendimento individual é realizado de diferentes formas e pode ser nomeado por: acolhimento, psicoterapia, acompanhamento, terapia breve, escuta, dentre outros (CPF, 2009, p. 14). O acolhimento é uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PHN) do SUS, é o primeiro contato do usuário com o serviço.

Por se tratar do primeiro passo do indivíduo em busca de ajuda, o acolhimento realizado de maneira apropriada e em consonância com os princípios do SUS, pode auxiliar na confiança do usuário em relação ao serviço. Por isso, torna-se indispensável discutir o acolhimento e identificar os elementos essenciais que o constituem.

O acolhimento pode ser compreendido como uma postura de disponibilidade a escuta do usuário que procura os serviços de saúde. De acordo a cartilha do PHN

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2010, p. 18).

Um estudo desenvolvido por Moreira, Torrenté e Jucá (2018), em um Capsi na cidade de Salvador, investigou as dinâmicas operadas entre técnicos e usuários e familiares com enfoque no processo de acolhimento. As autoras ressaltam que o acolhimento não é uma prática específica de alguma categoria profissional, contudo, não é qualquer profissional que pode assumir tal função dentro Capsi.

As autoras destacam algumas habilidades relacionais, conhecimento clínico e sobre o funcionamento do serviço, que são necessárias a esses profissionais. Como por exemplo, a empatia, a disponibilidade para a escuta e o diálogo, respeito ao modo de vida e os saberes do usuário, capacidade de identificar a multiplicidade de demandas implícitas e explícitas do discurso. Quando se trata do acolhimento de crianças e adolescentes, Moreira, Torrenté e Jucá (2018) apontam que

A priorização da fala das crianças e dos adolescentes no exercício de buscar uma linguagem que promova a comunicação (seja a linguagem verbal mais próxima do universo infantojuvenil, sejam outras formas de linguagem corporal, ou a utilização dos instrumentos lúdicos ou expressivos) foi observada como uma estratégia que permite melhor compreensão das queixas apresentadas, bem como a produção de autonomia e vinculação com os sujeitos. A disposição pessoal, observada entre os profissionais ao sentarem-se no chão para brincar junto com as crianças e ao criarem jogos com alguns recursos próprios para a expressão desse público, permite o distanciamento do discurso produzido pela família ou pelas instituições sobre o sujeito e a aproximação deste em sua expressão mais genuína (MOREIRA, TORRENTÉ e JUCÁ, 2018, p. 1129).

É importante destacar que, em diversos estudos, a escuta psicológica comparece como sendo a principal característica do profissional da psicologia, a particularidade que demarca sua diferença em relação a outros profissionais.

A escuta psicológica é a atenção dada à singularidade do sujeito, bem como sua posição subjetiva em relação a isso (BRAGA, DALTRO e DANON, 2012). No estudo feito por esses autores sobre a escuta clínica, foi possível observar que

A percepção da escuta como instrumento de trabalho emerge nos discursos dos psicólogos a partir de uma certa abertura por parte do profissional. Desenvolve-se o raciocínio clínico para além da avaliação diagnóstica em si. Pensando na avaliação como um mecanismo possível de exclusão, foi possível perceber a experiência de construção diagnóstica como um processo de compreensão do sujeito na sua complexidade [...] (BRAGA, DALTRO e DANON, 2012, p. 95).

Outra modalidade de atendimento individual que se constitui como prática do psicólogo é o acompanhamento terapêutico (AT), que é caracterizado como uma atividade de

estar com a criança ou com o adolescente de acordo com a singularidade da sua condição atual, pois em uma situação onde a criança ou o adolescente está acometido por sintomas severos, como: alucinações, delírios, confusão mental, agitação psicomotora, desorientação tempo espacial, surgem dificuldades na realização de tarefas em grupo. Assim, o AT “constitui um acompanhamento especializado dentro e a partir de suas possibilidades individuais e momentâneas, até que consiga, a medida que alcance melhora clínica psíquica, envolver-se em atividades mais elaboradas e estruturadas.” (SES-MT, 2012, p. 13).

Sendo assim, o acompanhamento terapêutico leva em consideração as necessidades específicas de cada indivíduo, de forma a não padronizar o tratamento oferecido, um dos princípios fundamentais das políticas públicas em saúde mental. Então por mais que as atividades grupais e de socialização sejam importantes, para alguns usuários em determinados momentos pode não funcionar.

Taño e Matsukura (2014), em um estudo desenvolvido em quatro Capsi no estado de São Paulo, identificaram que crianças e adolescentes em maior sofrimento psíquico são inseridos majoritariamente em atendimentos individuais, sendo possível reconhecer que as dimensões individuais do sofrimento são preconizadas nesses Capsi. As autoras destacam sobre o serviço nos CAPS que

[...] o objetivo principal do trabalho a ser desenvolvido nos serviços é a proposição da Clínica Ampliada, entendida no contexto como a expansão do trabalho desenvolvido para além da clínica tradicionalmente realizada na psiquiatria em favor da construção de ações coletivas e da produção de vida (TAÑO E MATSUKURA, 2014, P. 214).

O atendimento individual também pode ser realizado com os familiares da criança e do adolescente. Em um estudo sobre as condutas terapêuticas de atenção aos familiares, realizado em 19 Capsi do Estado de São Paulo, foi observado que embora o atendimento específico a um dos pais não seja a prioridade nos Capsi, “o atendimento específico a um dos pais, em alguns casos esse tipo de abordagem se torna imprescindível ao projeto terapêutico proposto para criança ou adolescente” (BARBOSA et al, 2009, p. 267).

Cabe ressaltar que é fundamental para o tratamento escutar os pais, as demandas deles em relação ao filho, identificar o lugar que criança ou o adolescente ocupa na família. É preciso estar atento também às expectativas dos pais em relação ao tratamento, conversar sobre as intervenções, esclarecer possíveis dúvidas, estabelecendo assim uma relação de confiança com os profissionais do Capsi.

Em relação aos atendimentos grupais, essa modalidade aparece como uma das principais ações desenvolvidas no Capsi pelos psicólogos (CPF, 2009). Foram citadas pelos profissionais seis modalidades de grupo: grupos de abertura das atividades do dia; oficinas terapêuticas, criativas e esportivas; grupos dirigidos à geração de renda; grupos terapêuticos; assembleias; grupos temáticos.

As práticas grupais se adequam melhor ao modelo de serviço dos CAPS. Primeiro porque é uma forma de desconstruir a ideia de que os pacientes que possuem algum transtorno mental não podem participar de atividades em grupos. Segundo, é que essa modalidade de atendimento permite o tratamento ir além das quatro paredes do consultório tradicional. Terceiro ponto é que devido à alta demanda do serviço, é inviável oferecer somente atendimentos individuais como forma de cuidado.

Dentre esses atendimentos em grupo têm-se as oficinas terapêuticas, que funcionam como um espaço de interação e socialização, com o objetivo de inserir o usuário no espaço social através de atividades que possibilitem a expressão de sentimentos e vivências (RIBEIRO; SALA e OLIVEIRA, 2008, p. 521). As autoras também apontam que

[...] o trabalho nas oficinas torna-se positivo para a assistência em saúde mental, à medida que uma de suas finalidades seja promover o exercício da cidadania dos sujeitos, pois, do contrário, podem ser novamente compreendidas como formas de tratamento moral, entretenimento e ordenação do espaço institucional tal qual no modelo médico-asilar (RIBEIRO; SALA e OLIVEIRA, 2008, p. 521).

A criação de espaços propícios para os usuários falarem sobre os seus sentimentos é uma estratégia fundamental para que eles participem ativamente do seu tratamento. Afinal, o saber técnico não é o único que precisa estar incluído nas intervenções, o saber do paciente sobre sua condição também precisa estar presente e ser ouvido.

Costa et al (2013) apresentaram em um estudo feito em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do Rio Grande do Sul, uma intervenção em formato de oficina terapêutica, o projeto se tratava de uma oficina terapêutica de contos infantis, que teve como objetivo “(...) a construção de um espaço terapêutico de escuta para crianças com sofrimento psíquico no qual o lúdico e o simbólico serviram como suporte para que elas entrassem em contato com a sua realidade psíquica.” (COSTA et al, 2013, p. 237).

Participaram do projeto crianças entre sete e dez anos de idade, pacientes do Capsi. Foi realizado um grupo semanal de uma hora de duração, com supervisão acadêmica, local, institucional e com participação nas reuniões de equipe pelas estagiárias do projeto. Os grupos eram compostos por até no máximo oito crianças.

O conto servia como mediador entre a criança e seus conflitos, os contos foram escolhidos de acordo com a demanda dos participantes, após serem lidos, a atividade seguinte consistia na construção, através de materiais concretos, como sucata, algo relacionado à história, em seguida as crianças falavam sobre si. Segundo as autoras

O projeto da oficina seguiu a ideia de um grupo terapêutico psicanalítico, viabilizando ao paciente entrar em contato com sentimentos e fantasias, através da projeção e da construção de uma narrativa própria. Foi uma proposta em que, por meio do lúdico, as crianças pudessem entrar em contato e elaborar seus conflitos psíquicos por intermédio dos conteúdos abordados nas histórias, seja através do deslocamento, da sublimação e da construção de uma narrativa pessoal (COSTA et al, 2013, p. 238).

Nas intervenções com crianças faz-se necessário a utilização de recursos lúdicos, pois é no brincar a sua principal forma de mostrar e também elaborar o que se passa dentro de si. Os contos infantis geralmente abordam narrativas sobre a família, a escola, amizades, brincadeiras, então a partir dessas histórias, que fazem parte do seu cotidiano, a criança pode mostrar ao profissional suas questões.

Outra atividade citada pela pesquisa do CFP (2009) são as assembleias, que podem ser coordenadas pelos psicólogos. As assembleias são reuniões de caráter informativo, mas que também podem servir como um espaço de discussão, estabelecimento de regras de funcionamento e definição de cronograma de eventos. Podem ser realizadas só com os usuários ou com os funcionários e usuários.

Nas assembleias com os usuários, por exemplo, pode ser possível encontrar soluções para problemas do cotidiano do serviço, que muitas vezes não são encontradas em reuniões de planejamento e discussão que contam com a participação somente dos funcionários e gestores do Capsi (CFP, 2013).

Segundo Bontempo (2009), a assembleia com os usuários também pode ser um lugar onde os pacientes podem utilizar a palavra como instrumento de expressão, “é possibilitar, pela via da palavra, a expressão do que o sujeito manifestaria em atuações ou em atos violentos”. A autora ainda destaca que

[...] é um espaço de encontro que pressupõe diferenças e até mesmo interesses divergentes, ou seja, é um espaço que se orienta pela “experiência particular de cada um e as estratégias pessoais construídas segundo tais experiências.” Assim, a assembleia tem o propósito de estabelecer um lugar onde a palavra de cada um é escutada e considerada, ainda que ela não tenha convergência com o dizer da maioria dos participantes. (BONTEMPO, 2009, p. 186).

Uma questão levantada pela autora, no lugar de coordenadora da assembleia, é levar em consideração o lugar dos operadores desse dispositivo diante, por exemplo, de um delírio

de um paciente. Qual postura adotar? Acolher? Ter uma postura mais normativa? Encaminhar para o técnico de referência do caso? O que seria mais efetivo de acordo com Bontempo (2009) seria não adotar uma diretriz a priori, mas sim, dirigir a intervenção à singularidade de cada caso.

Outro modo de atuação do profissional da Psicologia dentro do Capsi é na atuação com os funcionários através de grupos de capacitação, de supervisão ou grupos de discussão sobre situações do cotidiano. Um estudo realizado em um Capsi no interior do Rio Grande do Sul apresentou uma experiência grupal com foco nos profissionais do serviço. O objetivo foi de desnaturalizar e problematizar o cotidiano de trabalho da equipe, provocando inquietações e reflexões nos profissionais.

A experiência teve a duração de cinco encontros, de forma semanal. Os dispositivos utilizados foram: discussão de textos, pinturas de mandalas, exposição de quadros, performance sombra e folha em branco. Bottoni e Raupp (2014) destacam que

Importante ressaltar que, ao pensar em intervir na equipe do CAPSi, tentei partir da ideia de não chegar com um saber pronto ou com uma ideia prévia do que o grupo precisaria. Procurei manter uma relação de horizontalidade com o coletivo (Baremlitt, 2002). Ou seja, mantive-me aberta às transformações que viriam quando a proposta de intervenção fosse colocada em prática, bem como às possíveis controvérsias e resistências que poderiam surgir. Controvérsias e resistências dos profissionais, do serviço, minhas e também atreladas a outras intervenções ocorridas, antes, no local, e aos efeitos que produziram na equipe (BOTTONI e RAUPP, 2014, p. 83).

Promover momentos de diálogos entre a equipe pode ser uma forma de evitar que o trabalho se torne automatizado, é um momento de colocar em pauta os problemas do cotidiano, ao invés de guardar para si e gerar desavenças entre os profissionais. Provocar reflexões sobre as práticas no serviço possibilita críticas sobre sua própria postura profissional e conseqüentemente o trabalho pode se transformar.

O trabalho do psicólogo nos CAPS ultrapassa os muros da instituição, as práticas “extramuros” também estão entre as atividades realizadas pelo psicólogo. As visitas domiciliares são um exemplo delas. Essas visitas possuem o objetivo de auxiliar a família, capacitando-as para que elas desenvolvam recursos próprios para lidar melhor com as questões que envolvem o cuidado com um paciente em saúde mental, de forma a evitar internações recorrentes e piora do quadro do paciente (PIETROLUONGO e RESENDE, 2007).

O papel do psicólogo nas visitas domiciliares consiste em sua escuta qualificada, que é uma das principais ferramentas da sua prática, pois é a partir dela que pode ser possível a percepção da subjetividade do sistema familiar, possibilitando uma melhor compreensão da equipe em relação às questões da família. Também a partir da escuta, Pietroluongo e Resende (2007) apontam que o papel do profissional da psicologia

[...] é a de ser um intermediador entre a instituição e a família, ajustando as demandas e “limpando” os canais de comunicação. Essa atitude, em muitos momentos, é necessária, já que a equipe institucional, pela grande demanda de visitas e falta de instrumental teórico, muitas vezes pode entrar em conflito com as famílias, conflitos esses que podem ser solucionados pelo diálogo intermediado (PIETROLUONGO e RESENDE, 2007, p. 29).

Sendo assim, o psicólogo pode assumir também o papel de acolher a equipe em casos de dificuldades e conflitos no estabelecimento de diálogo com a família. Contudo, é válido ressaltar que qualquer profissional da equipe é capaz de estabelecer relações que favoreçam o tratamento, mas pela formação do psicólogo envolver o estudo das subjetividades e relações interpessoais, ele pode iniciar esse movimento de reflexão e mediação entre a família e os profissionais.

Outro aspecto importante da prática do psicólogo no Capsi é o trabalho em equipe multiprofissional. Seja através de discussões de casos e planos de intervenção terapêutica, consultas, trabalho em duplas ou em trios com profissionais de áreas distintas para a construção das oficinas CFP (2009).

O trabalho em equipe multiprofissional é a base fundamental do tratamento dos usuários do Capsi. Dentre as diretrizes operacionais do Ministério da Saúde para os serviços de cuidado à criança e o adolescente destaca-se que o serviço deve

Garantir que a ação do cuidado seja o mais possível fundamentada nos recursos teórico-técnicos e de saber disponíveis aos profissionais, técnicos ou equipe atuantes no serviço, envolvendo a discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e às diretrizes coletivamente estabelecidos pela política pública de saúde mental para constituição do campo de cuidado (BRASIL, 2004, P. 16).

Segundo Toledo (2006), a justificativa para a realização de um trabalho multidisciplinar é o reconhecimento do ser humano em sua totalidade. Constitui-se um desafio contínuo para o profissional manter a sua especificidade e construir em conjunto um plano terapêutico integralizado com outros saberes para o tratamento de um indivíduo.

Uma pesquisa realizada por Vasconcelos (2010) em um Capsi no Rio de Janeiro investigou as possibilidades e as dificuldades vivenciadas pela equipe na integração

multidisciplinar. Os resultados demonstram “(...) a dificuldade para estabelecer um solo epistemológico comum entre as disciplinas, o que decorre das grandes diferenças conceituais, metodológicas, práticas e terminológicas acerca do cuidado à loucura. (VASCONCELOS. 2010, P. 13). Contudo, apesar dos desafios, os profissionais se lançam ao trabalho multidisciplinar proposto pela Reforma Psiquiátrica, como forma de transformar o modelo de assistência.

Outros estudos como Oliveira e Miranda (2015); Silva e Guazina (2017) também investigaram o trabalho multidisciplinar no Capsi. Os resultados demonstraram a importância do trabalho em equipe para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário. Um fator evidenciado no estudo de Oliveira e Miranda (2015) em relação a equipe é que

[...] a proposta da equipe de organizar o cuidado cotidiano através do acompanhamento da demanda do paciente, evitando impor propostas terapêuticas preestabelecidas. Neste sentido, mesmo que os profissionais não tenham assumido ou definido as abordagens teóricas com que trabalham, percebemos que o eixo norteador da clínica é a escuta singular dos pacientes. Consequentemente, o serviço se constitui como um espaço acolhedor às crianças, permitindo-lhes traçar percursos terapêuticos também particulares (OLIVEIRA E MIRANDA, 2015, P. 110).

Outro fator destacado no estudo realizado por Silva e Guazina (2017) que dificulta o trabalho multiprofissional é a rotatividade dos profissionais, principalmente no caso da terceirização dos serviços. Dificuldade sentida tanto pela equipe quanto pelos usuários do Capsi.

É importante também trazer para essa discussão o trabalho interdisciplinar, em que consiste e a diferença entre ele e o trabalho multidisciplinar. Como já mencionado, esse último se refere a uma proposta de atendimento integral ao usuário, ou seja, profissionais de diversas áreas trabalham juntos no tratamento, como por exemplo, na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Já em relação ao trabalho interdisciplinar espera-se que haja uma interação e integração entre os saberes. Segundo Domingues (2012), não se trata somente de uma aproximação entre os saberes e compartilhamento de informações, mas sim de uma mútua integração de conceitos, terminologias e métodos para uma finalidade em comum.

Contudo, essas duas formas de organização de trabalho podem comparecer nos CAPS. Uma equipe multiprofissional pode desenvolver um trabalho multidisciplinar ou um trabalho interdisciplinar. Jafelice e Marcolan (2018) apontam que, existem muitas dificuldades em práticas multidisciplinares, que acabam sendo transformadas em práticas fragmentadas e

ainda com a forte influência do saber médico. Portanto, esses autores sugerem que as práticas interdisciplinares podem auxiliar nesses desafios.

Vale ressaltar que na portaria 336 de 2002, que instituiu a criação do Capsi, o Ministério da Saúde garante no serviço uma equipe multiprofissional. O funcionamento interdisciplinar é um trabalho a se construir, pensar com as diferenças algumas questões do trabalho do outro e repensar o próprio trabalho.

A Avaliação Psicológica é outra atividade exercida pelo psicólogo no Capsi. O profissional pode realizar tanto individualmente como em equipe multiprofissional, articulando com os demais serviços da rede de cuidados. Segundo a Cartilha de Avaliação Psicológica do CFP (2013), a avaliação consiste em um processo de ampla investigação do avaliado e sua demanda, com o objetivo de decidir sobre o tratamento do paciente.

O processo avaliativo deve ser baseado em teorias e técnicas da ciência psicológica. O profissional da Psicologia precisa levar em consideração os seguintes elementos

1. contexto no qual a avaliação psicológica se insere;
2. propósitos da avaliação psicológica;
3. construtos psicológicos a serem investigados;
4. adequação das características dos instrumentos/técnicas aos indivíduos avaliados;
5. condições técnicas, metodológicas e operacionais do instrumento de avaliação (CFP, 2013, P. 11).

No contexto em questão discutido, o Capsi, é importante que o psicólogo compreenda suas demandas “para poder planejar e executar ações efetivas para as pessoas que utilizam o serviço psicossocial, ao mesmo tempo em que sejam inovadoras, criativas e que respeitem os princípios do SUS e as especificidades dos CAPS.” (GESSNER E LANGARO, 2019).

Diante do que foi apresentado observa-se a pluralidade de práticas e intervenções que podem ser realizadas pelo profissional da Psicologia no Capsi e que estas devem estar em consonância com as diretrizes e princípios da Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. Entende-se a importância do profissional possuir uma formação voltada para a clínica infantojuvenil devido as particularidades no atendimento a esses usuários, como por exemplo, os recursos lúdicos que precisarão ser utilizados, a inclusão dos pais no tratamento e a intersetorialidade.

Contudo, na prática, como indica os estudos citados, existem diversas dificuldades, como por exemplo, a própria falta de formação específica em saúde mental infantojuvenil, o trabalho em equipe, a rotatividade dos profissionais, a falta de estrutura do serviço, dentre outros. Fatores que podem resultar na precariedade do tratamento.

4 AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Nos primórdios da prática psicanalítica, Freud, o precursor dessa clínica, atendia seus pacientes em seu consultório privado. Contudo, em seu texto “Caminhos da terapia psicanalítica” de 1919, ele previa que em um cenário futuro seria possível a sociedade despertar e perceber que “o pobre tem tanto direito a auxílio psíquico quanto hoje em dia já tem a cirurgias vitais” (FREUD, 1919/2010, p. 291). Dessa forma seriam criadas instituições públicas que empregariam psicanalistas e o tratamento dado à população seria gratuito.

Atualmente é possível constatar que o trabalho com a psicanálise fora dos consultórios já existe. Figueiredo (2002) aponta que a Psicanálise ocupou uma parte das instituições psiquiátricas “provocou mudanças nosográficas, diagnósticas e de tratamento na psiquiatria sob a rubrica de psicodinâmica” (FIGUEIREDO, 2002, p. 13). No cenário brasileiro, no contexto da Reforma psiquiátrica - caracterizada pela desinstitucionalização e por um novo modelo de tratamento dado ao paciente, diferente do modelo de isolamento social – a Psicanálise entra com uma proposta de resgatar a dimensão clínica no tratamento, pois segundo Couto e Alberti (2008), apesar de terem sido criados locais de tratamento com base na clínica da Reforma Psiquiátrica, é possível observar que “[...] a cidadania e o cuidado são tomados como referência do tratamento dos usuários, mas, por outro, promove-se uma preocupação maior com a especificidade de uma clínica que caminhe paralelamente à atenção psicossocial.” (COUTO E ALBERTI, 2008, p. 57).

O que as autoras discutem é que sem um trabalho clínico que leve em consideração o sofrimento psíquico, o resgate da cidadania e autonomia dos indivíduos pode ser prejudicada. Sendo assim torna-se importante a discursão sobre sustentar uma clínica nos serviços de Saúde Mental. Uma questão apontada pelas autoras é a seguinte: “[...] seria possível sustentar a clínica propriamente dita sem uma orientação clínico-teórica que tenha consistência para enfrentar os problemas diários de nossa prática?” (COUTO E ALBERTI, 2008, p. 57).

A partir dessas observações considera-se que a Psicanálise pode contribuir no campo da Saúde Mental, pois o tratamento psicanalítico leva em consideração o sofrimento psíquico e através da escuta de cada sujeito é possível que este se reconheça no seu processo de adoecimento. Pensando no recorte do campo da saúde mental infantojuvenil, torna-se importante discutir que elementos da teoria psicanalítica podem contribuir no tratamento.

4.1 Considerações sobre a sexualidade infantil na psicanálise

Freud realizou as primeiras investigações sobre os fenômenos histéricos no final do século XIX. Foi a partir da escuta das pacientes histéricas que ele pode desenvolver o que em 1900 foi nomeado por ele de psicanálise. Sobre a descoberta mais importante Freud (1896/1996, p. 196) enfatiza que “qualquer que seja o caso e qualquer que seja o sintoma que tomemos de partida, no fim chegamos infalivelmente no campo da experiência sexual”, definindo assim a etiologia das neuroses no âmbito do sexual.

Segundo Freud (1896/1996), os sintomas são a atividade sexual dos doentes, uma vez que este é um substituto de uma satisfação pulsional que não chegou a ocorrer por conta do processo de recalque. Devido a isso, essas formações do pensamento encontram outra maneira de se expressar. Na histeria, essa expressão acontece através de fenômenos somáticos.

Ao ouvir suas pacientes, Freud observava que ao conduzir a atenção para a cena traumática, cada vez mais o relato regredia a cenas mais remotas. Em seu texto “A história do movimento psicanalítico” ele relata que “[...] a princípio parecia nos levar regularmente até a puberdade; em seguida, fracassos e pontos que continuavam inexplicáveis levaram o trabalho analítico ainda mais para trás, até os anos da infância [...]” (FREUD, 1914/1996, p. 21). A partir dessa descoberta Freud começa a teorizar sobre a existência de uma sexualidade infantil.

No texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” de 1905, Freud faz avanços teóricos importantes sobre o desenvolvimento da sexualidade humana, sobretudo nos primeiros anos de vida. Ele chama atenção para o fato de ter sido ignorado por muito tempo a existência da sexualidade infantil e aponta que esse seja um dos motivos da ignorância em relação às condições básicas da vida sexual. Também ressalta que essa influência deveria ser compreendida e considerada antes da influência hereditária

Freud aponta como manifestações da sexualidade infantil o chuchar e o autoerotismo, quando a pulsão se satisfaz no próprio corpo. Ele observa que

No chuchar ou sugar com leite já podemos observar as três características essenciais de uma manifestação sexual infantil. Esta nasce apoiando-se numa das funções somáticas vitais, ainda não conhece nenhum objeto sexual, sendo autoerótica, e seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma zona erógena (FREUD, 1905/1996, p. 111-112).

Freud chama de pulsão uma força constante, endógena e que visa à satisfação. Em seu texto “A pulsão e suas vicissitudes” de 1915, ele apresenta os quatro termos da pulsão: pressão, finalidade, objeto e fonte. Por pressão entende-se a quantidade de força ou a medida

de exigência de trabalho que ela representa, essa característica está presente em todas as pulsões. A finalidade ou alvo da pulsão é sempre a satisfação, contudo podem existir diversos caminhos para alcançar a finalidade última. O objeto é outro termo apresentado por Freud, que é a coisa através da qual a pulsão é capaz de atingir sua finalidade, é o que há de mais diverso na pulsão e pode ser tanto um objeto externo quanto partes do próprio corpo. Já a fonte é um processo somático que ocorre num órgão ou parte do corpo, cujo estímulo é representado na vida mental por uma pulsão. Freud ressalta que “embora as pulsões sejam inteiramente determinadas por sua origem numa fonte somática, na vida mental nós as conhecemos apenas por suas finalidades” (FREUD, 1915/1996, p. 129).

As zonas erógenas possuem a característica de serem suscetíveis, através da estimulação, a despertar sensação prazerosa. A criança procura em seu corpo alguma parte para sugar e faz disso um hábito, porém quando ela se depara com umas das zonas chamadas por Freud de “predestinadas”, como mamilos e genitálias, por essas tem preferência. Freud aponta que uma situação de deslocamento análogo acontece nos sintomas histéricos, “[...] o recalçamento afeta, sobretudo, as zonas genitais propriamente ditas, e estas transmitem sua excitabilidade a outras zonas erógenas, de outro modo relegadas na vida adulta, que então se comportam exatamente como genitais” (FREUD, 1905/1996, 112).

Por volta dos três a cinco anos de idade, Freud observa que as crianças começam a atividade de investigar que se inscreve na pulsão do saber e o interesse despertado é, sobretudo, pelos problemas sexuais. Um dos primeiros questionamentos é “de onde vêm os bebês?” e partir disso se desenvolvem as mais diversas teorias. Segundo Freud a criança observa as transformações ocorridas na mãe durante a gravidez e as muitas histórias inventadas pelos pais são recebidas com desconfiança. Contudo, por falta de mais informações, as investigações da criança acabam sendo infrutíferas nesse período.

Sobre as teorias sexuais infantis, Bergés e Balbo (2001) ressaltam que elas não são apenas resultado do movimento pulsional, mas de uma abertura no discurso da mãe ao supor um saber na criança, assim, “justamente porque a mãe falhou em sua teorização que a criança pode fazer hipóteses teóricas sobre o sexual. Se ela tomasse todo o lugar da teoria, se detivesse todo o financiamento dos organismos de pesquisa, a criança não poderia fazê-la” (BERGÉS E BALBO, 2001, p. 73).

A organização sexual infantil compreende uma fase pré-genital, que em um primeiro momento é oral, onde o alvo sexual é a incorporação do objeto; e uma segunda fase, a

organização sádico anal, atividade produzida pela pulsão de dominação. Somente em uma terceira fase é que a vida sexual passa a ser determinada pela primazia da zona genital. Contudo, Freud em seu texto “A organização genital infantil” de 1923, aponta que o mais correto seria falar em primazia fálica ao invés de primazia genital, uma vez que para ambos os sexos, apenas o genital masculino entra em consideração.

No curso da investigação sexual, Freud esclarece que para os meninos acontece a descoberta de que o pênis não é comum a todas as pessoas e chegam à conclusão de que nas meninas ele estava presente, porém foi retirado, eis o complexo da castração, que segundo Freud só faz sentido se considerada a primazia do falo.

Como fenômeno central do período sexual da primeira infância, tem-se o complexo de Édipo, contudo, ele acontece de forma diferente para meninos e meninas. Sobre a situação dos meninos, Freud explica que:

Ela é facilmente compreensível para nós, pois a criança se atém ao mesmo objeto que, no precedente período de amamentação, já tinha investido com sua libido ainda não genital. Também o fato de perceber o pai como um rival importuno, do qual gostaria de se livrar e assumir o lugar, é claramente deduzido das circunstâncias objetivas (FREUD, 1923/2010, p. 259)

A saída do Complexo de Édipo também acontece de maneira distinta em relação às meninas. No menino, a dissolução ocorre mediante ao complexo de castração. Ao constatar que há a possibilidade de perder seu pênis, como aconteceu com as meninas. É comum nessa época a brincadeira por parte dos pais de ameaçar que vai retirar o órgão sexual do menino (brincadeira tomada pela criança como ameaça verdadeira). No texto “A dissolução do Complexo de Édipo”, Freud afirma que

A autoridade do pai ou dos pais, introjetada no Eu, forma ali o âmago do Super-eu, que toma ao pai a severidade, perpetua a sua proibição do incesto e assim garante o Eu contra o retorno do investimento libidinal de objeto. As tendências libidinais próprias do complexo de Édipo são dessexualizadas e sublimadas em parte, o que provavelmente ocorre em toda transformação em identificação, e em parte inibidas na meta e mudadas em impulsos ternos (FREUD, 2010, p. 186-187).

Dessa forma, com a dissolução do Complexo de Édipo começa a operar o Super-eu, que segundo Freud, é o herdeiro do complexo. Com a recusa do incesto e a instauração de uma consciência moral, a ruína do Complexo de Édipo pode ser considerada “um triunfo da geração sobre o indivíduo” (FREUD, 1924/2010, p. 267).

Já nas meninas o que marca a entrada no Complexo de Édipo é o complexo de castração. No início, para ambos os sexos a mãe é o primeiro objeto, contudo, quando a menina entra no Complexo de Édipo o pai se torna seu objeto. Isso ocorre quando ela

descobre, através da observação de seu irmão ou de outra criança do sexo masculino, que seu órgão sexual é menor e inferior ao do sexo oposto, isso dá origem ao que Freud chama de “Inveja do pênis”. Uma das consequências dessa descoberta é o afastamento do objeto materno.

Ao substituir a mãe pelo pai, a menina aceita a castração, contudo, segundo Freud (2010), essa renúncia ao pênis não acontece sem uma tentativa de compensação, assim, “a garota passa — ao longo de uma equação simbólica, poderíamos dizer — do pênis ao bebê, seu complexo de Édipo culmina no desejo, longamente mantido, de receber do pai um filho como presente, de lhe gerar um filho” (FREUD, 1924/2010, p. 189).

Freud acredita que a saída da menina do complexo acontece aos poucos por conta desse desejo não ser realizado. Todavia, tanto o desejo de ter um pênis quanto de ter um bebê fica no registro inconsciente. Em seu texto “Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos” de 1925, Freud aponta que o Super ego feminino se distingue do masculino, sua justificativa é que os efeitos do Complexo de Édipo na menina podem prosseguir por muito tempo na vida psíquica da mulher.

É a partir dessas operações no menino e na menina, a forma como cada um vai se posicionar na vida diante da castração, que se fala nas estruturas clínicas pensadas por Freud: neurose, psicose e perversão. No seu texto “A hereditariedade e a etiologia das neuroses” de 1996, Freud (1896/1996) afirma que:

O evento precoce deixa uma marca indelével na história clínica, sendo nela representado por uma profusão de sintomas e traços especiais que não poderiam ser explicados de nenhum outro modo; é peremptoriamente exigido pelas interconexões sutis, mas sólidas, da estrutura intrínseca da neurose (FREUD, 1896/1996, P. 152).

Dessa forma, devido a importância das operações que ocorrem na infância e das relações que a criança estabelece com os outros e seus desdobramentos na vida adulta, se torna fundamental pensar sobre o tratamento oferecido nos Capsi para crianças e adolescentes. Pois segundo Costa e Leite (2015), é nesse momento da vida que estão sendo produzidas as primeiras inscrições psíquicas que serão capazes de inaugurar o aparelho psíquico.

Uma questão recorrente ao pensar sobre o tratamento oferecido nos Capsi diz respeito a questão do diagnóstico. Diversos estudos discutem a importância da cautela na realização do diagnóstico e como o caminho oposto pode comprometer o tratamento (Telles, 2016; Elia e cols, 2016; Rodrigues, 2012). É fundamental não tomar o diagnóstico como ponto de partida e sim como algo que se revela junto ao tratamento.

Telles (2016) aponta que os ideais de criança instituídos pela cultura, pelo modo de vida e a até mesmo pela ciência, retorna sob a forma de novas sintomatologias. A autora também ressalta que uma resposta a isso é construída no interior de cada campo de saber através de uma posição ética quanto ao estudo desses fenômenos.

Nesse sentido, segundo Elia et al. (2016), a psicanálise muda a forma de receber um paciente, tomando como ponto de partida as palavras dele e isso torna-se mais importante do que qualquer aspecto fenomenológico do comportamento.

4.2 O diagnóstico estrutural na psicanálise

A palavra diagnóstico tem origem grega – *diagnōstikós* – que significa discernimento, conhecimento, ver através de. Segundo Mansur (2010), o diagnóstico é a etapa nuclear do exame médico e do tratamento do paciente, e consiste em um processo complexo do pensamento humano para discernir em meio aos dados, hipóteses e possibilidades. Dor (1991) pontua que o diagnóstico é um ato médico que possui dois objetivos, o primeiro é a observação, que serve para determinar a natureza de uma afecção ou doença a partir de uma semiologia; e o segundo objetivo é a classificação, que permite localizar nosograficamente um quadro patológico.

A investigação médica acontece de duas maneiras, a investigação anamnésica, que consiste em obter informações do paciente através dos fatos memorativos da doença a partir de uma entrevista com o mesmo; e a investigação armada, que serve para reunir informações a partir do exame direto do doente com o auxílio de mediadores técnicos, instrumentais e biológicos (Dor, 1991).

No tratamento psicanalítico, o que se aproxima de um diagnóstico é a identificação das chamadas estruturas clínicas - neurose, psicose e perversão - que vão permitir a condução do analista em cada caso. Segundo Figueiredo (2004) nomeia-se também diagnóstico estrutural por se propor ir além dos fenômenos. Ainda segundo a autora, Freud, ao tomar à direção do inconsciente lança a psicanálise em uma nova referência, transformando assim a dimensão diagnóstica do campo descritivo para o campo dinâmico, do fenômeno à estrutura.

Ao se falar de diagnóstico em psicanálise, primeiramente é importante mencionar o estatuto do inconsciente com relação à realidade, considerando que na psicanálise a realidade é a psíquica. Freud em seu texto “A interpretação dos sonhos” diz que o inconsciente é a verdadeira realidade psíquica e que seu acesso é tão incompleto através dos dados da

consciência quanto o mundo externo é pelas comunicações dos sentidos (FREUD, 1900/1996).

Sendo assim, tanto esse “mundo interno” quanto o “mundo externo” são apreendidos somente parcialmente. A fonte primária da realidade psíquica é o inconsciente em suas manifestações: sonhos, chistes, atos falhos, sintomas (FREUD, 1915/1996) e esta só pode ser acessada através da fala, logo, um tratamento psicanalítico só pode ser feito pelo que aparece dessa realidade nas palavras e “ações prenes de sentido”, essa é, portanto, segundo Figueiredo e Machado (2000, p. 66-67) a única realidade que diz respeito ao sujeito “a partir da qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha, enfim, se põe no mundo e até mesmo se desconhece”.

Cabe, portanto, ao analista realizar essa escuta, que só é possível ser feita sob transferência. Sobre o fenômeno da transferência, Freud (1912/1996) destaca que, cada indivíduo possui um modo de conduzir-se na vida erótica, que foi constituído pela disposição inata e também pelas influências sofridas nos primeiros anos de vida, esse “cliché estereotípico” é constantemente repetido a cada encontro com os objetos amorosos ao longo da vida. Sendo assim, o analista também entra nessa série de repetição dos objetos amorosos, o que caracteriza a transferência. E somente através dela o analista pode operar, agindo não como “um leitor de fenômenos e sim como nomeador de um modo de incidência do sujeito na linguagem” (FIGUEIREDO E MACHADO, 2000, P. 67).

Em relação ao momento de se fazer o diagnóstico, Freud em seu texto “Sobre o início do tratamento” de 1913, orienta sobre a importância de aceitar o paciente apenas de forma provisória, com o intuito de avaliar se o caso é apropriado para o tratamento psicanalítico. Ressalta também que não pode assegurar que sempre se chegará a uma decisão correta, mas considera importante essa precaução.

Ou seja, o diagnóstico em psicanálise não consiste em uma classificação objetiva dos fenômenos, assim como o tratamento não se constitui simplesmente como uma consequência lógica de um diagnóstico. Pois como pontua Dohr (1991), em psicanálise, o diagnóstico das estruturas clínicas – neurose, psicose e perversão- tem sua dimensão potencial, que de partida é posto em suspenso, em sua condição de um devir.

4.3 O diagnóstico na psiquiatria

No campo da Psiquiatria, a avaliação diagnóstica é orientada de outra forma. Historicamente, foi nesse campo onde se desenvolveram os conceitos patológicos. A primeira

publicação com a sistematização dos transtornos mentais foi em 1896, o Tratado de Psiquiatria, de Kraepelin, que apontava como os sintomas se organizavam para formar as doenças mentais específicas e caracterizava padrões ou síndromes que permitiam um diagnóstico preciso (CÂMARA, 2007, P. 680).

Em relação aos diagnósticos psiquiátricos, as classificações atuais (American Psychiatric Association, 2013; Organização Mundial de Saúde, 1993), excluíram as categorias de fundo oriundas da psicanálise – neurose e psicose- e as substituíram por inúmeras categorias descritivas e ateóricas. Essa proposta ateórica se justifica com o intuito de evitar incongruências e impasses e também de facilitar a comunicação entre os profissionais do campo da saúde mental (CAMARGO; SANTOS, 2012). O que hoje se apresenta nos manuais diagnósticos em psiquiatria são descrições de sintomas e sinais que desconsideram a etiologia dos quadros.

A classificação dos transtornos mentais torna-se a lógica central do diagnóstico. Como conceito de transtorno mental o DSM-V apresenta

[...] uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental (APA, 2014, P. 20).

Observa-se que a própria escolha do termo transtorno, utilizado para a maioria das classificações diagnósticas, indica uma dificuldade de lidar com a questão da natureza das psicopatologias, conforme apontado por Pereira (1996, p. 47):

A designação *disorder* não confere nenhuma especificidade ao quadro clínico que ela nomeia, mas preenche uma função que se pode chamar “retórica”, necessária ao bom funcionamento do sistema [...] busca-se, portanto, tratar dos problemas nosográficos, deixando-se, metodologicamente, de lado os questionamentos etiológicos e privilegiando-se a descrição empírica dos quadros.

A elaboração do diagnóstico psiquiátrico é feito através de hipóteses que são formuladas a partir do conhecimento teórico e prático do médico, podendo ser confirmada ou rejeitada. Segundo Gonçalves (2017), essas hipóteses serão testadas até o momento da decisão clínica.

Os critérios diagnósticos segundo o DSM-V são diretrizes e seu uso deve se basear no julgamento clínico, após a avaliação desses critérios o médico deve considerar os subtipos e especificadores do curso dos transtornos para indicar a situação atual do indivíduo. Com base na entrevista clínica, nos textos descritivos, nos critérios e julgamento clínico, obtém-se um diagnóstico final (APA, 2014, P. 21).

O que se observa é o foco em perturbações e disfunções, alterações neuroquímicas e biológicas em detrimento da dimensão psíquica, conforme aponta Gonçalves e Martins (p. 84) dentro de uma lógica “nitidamente taxonômica que exclui o sujeito determinado pela linguagem”.

Contudo, os próprios supervisores da mais recente edição do DSM admitem que os avanços nas pesquisas exigirão alterações cuidadosas e iterativas para que o mesmo continue como referência na classificação dos transtornos mentais. Um dos motivos dessa crítica deriva da constatação de que um sistema categórico rígido não é capaz de apreender a experiência clínica (APA, 2014, P. 5).

4.5 Considerações sobre o diagnóstico no campo da Saúde Mental

Ao se tratar do campo da saúde mental, logo somos levados a pensar em doença mental. Segundo Baroni, Vargas e Caponi (2010), essa associação acontece quando a psiquiatria se apropria da experiência da loucura transformando-a em uma propriedade nosológica. Dessa forma, inicialmente, a doença era o foco ao se olhar para o mental.

As primeiras referências técnicas à saúde mental como campo de atuação podem ser encontradas a partir de 1946, ano em que foi criada a OMS e a Associação de Saúde mental de Londres. O campo da Saúde Mental como é concebido hoje, como um campo de conhecimento e atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde, surge a partir de questionamentos e necessidades de mudanças diante da produção histórica da psiquiatria e da doença mental (BARONI, VARGAS E CAPONI, 2010).

Amarante (2007) aponta que, poucos campos de conhecimento e atuação em saúde são tão complexos e plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes. Essa heterogeneidade se encontra tanto nas teorias e práticas quanto nos dispositivos envolvidos na atenção e cuidados na rede pública. Contudo, conforme aponta Figueiredo (2002), os dispositivos ambulatoriais, os CAPS e os hospitais psiquiátricos, são territórios onde majoritariamente o discurso psiquiátrico ainda tem maior influência.

Portanto, a questão que se coloca é como reintroduzir outros aspectos- como a dimensão subjetiva, a singularidade, o mal estar, a linguagem, dentre outros- no campo da psiquiatria e da saúde mental, pois conforme indica Dunker (2014, p. 103):

A definição crítica de quadros psicopatológicos, a reintrodução criteriosa de noções como mal-estar e sofrimento, o diálogo científico com outras matrizes políticas e epistemológicas são passos necessários para a definição de um programa de atenção e tratamento a um objeto complexo e transversal como a saúde mental.

Ao articular a psicanálise com a saúde mental e o saber psiquiátrico, tem-se o aspecto fundamental da leitura de Freud sobre a loucura não mais incidir no registro do erro e sim como uma forma particular do sujeito estar no mundo (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002). Dessa forma criam-se condições para que a loucura tenha o seu lugar reconhecido e o “louco” possa ser tratado como alguém que pode ser escutado.

Sendo assim, com a psicanálise é possível criar novas aberturas na clínica psiquiátrica, com mudanças de paradigmas, como por exemplo, reduzir o tratamento a aplicação apriori de condutas, prescindindo-se do sujeito e das suas circunstâncias. Segundo Figueiredo e Tenório (2002), já é possível verificar no campo iniciativas de uma clínica psiquiátrica renovada, nesses casos, conforme indica Figueiredo e Tenório (2002, p. 31):

[...] a doença mental interessa na sua dimensão subjetiva. Trata-se de psiquiatria, não de psicanálise, mas de uma psiquiatria atravessada pela questão do sujeito. Neste contexto, a psicanálise volta a ter lugar, ajudando a constituir o campo terapêutico e as referências éticas desta psiquiatria com sujeito.

Cabe aqui destacar que, apesar da Reforma Psiquiátrica possuir, de modo justificado, a dimensão política da cidadania e da inclusão social, o tratamento dos transtornos mentais não prescinde da clínica psiquiátrica e da psicanálise (TENÓRIO, COSTA-MOURA E LOBIANCO, 2017). Portanto, esse resgate da discussão da psicopatologia fundamental na psiquiatria e da psicanálise pode recuperar a dimensão subjetiva que fica escondida em meio à lógica descritiva e estatística dos manuais diagnósticos.

Em uma pesquisa realizada na cidade de Manaus, com o objetivo de analisar a demanda psiquiátrica acolhida no Capsi local, Santos (2018) aponta que, a maioria dos pais procuram tratamento para seus filhos de forma espontânea, afirmando comportamentos inadequados, disfuncionais, violentos, queixas consecutivas da escola, dentre outros, com o anseio que uma patologia justifique algo ou algum comportamento no qual o sujeito não está conseguindo lidar.

França (2014) afirma que, as famílias desejam homogeneizar comportamentos que se mostram desviantes daquilo que é posto como normal, por isso a procura por serviços em saúde mental, que pode transformar possíveis sofrimentos e diferenças singulares da criança em diagnósticos.

A pesquisa de Santos (2018) mostra resultados semelhantes à pesquisa de Reis e cols (2016) realizada no estado de São Paulo quanto à incidência maior de transtornos do comportamento e emocionais na população infantojuvenil atendida. Reis e cols (2016) ainda

destacam que os transtornos encontrados nessa população indicam que os Capsi acolhem e identificam uma população diferente da que fora objeto durante o período anterior a Reforma Psiquiátrica, o cuidado “incidia seletivamente as questões identificadas como déficit intelectual na figura da criança e déficit social na figura do delinquente juvenil” (Reis e cols, 2016, p. 194).

Pires (2012) aponta que, nos Capsi, ambulatórios e serviços que recebem os adolescentes o que é mais comum são as preocupações e os pedidos de ajuda vir daqueles que lidam com eles no dia a dia, pais ou responsáveis. Na maioria dos casos, o adolescente se mostra pouco receptivo à abordagem do profissional e se mantém em silêncio.

Diante dessa situação, o que é possível ser feito diante do silêncio do adolescente, se em psicanálise não é suficiente a fala dos outros sobre o mesmo? Segundo a autora, não tem como dispensar o trabalho que só pode ser feito através da palavra do mesmo, logo, trabalha-se com o que o adolescente traz, a partir do seu silêncio. A aposta precisa ser feita:

É nessa delicadeza, mostrando a necessidade nossa, de cada um de nós, de tomar lugar na palavra, que vemos o adolescente fazer apelo pela via da delinquência, do uso de drogas, de ações extremadas, mais ou menos violentas. Em certos casos, é por meio desses atos que ele pede. Mas não é um pedido que se dá a ouvir de forma inequívoca. Podemos dizer que é um pedido se alguém puder apostar nisso e permitir que isso fale (PIRES, 2012, P. 4).

O imprescindível é possibilitar que a palavra da criança e do adolescente tenha espaço, que suas diferenças sejam respeitadas, que seu silêncio ou seu excesso não seja lido tão rapidamente como algo patológico e que não se tenha urgência em fechar um diagnóstico.

Outro estudo de Reis e cols (2009) realizado nos Capsi do estado de São Paulo analisou a percepção dos coordenadores a respeito do valor e da utilidade dos prontuários, o resultado apontou que a percepção é positiva, que o prontuário é tido como uma importante ferramenta de intervenção e acompanhamento clínico. Em uma das falas uma profissional afirma que o prontuário é de extrema importância para a comunicação entre a equipe, o que de fato é um dos objetivos do prontuário, o problema pode ocorrer quando este documento se torna o meio mais importante de comunicação entre o profissional e o usuário ou quando as informações e o diagnóstico contido no prontuário passam a ser a identidade da pessoa atendida e não seja mais dado um lugar à fala do paciente.

A partir da discussão feita neste capítulo, o que é possível obter como efeitos de um trabalho onde a psicanálise promove aberturas na clínica psiquiátrica e na saúde mental, são: um tratamento no qual nem tudo é passível de classificação e os manuais diagnósticos não

respondem às questões cruciais de cada caso; os fenômenos passam a ser lidos como uma parte do que acontece em um atendimento ou em um tratamento e não a sua totalidade; a escuta é realizada com o objetivo de incluir o sujeito e não somente fechar um diagnóstico. É dessa forma que a psicanálise pode contribuir na construção de uma clínica psiquiátrica que abra novas possibilidades de tratamento com o sujeito.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou reflexões acerca do dispositivo Capsi, destinado ao tratamento de crianças e adolescentes, principalmente casos mais graves. E com o intuito de contextualizar o serviço fez-se necessário discorrer sobre o processo de implementação de políticas públicas em Saúde Mental Infantojuvenil. O que pode ser observado é que a inclusão aconteceu de forma tardia, uma mudança realmente significativa só ocorreu com a promulgação da Lei n. ° 8.069, de 13/7/1990, conhecido como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que enfatiza o caráter de cidadão desse público, assegurando-lhes direitos através do Estado. Com isso foram necessárias ações para a construção de um novo modelo de assistência, abandonando o modelo institucionalizante. Contudo, o serviço do Capsi específico para crianças e adolescentes foi implantando somente em 2002, garantindo atendimento diário e multiprofissional.

O recorte deste trabalho enfatizou a atuação do psicólogo no Capsi, foram analisados diversos estudos com diferentes possibilidades de atuação, como por exemplo: a presença do psicólogo no momento do acolhimento, que, apesar de todos os profissionais do Capsi precisarem estar aptos para essa função, características necessárias para esse momento, como, empatia, a disponibilidade para a escuta e o diálogo, respeito ao modo de vida e os saberes do usuário, podem estar mais trabalhadas no psicólogo devido a sua formação acadêmica.

Outra possibilidade de atuação encontrada foi o atendimento à família da criança ou adolescente, seja no próprio espaço do Capsi ou na forma de visitas domiciliares, esses atendimentos tem a função de instruir a família, capacitando-as para que elas desenvolvam recursos próprios para lidar melhor com as questões que envolvem o cuidado com um paciente em saúde mental. Nesses casos, o psicólogo em sua escuta qualificada pode perceber questões referentes à subjetividade familiar, possibilitando uma melhor compreensão da equipe sobre tais questões.

Destaca-se neste estudo também o trabalho interdisciplinar do psicólogo junto a equipe multiprofissional. Trata-se da base do trabalho no Capsi, seja através de discussões de casos e planos de intervenção terapêutica, consultas, trabalho em duplas ou em trios com profissionais de áreas distintas. O psicólogo também pode atuar como um mediador seja por motivos de conflitos internos, dificuldades dos profissionais com casos específicos, dentre outros.

As pesquisas analisadas também apontaram as dificuldades enfrentadas no cotidiano do serviço, tais como: a falta de especialização profissional voltada à saúde mental infantojuvenil; o desafio de não automatizar os atendimentos e esquecer-se da dimensão subjetiva no tratamento; a rotatividade dos profissionais, que acaba atrapalhando o andamento de alguns tratamentos; e a falta de estruturas e recursos do serviço.

Este estudo também buscou apontar algumas reflexões que envolvem a questão do diagnóstico. Diversos autores consultados discutem sobre a hegemonia do discurso psiquiátrico presente nos serviços de atendimento em saúde mental. A proposta da discussão realizada neste trabalho não foi diminuir a importância dos manuais diagnósticos e a psiquiatria, e sim apontar outros aspectos que devem estar presentes no tratamento, tais como: a dimensão subjetiva, a singularidade de cada caso, a linguagem, dentre outros.

Para este propósito, buscou-se pensar com a psicanálise as possibilidades de novas aberturas na clínica psiquiátrica no contexto da saúde mental, com a finalidade de poder ir além do diagnóstico e que o sujeito não fique reduzido a ele. A psicanálise aponta a existência de algo mais além dos fenômenos que podem ser classificados pelos manuais psiquiátricos e que oferecem uma direção ao tratamento. O que ela aponta é a direção do inconsciente que só pode ser ouvido através das palavras do próprio paciente, essa é a direção do tratamento.

Neste trabalho as questões não foram encerradas e muitas outras foram abertas. O trabalho com crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais envolve inúmeras variáveis: a família, outros setores assistenciais, formação profissional especializada e por essa razão tive que colocar um limite no que caberia ser tratado neste estudo. Contudo, são questões importantes que podem ser mais trabalhadas em trabalhos futuros.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARBOSA, C. D et al. Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis (capsi) do estado de São Paulo. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.**; 19(2): 262-268, 2009. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200007>. Acesso em: 30 mar. 2021.

BARONI, D. P. M.; VARGAS, R. F. S.; CAPONI, S. M. Diagnóstico como nome próprio. *Psicologia & Sociedade*; 22 (1): 70-77, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/HRqmhn6MFr57zsfP78QNQKz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BERGÉS, J; BALBO, G. **A atualidade das teorias sexuais infantis**. Porto Alegre: CMC, 2001.

BONTEMPO, V. L. A Assembléia de Usuários e o CAPSI. **Psicologia ciência e profissão**, 29 (1), 184-189, 2009. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/pcp/a/SpX5xBqhdyWNdQGRQHvZfS/?lang=pt>>. Acesso em: 1 abr. 2021.

BOTTONI, F. D; RAUPP, L. M. Experimentações em um CAPS Infantil: embalos, criações, intensidades. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 78-95, abr. 2014. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v20n1/v20n1a06.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2021.

BRAGA, A. A. N. M; DALTRO, M. R; DANON, C. A. F. A escuta clínica: um instrumento de intervenção do psicólogo em diferentes contextos. **Revista Psicologia, diversidade e Saúde**, Salvador, dez. 2012; 1(1): 87-100. Disponível em: < <https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.v1i1.44> >. Acesso em: 3 abr. 2021.

BRAGA, C. P.; OLIVEIRA, A. F. P.L. Políticas Públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminho de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(2):401-410, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/g8DhKGKM65b36RLJdDHqhLP/?lang=pt> >. Acesso em: 03 out. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS. **Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2002b**. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. **Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização** 2. ed, Brasília, 2007. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 07 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 02 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf>. Acesso em: 02 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, Brasília, 2004. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 01 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, 2005. Disponível em: <
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2021.

BRITO, M. A. Q. **A Inserção do Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial: Repercussão na significação da sua atuação profissional**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia – IPS Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: <
<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18877/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Maria%20Alice%20Queiroz%20de%20Brito.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2021.

CÂMARA, F. P. A construção do diagnóstico psiquiátrico. **Rev. Latino am. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 677-684, 2007. Disponível em: <
<http://redalyc.org/pdf/2330/233014492009.pdf>>. Acesso em 15 jul. 2021.

CAMARGO, S. G.; SANTOS, T.C. O Homem dos lobos e a atualidade da incerteza diagnóstica. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 44.2, p. 477-502, 2012. Disponível em: <
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v44n2/v44n2a14.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Cartilha Avaliação Psicológica**. CFP, 2013. Disponível em: <[https:// site.cfp.org.br/publicacao/cartilha-avaliacao-psicologica-2013/](https://site.cfp.org.br/publicacao/cartilha-avaliacao-psicologica-2013/)>. Acesso em: 3 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Prática profissionais dos(as) psicólogos(as) nos centros de atenção psicossocial / Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: CFP, 2009. Disponível em: <http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Livro_CAPS_Psicologo.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.

COSTA, A. M et al. Oficina terapêutica de contos infantis no Capsi: relato de uma experiência. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.38, p., jan./jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100013>. Acesso em: 30 mar. 2021.

COSTA, G. Q.; LEITE, S. O infantil na constituição subjetiva: restos, escrita e narrativa. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, 18(4), 619-633, dez.2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/dg5hHTmpbLH3JZ6ZmMDx3pJ/?lang=pt>>. Acesso em 15 jul. 2021.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da Saúde Mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 1, p. 17-40, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pc/a/RSQnbmxPbbjDDcKKTdWSm3s/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 03 out. 2020.

COUTO, M. C. V; DUARTE, C. S; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. Rio de Janeiro, **Rev. Bra. Psiquiatria**, 2008; 30 (4): 390-8. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/MwhVn9BBDdZQTH6qxsxLNkf/?lang=pt>>. Acesso em: 03 out. 2020.

COUTO, R; ALBERTI, S. Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 49-59, jan/dez. 2008. Disponível em:<<http://redalyc.org/pdf/4063/406341773005.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

CRUSOÉ, A. C, V, U. **A atuação dos/as psicólogos/as em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma análise de relatos de experiências no Nordeste**. Escola Bahiana De Medicina E Saúde Pública. Salvador, 2017. Disponível em: <<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/831>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CUNHA, C. C.; BOARINI, M. L. O lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, jan-jun, p. 68-76, 2011. Disponível em: <<https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/83/150>>. Acesso em: 05 out. 2020.

DOMINGUES, I. Multi, Inter e Transdisciplinaridade – onde estamos e para onde vamos?. **Pesquisa em Educação Ambiental**, vol. 7, n. 2 – pp. 11-26, 2012. Disponível em:<<https://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/pesquisa/article/view/6858>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

DOR, J. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Livrarias Taurus-Timbre Editores, Rio de Janeiro, 1991.

DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de psicanálise**, 47 (87), 79-107. 2014. Disponível em: <
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006>.
 Acesso em: 20 jul. 2021.

ELIA, L. et al. Impactos da política de saúde mental infantojuvenil na clínica do autismo praticada em rede territorial de cuidado no Rio de Janeiro: diretrizes das políticas públicas e estrutura do dispositivo clínico. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y (orgs). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, p. 211-229, 2016.

FERREIRA, M. C. F. **O psicólogo e sua inserção na saúde pública: estudo da situação dos profissionais maranhenses no programa Caps**. Tese (Doutorado em Psicologia). Centro de educação e humanidades, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 227, 2012. Disponível em: <
http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_71f74a06bc4beac7219d0bce33432028 >. Acesso em: 18 mar. 2021.

FIGUEIREDO A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, VII, 1, 75-86, 2004. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/v9qDvJVsyYY4tHQPDJtC9FgH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 14 jul. 2021.

FIGUEIREDO, A. C. F.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e em psicanálise. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**, v 1, 29-43. 2002. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/pC6HnGVLHk7pdmHkkcz8RqJ/?lang=pt&format=pdf>>.
 Acesso em: 20 jul. 2021.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. **Ágora**, v. III n. 2 jul/dez. p. 65-86, 2000. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/agora/a/Nsq79hc7Wh5VP3jhygtvsrD/?lang=pt>>. Acesso em: 14 jul, 2021.

FRANÇA, R. M. P. **A nau das crianças-problema: entre a patologização do sofrimento psíquico na infância e a ética do cuidado na psicanálise**. Dissertação - Mestrado em Psicologia. Universidade Católica de Pernambuco: Pernambuco, 2014. Disponível em: <http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/206>. Acesso em: 01 ago. 2021.

FREUD, S. A dinâmica da transferência (1912). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. A dissolução do Complexo de Édipo (1924). In: **Sigmund Freud obras completas**, vol 16. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

FREUD, S. A etiologia da histeria (1896). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. A hereditariedade e a etiologia das neuroses (1896). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. A história do movimento psicanalítico (1914). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. A interpretação dos sonhos (1900). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol 4. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. A organização genital infantil (1923). In: **Sigmund Freud obras completas**, 1º ed. vol 16. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

FREUD, S. A pulsão e suas vicissitudes (1915). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos (1925). In: **Sigmund Freud obras completas**, vol 16. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

FREUD, S. O inconsciente (1915). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Sobre o início do tratamento (1913). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. vol 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Três ensaios sobre a sexualidade (1905). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Caminhos da terapia Psicanalítica (1919). In: **Sigmund Freud obras completas**, 1º ed. vol 14. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

GESSNER, R. J; LANGARO, F. Avaliação psicológica nos centros de atenção psicossocial (caps): um estudo teórico. **Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 75-94, jan./jun. 2019. Disponível em: <<https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/236>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

GONÇALVES, G. A.; MARTINS, A. A falha epistemo-somática do DSM-V. In: SIMÕES, A.; GONÇALVES, G (orgs). **Psicanálise e psicopatologia: olhares contemporâneos**. São Paulo: Blucher, 2019.

GONÇALVES, M. O diagnóstico em psiquiatria - um ato médico. **Psychiatry online Brasil**, Vol.16 - Nº 10, 2017. Disponível em:< <http://www.polbr.med.br/ano11/prat1011.php>>. Acesso em: 18 jul. 2021.

GUERRA, A. M. C. A Psicanálise no campo da Saúde Mental Infantojuvenil. **Psychê**, Ano IX, nº 15. São Paulo, jan-jun, p.139-154, 2005. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000100011>. Acesso em: 20 mar. 2021.

- JAFELICE, G. T; MARCOLAN, J. F. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, 71 (5): 2259-66, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/nPcrXkKfVBKqTvXnMctCF5N/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2021.
- MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. Modos de inserção dos psicólogos na saúde mental e suas implicações no comprometimento com a reforma psiquiátrica?. **Rev. Mal-Estar Subj**, Fortaleza, v. 12, n. 1-2, p. 419-456, jun. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2021.
- MANSUR, A. J. Diagnóstico. **Diagn Tratamento**. São Paulo. 15(2):74-6. 2010.
- MOREIRA, C. P.; TORRENTÉ, M. O. N.; JUCÁ, V. J. S. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. **Interface, comunicação, saúde e educação**, 22(67):1123-34, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/FKqjKVvb7RW7qF9wft3QGxS/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 30 mar. 2021.
- OLIVEIRA, A.C. B; MIRANDA, L. Práticas clínicas e o cuidado possível no CAPSi: perspectivas de uma equipe interdisciplinar. **Contextos Clínicos**, 8(1):99-112, janeiro-junho 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000100011>. Acesso em: 3 abr. 2021.
- PEREIRA, M. E. C. Questões preliminares para um debate entre a psicanálise e a psiquiatria no campo da psicopatologia. **ANPEPP**, p. 43-53, 1996. Disponível em: <<https://www.anpepp.org.br/acervo/Colets/v01n16a006.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2021.
- PEREZ, J. R. R.; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e os adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n. 140, p. 649-673, maio/ago. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cp/a/sP8smWgyn5fJS77m6Cv4npj/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 03 out. 2020.
- PIETROLUONGO, A. P. C; RESENDE. T. I. M. Visita domiciliar em Saúde Mental – O papel do psicólogo em questão. **Psicologia ciência e profissão**, 27 (1), 22-31, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100003>. Acesso em: 20 mar. 2021.
- PINTO, D. M. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**, Jul-Set; 20(3): 493-302, Florianópolis, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/8HVkGwqgWKYZSszH8xdpxcqH/?lang=pt>>. Acesso em: 08 out. 2020.
- PIRES, M. C. C. M. A clínica com adolescentes: o que nos orienta?. **Seminário “Recepção e diagnóstico na adolescência”**. Rio de Janeiro, 2012.
- REIS, A. O. A et al. Prontuários, para que servem? Representação dos coordenadores de equipe dos caps i a respeito do valor e da utilidade dos prontuários. **Rev Bras Crescimento**

Desenvolvimento Hum. 19(3): 383-392. 2009. Disponível em:<
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000300004>.
 Acesso em: 1 ago. 2021.

REIS, A. O. A. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y (orgs). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, p. 186-2010. 2016.

RIBEIRO, L. A.; SALA, A. L. B. OLIVEIRA, A. G. B. As oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial. **Rev. Min. Enferm.** 12(4): 516-522, out./dez., 2008. Disponível em: <
<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v12n4a10.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2021.

SANTOS, H. F. **Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda de um Capsi**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de pós-graduação em Psicologia, Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, 111 p. 2018. Disponível em: <
https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/6803/2/Dissertacao_Hitalla%20Santos_PPGPSI>.
 Acesso em: 1 ago. 2021.

SES-MT. **Projeto Terapêutico Global**. Cuiabá, 2012. Disponível em: <
<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3252>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

SILVA, E. A. R. D et al. O Olhar de Crianças do CAPSi sobre as Relações do Cuidar e do Brincar. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia**, vol. 25, nº 4, 1637-1651. 201. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/tpsy/a/RTHJWFD4rLm35b8rh3VxWPq/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 1 abr. 2021.

SILVA, L. F. C. B. Papéis da Psicologia no âmbito das políticas públicas de Saúde Mental e atenção Psicossocial. In: POLEJACK, L et al. (Orgs). **Psicologia e políticas públicas na Saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

SILVA, T. R; GUAZINA, F. M. N. O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE: REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS NO CRAS E NO CAPSi. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 18, n. 1, p. 233-248, 2017. Disponível em:<
<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/2188/1974>>. Acesso em: 3 abr. 2021.

TANO, B. L. **Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidados para as crianças e os adolescentes em intenso sofrimento psíquico**. 2014. 208f. Dissertação (Pós graduação em terapia ocupacional). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014. Disponível em: <
<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/6882/5803.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 08 out. 2020.

TAÑO, B. L; MATSUKURA, T. S. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. **Rev Ter Ocup**. Universidade de São Paulo, set./dez.;25(3):208-216, 2014. Disponível em: <
<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/63805/93338>>. Acesso em: 30 mar. 2021.

TAÑO, B.L; MATSUKURA, T.S. Saúde mental infanto-juvenil e desafio do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015. Disponível em: < <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>>. Acesso em: 05 out. 2020.

TELLES, H. P. R. S. A criança nos discursos da saúde mental: um percurso histórico a partir de recomendações para políticas públicas. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y (orgs). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2016. p. 131-143.

TENÓRIO, F.; COSTA-MOURA, F.; LOBIANCO, A. C. Tradição clínica da psiquiatria, psicanálise e práticas atuais em saúde mental. **Psicologia USP**. v 28, n 2. p. 206-213, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/pusp/a/fBPx4zLnWBwyyzyq5JHpF6c/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

TOLEDO, R. P. A experiência de atendimento a um grupo de familiares em um centro de atenção psicossocial infantil (Capsi). **Vínculo**, v.3 n.3 São Paulo, 2006. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902006000300009 >. Acesso em: 2 abr. 2021.

VASCONCELOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um caps. **Revista eletrônica saúde mental álcool e outras drogas**. Ed. port. v.6 n.1 Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015>. Acesso em: 2 abr. 2021.