

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**CAMPUS BAIXADA SANTISTA**  
**Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde**

JESSICA SILVA GOTTSCHALK

**Constituir-se CAPSij III: trajetórias do processo de  
cuidado em saúde mental infantojuvenil**

SANTOS

2021

JESSICA SILVA GOTTSCHALK

# **Constituir-se CAPSij III: trajetórias do processo de cuidado em saúde mental infantojuvenil**

Texto apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista – como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde, na modalidade profissional.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Andrea Perosa Saigh Jurdi.

SANTOS

2021

J58c Gottschalk, Jessica .  
Constituir-se CAPSij III: trajetórias do processo  
de cuidado em saúde mental infantojuvenil. / Jessica  
Gottschalk; Orientadora Andrea Perosa Jurdi. --  
Santos, 2021.  
160 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação  
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e  
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. Infâncias. 2. Adolescências . 3. Saúde Mental .  
4. Centro de Atenção Psicossocial . 5. Cartografia .  
I. Jurdi, Andrea Perosa, Orient. II. Título.

CDD 610.7

## DEDICATÓRIA

Dedico esta escrita à Kevyn G. e Naddynne (*in memoriam*), cujas trajetórias foram interrompidas pelo descuido e desproteção do Estado e da sociedade.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à *Juan, Benjamin e Elis*, pela vida e força-motriz na continuidade dessa pesquisa e à *Mã, Pai, Dona Leda e Seu Jarbas*, por sempre, em qualquer tempo, verem o melhor de mim e pelo refúgio em dias que foi preciso uma dedicação intensa à escrita e aos estudos.

Agradeço à *Andrea Jurdi*, pela tranquilidade e disponibilidade afetiva nesse período de orientação. À *Luciana Togni, Silvio Yasui, Ricardo Pena, Sabrina Ferigato e Maria Cristina Vicentin*, não somente pela composição das bancas, leitura cuidadosa e sensível do trabalho, mas pelo que representam em minha trajetória profissional.

Agradeço à *Mayara Freire, Matheus Viana e Kwame Yonatan*, amigos que, agora de longe dos bosques da Unesp-Assis, imersos em um cotidiano acadêmico e vivo, estiveram abertos para tantas conversas e pitacos sobre o fazer-pesquisa.

Às amigas *Kauane, Karla e Miranda*, pela infinita rede de apoio de maternagens possíveis, pelo cuidado com meus filhos em momentos caóticos deste processo de pesquisa. À amiga *Pri*, por salvar com o notebook.

À *Comisiones de Trabajitos*, por sustentar um afeto coletivo nesse processo tão solitário que nos impôs o percurso do mestrado atravessado por uma pandemia.

Agradeço À *Naira, Victor, Tahamy, Mariana, Thiago e Rondinelli*, pelo nosso encontro, por serem cais em meu cotidiano, por acreditar no trabalho e nunca relativizar o sofrimento e o cuidado em liberdade.

Agradeço, por último e principalmente, à *equipe e ex-equipe do Tô Ligado, suas usuárias, usuários e familiares*, que inspiraram este trabalho e me constituíram trabalhadora da saúde mental.

## RESUMO

Quando se discute a Reforma Psiquiátrica no Brasil não é difícil encontrar referência à cidade de Santos e seu lugar no processo da luta antimanicomial. Entretanto, o mesmo não acontece em relação à saúde mental infantojuvenil - negligenciada por Estado e sociedade durante muito tempo. Alinhada à necessidade de criar modos de visibilidade e dizibilidade sobre um serviço comunitário para infância e adolescência, essa pesquisa tem o objetivo de narrar sobre o processo de constituição de um CAPSij III – antes ambulatório para adolescentes – com o aporte da cartografia enquanto abordagem metodológica. Trabalhadoras, trabalhadores, ex-trabalhadoras, adolescentes e familiares que experienciaram essa transição paradigmática de cuidado foram os participantes da pesquisa. A produção de dados foi composta por entrevistas aos adolescentes e familiares, roda de conversa com trabalhadores e ex-trabalhadoras, além da produção de diário de campo. Os trabalhadores narram sobre um processo descuidado e abrupto, sem transição ou preparação; os adolescentes e familiares dizem sobre uma sensação de caos, a partir do momento em que o serviço se torna, de fato, aberto e comunitário. No meio disto, o cotidiano, ora com sua delicadeza, ora com sua força brutal, compondendo tudo aquilo que nos constitui Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil 24 horas por dia.

**Palavras-Chave:** Infâncias; Adolescências; Saúde mental; Centros de Atenção Psicossocial; Cartografia.

## **ABSTRACT**

When discussing the Psychiatric Reform in Brazil, it is not difficult to find reference to the city of Santos and its place in the process of the anti-mental institution struggle. However, the same does not happen in relation to child and adolescent mental health - neglected by the State and society for a long time. Aligned with the need to create modes of visibility and talkability about a community service for children and adolescents, this research aims to narrate the process of constitution of a 24-hour Child and Youth Psychosocial Care Center III (CAPSij III) - formerly an adolescent outpatient clinic - with the contribution of cartography as a methodological approach. Workers, former workers, adolescents, and family members who experienced this paradigmatic transition of care were the participants of the research. Data production consisted of interviews with adolescents and family members, a conversation circle with former workers, and the production of a field diary. The workers tell about a careless and abrupt process, with no transition or preparation; the adolescents and family members tell about a feeling of chaos from the moment the service becomes, in fact, open and communitarian. In the middle of this, the everyday life, sometimes with its delicacy, sometimes with its brutal force, building up everything that makes us a 24-hour Child and Youth Psychosocial Care Center.

**Keywords: Childhood; Adolescence; Mental Health; Cartography; 24-hour Child and Youth Psychosocial Care Center.**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABA – Applied Behavior Analysis

AMBESP – Ambulatório de Especialidades

AT – Acompanhante Terapêutica/Terapêutico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas

CAPS adj – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Álcool e outras Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CER – Centro Especializado em Reabilitação

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMDCA – Conselho Municipal da Criança e do Adolescente

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

COMAD – Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas

CONAD – Conselho Nacional de Política sobre Drogas

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CONDEFI – Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência

CRA – Centro de Referência do Adolescente

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CVC – Seção Centro de Valorização da Criança

DSM V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ECT – Eletroconvulsoterapia

EJA – Educação Para Jovens e Adultos

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HD – Hospitalidade Diurna

HI – Hospitalidade integral

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio em Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas  
OS – Organização Social de Saúde  
PES – Programa de Saúde Escolar  
PMS – Prefeitura Municipal de Santos  
PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança  
PSE – Programa Saúde na Escola  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
RD – Redução de Danos  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SCVC – Seção Centro de Valorização da Criança  
SECERPA – Seção Centro de Referência Psicossocial do Adolescente  
SEDUC – Secretaria Municipal de Educação  
SENAT – Seção Núcleo de Atenção ao Toxicodependente  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TAC – Termo de ajustamento de conduta  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UPA – Unidades de Pronto Atendimento

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Cartaz-narrativa coletiva.....	p. 11
Figura 2. Recepção do CAPSij <i>Tô Ligado</i> .....	p. 82
Figura 3. Mapa dos Territórios de referência.....	p. 101

## SUMÁRIO

ABERTURA .....	13
Desenhando e percorrendo trajetórias .....	17
Dispositivos de Pesquisa.....	22
Apresentando a pesquisa .....	26
<b>PARTE I: CAMINHO DE LEIS E CUIDADOS .....</b>	<b>28</b>
O sujeito infantojuvenil: delinquente ou doente .....	29
Infâncias, adolescências e saúde mental .....	33
Arapucas no caminho.....	39
<b>PARTE II: REFORMA PSQUIÁTRICA EM SANTOS E SEUS DESDOBRAMENTOS .....</b>	<b>44</b>
Para fora do manicômio.....	45
Constituindo serviços de saúde para infância e adolescência .....	49
RAPS em Santos: permanente construção .....	54
Precarizar para terceirizar .....	57
<b>PARTE III: CONSTITUIR-SE CAPSij III.....</b>	<b>62</b>
Constituindo um ambulatório para adolescentes .....	63
Somos um CAPS adj. E agora? .....	70
Somos um CAPS 24 horas, um CAPS-acontecendo .....	72
<i>CAPSij Tô Ligado</i> .....	81
Os descabentes .....	86
Os intratáveis .....	88
O uso de substâncias como história única .....	92
Parada técnica: pouso que movimenta .....	95
Habitar um território.....	99
<b>PARTE IV: UM CAPSij III-ACONTECENDO .....</b>	<b>107</b>
O papo reto: participação e controle social.....	108
Transferências e transições: meninos e meninas que nunca se vão por inteiro .....	110
Entrada abrupta, saída abrupta: a crise escancara a porta .....	114
Coronavírus: um repentino capítulo em nossa história .....	127
Ser manicomial, ser ambulatorial, ser CAPSij III.....	131
Melhor deixar um desenho incompleto do que borrar .....	142
Referências Bibliográficas .....	144
<b>ANEXOS .....</b>	<b>152</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>154</b>

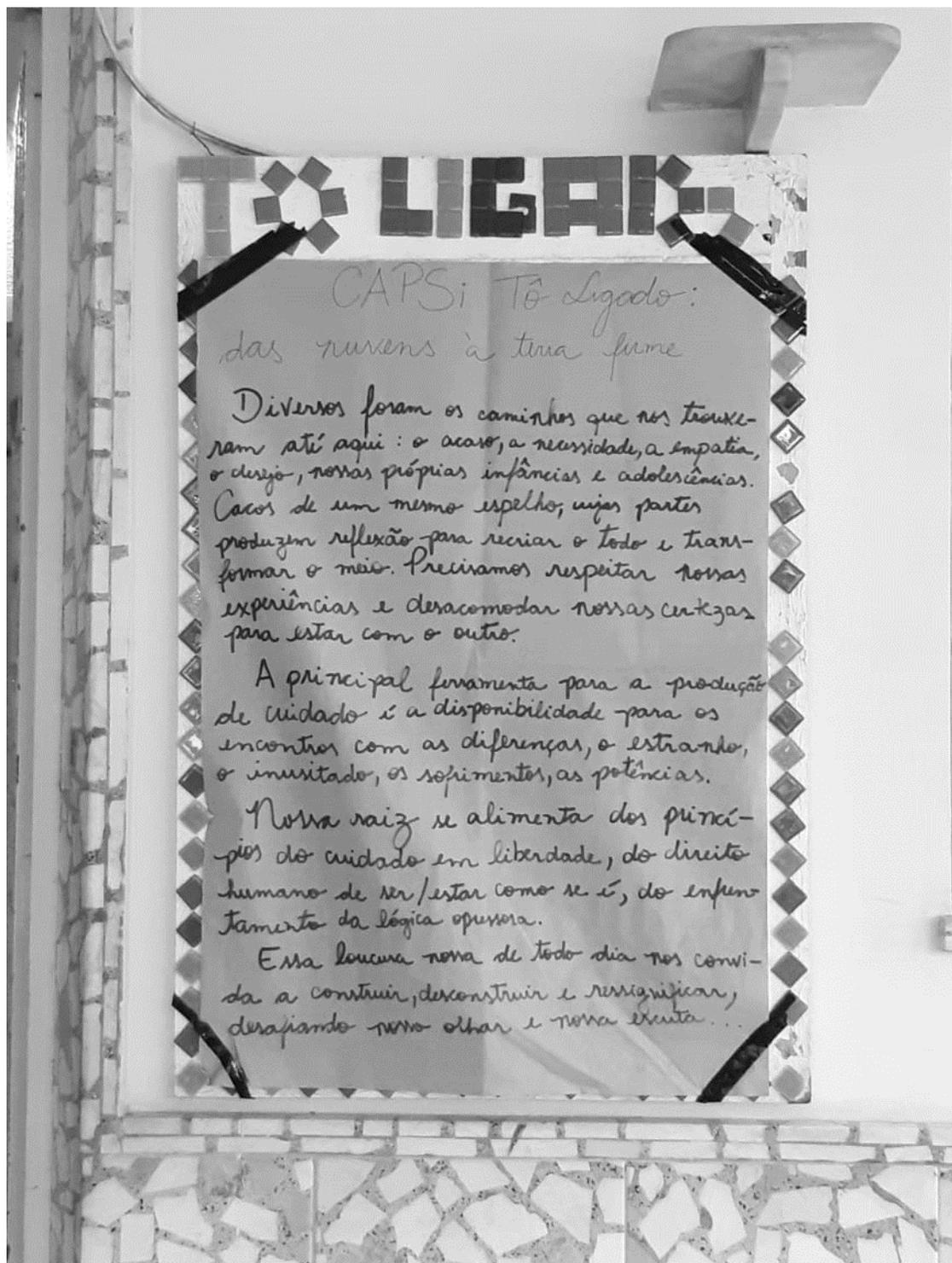


Figura 1: Cartaz-narrativa produzido em uma das paradas técnicas de equipe em 2019

*La memoria guardará lo que valga la pena. La memoria sabe de mí más que yo; y ella no pierde lo que merece ser salvado.<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> GALEANO, E. Días y noches de amor y de guerra. Buenos Aires: Catálogos, 2009, p. 12.

## ABERTURA

Com a experiência na Universidade Estadual Paulista campus Assis, instituição e cidade que me acolheram por seis intensos anos, meu encontro com a Atenção Psicossocial foi inevitável. Foi por escolha, porém, não me aproximar deste campo naquela época. Ainda assim, o campus da Unesp Assis sempre refletiu luta. As lutas. Cavalaria do governo militar reprimindo estudantes que mais tarde seriam meus professores. A Reforma Psiquiátrica também passara por lá: algum tempo depois pude chamar os militantes da luta antimanicomial de professores.

Meu primeiro encontro com a Atenção Psicossocial aconteceu durante o segundo ano de faculdade, enquanto estava de férias em Santos. Não sei dizer se foi o primeiro em ordem cronológica, mas certamente na ordem das intensidades. Eu lia “Psiquiatria e antipsiquiatria” sentada na areia, quando um homem, negro, de mais ou menos trinta anos sentou ao meu lado e pediu para que eu olhasse sua camiseta enquanto ele nadava. *Ok*. Quando retornou do mergulho, olhou para mim e disse: “*Não acredito que você está lendo esse livro!*”. Perguntei o porquê e ele se apresentou: contou sobre seu tratamento em um NAPS da cidade que “*maltratava os pacientes*”. Eu não fazia ideia do que ele falava, ou fazia pouquíssima ideia. Ali vai germinando um interesse: segundo ano de faculdade e a onipotência dos livros, mas nenhum deles poderia narrar sobre o que passou naquele encontro. Retornando destas férias, durante a primeira aula sobre Atenção Psicossocial, quando me apresentei como moradora de Santos, Silvio Yasui contou com êxtase sobre a relevância política da minha cidade na história da Reforma Psiquiátrica – até então desconhecida por mim. Eu não sabia, mas mais tarde teria a oportunidade de compor a Rede de Atenção Psicossocial de Santos, junto a outros companheiros de luta de meus antigos mestres.

Voltar a viver em Santos no ano de 2016 ocupando o cargo de operadora social em um serviço municipal de acolhimento infantojuvenil possibilitou conhecer territórios que eu havia desconhecido por 25 anos. Reconheci o privilégio branco. Compreendi a complexidade de um serviço de acolhimento, as burocracias do sistema e fui apresentada a alguns equipamentos da rede intersetorial, um deles chamado SECERPA<sup>2</sup>, com quem mantive pontuais contatos telefônicos pois alguns meninos do acolhimento iam para lá, passavam o dia e voltavam. Histórias de vulnerabilidade eram muitas e ao compartilhar o trabalho com colegas de diferentes áreas de formação, muitas vezes encontrava tensionamento em situações que exigiam algum manejo mais delicado. Relembro meu primeiro contato com uma situação de crise: um

---

<sup>2</sup> Seção Centro de Referência Psicossocial do Adolescente.

adolescente gritava, quebrava vidros da porta da sala do acolhimento, enquanto alguns operadores eram sarcásticos, dizendo que aquela cena era “*pra se aparecer*”. Aparecer o quê? Para quem? Essa foi minha primeira lição sobre trabalho multiprofissional: ele não estava dado, necessitava de investimento constante, não bastavam múltiplos saberes aglomerados em um mesmo espaço.

Oito meses depois, minha convocação para o cargo de psicóloga é divulgada e começo a trabalhar, para a minha surpresa, na Secretaria de Gestão, envolvendo-me no programa que pretendia atender servidores públicos afastados por questões de uso abusivo de álcool e outras drogas. O trabalho entre muros de concreto não fazia sentido para mim e com este incômodo foi possível organizar um grupo – em um espaço da Secretaria de Cultura – de familiares dos servidores acompanhados pelo programa. Ali podíamos falar sobre a oferta de serviços da rede, redução de danos, medicalização, cuidado ao cuidador e possibilidades de vida para além da substância. Novamente me vi cruzando o caminho da Saúde Mental ao fazer contatos telefônicos com a Seção Núcleo de Atenção ao Toxicodependente (SENAT) - “*tipo um CAPS-AD*”, me disseram uma vez. Ainda assim, siglas e práticas de serviços permaneciam desconhecidas por mim. Meu tempo na Secretaria de Gestão foi interrompido pela licença maternidade, sem a certeza de que retornaria para o mesmo local de trabalho após este período. Antes do encerramento da licença, fui informada sobre a possibilidade de permuta com um psicólogo da saúde mental e prontamente aceitei. Estava marcado meu encontro com um novo campo, novamente relacionado à infância e adolescência. O mesmo serviço com o qual me comunicava distantemente tornou-se meu novo local de trabalho, a SECERPA. No primeiro dia fui informada sobre as mudanças do serviço: estava em processo de transição para CAPS.

Pensando em minha recente trajetória na saúde mental e um pouco mais extensa com a cidade de Santos, ainda que uma relação limitada e protegida de classe média, este novo encontro produziu em mim uma atenção aberta, de acolhimento ao que vinha, ao mesmo tempo que atenta, como nos diz Kastrup (2009), que tateia os acontecimentos ao redor, sem necessariamente atribuir-lhes um sentido imediato. Junto ao gesto atencional, a curiosidade, seguida de muitas inquietações: que serviço era este a qual me propus estar? Este trabalho acontece como deveria, como propõe a política? Era esta a atenção psicossocial em ato? Poderia reconhecê-la a partir das práticas deste CAPSi<sup>3</sup>? Saber-fazer ou fazer-saber? O que, além de

---

<sup>3</sup> Não há consenso na literatura, no discurso de profissionais e usuários em relação a nomenclatura do serviço. Embora o Ministério da Saúde tenha adotado a sigla CAPSi em portarias, alguns municípios adotaram a sigla CAPSi<sup>j</sup>. No que se refere ao “*i*” na sigla, alguns o utilizam como “infantil”, outros “infantojuvenil”. Entendemos que não se trata somente de nomes ou modos de dizer, mas também da representatividade que o termo traz consigo,

uma nomenclatura produziu mudanças naquele serviço? O que compõe um arranjo institucional de saúde mental infantojuvenil? Que encontros precisam ser produzidos para o trabalho acontecer? O CAPSij é um dispositivo para a despatologização do sofrimento ou legitimador deste? São algumas inquietações do trabalho em ato que me trouxeram ao Mestrado Profissional.

---

por isso, optamos neste trabalho pela escrita CAPSij ou Centro de Atenção Psicossocial *infantojuvenil*, reconhecendo a população adolescente como protagonistas neste cenário junto às crianças.

*Ao escrevermos, como evitar que escrevamos sobre aquilo que não sabemos ou que sabemos mal? É necessariamente neste ponto que imaginamos ter algo a dizer. Só escrevemos na extremidade de nosso próprio saber, nesta ponta extrema que separa nosso saber e nossa ignorância e que transforma um no outro. É só deste modo que somos determinados a escrever.<sup>4</sup>*

---

<sup>4</sup>DELEUZE, G. Diferença e repetição. Rio de Janeiro: Graal, 1988, p. 10.

## Desenhando e percorrendo trajetórias

Conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2009, p. 31).

Toda instituição tem uma história, ou várias: a que está presente no discurso oficial hegemônico, certa memória coletiva que todos compartilham de alguma maneira, mas também coexistem narrativas minoritárias, memórias coletivas marginalizadas, (SILVA; BARROS, 2010) produzidas por cada sujeito e sua singularidade em determinado espaço-tempo.

A construção desta pesquisa passa pelo desejo de conhecer a história, aquilo que se fazia pouquíssima ideia durante o fatídico encontro na praia e, para além, não somente a história cronológica, mas aquela que pertence ao plano das intensidades, como ela atravessa e permanece no campo da saúde mental santista.

A mudança de qualquer instituição não se dá de forma arbitrária, fruto de decisões institucionais e burocráticas – embora tenhamos a sensação de que sim – mas de pequenos atos, pequenos acontecimentos que são concretizados por todas as pessoas que ali estão – em nosso caso, trabalhadoras, trabalhadores, usuárias, usuários e familiares. Trata-se, portanto, de narrar sobre a constituição de um serviço que não está no discurso oficial, mas no intrínseco das experiências de cada sujeito ali envolvido. Aposta-se na ideia de trajetória, em substituição a ideia de linearidade sem que haja uma busca em direção a pura verdade ou a determinado itinerário lógico, mas sim ao registro de uma memória coletiva. Essa memória coletiva também será importante ferramenta para nossa pesquisa. Schmidt e Mahfoud (1993), ao resgatarem os estudos do sociólogo Maurice Halbwachs sobre a memória, afirmam que esta representa um trabalho do sujeito, mas é sempre construída no coletivo, a partir da presença – não necessariamente física – de grupos dos quais o sujeito já fez parte, se identificou ou compartilhou pensamentos. Tal vitalidade dessa comunidade afetiva é o que constitui a lembrança, que é, portanto, “fruto de um processo coletivo e está sempre inserida num contexto social preciso” (SCHMIDT; MAHFOUD, 1993, p.288). Desse modo, a pesquisa não parte de um ponto histórico específico no que se supõe ser uma linha temporal, mas pretende recorrer à experiência e memória de seus protagonistas com suas perspectivas e vivências singulares.

Ao que esta pesquisa se propõe – acompanhar e narrar o processo de constituição de um CAPSij – nos parece interessante e possível a aproximação com um fazer semelhante à cartografia e suas pistas (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009), cuja proposta diz respeito a acompanhar e compor paisagens psicossociais, dar língua aos afetos que pedem passagem (ROLNIK, 1989). Rolnik (1989) explica que a cartografia, para os geógrafos, diz respeito ao

desenho de paisagens que se faz, a medida em que se acompanham as transformações desta paisagem, diferencia-se, portanto, do decalque, cuja a imagem é transferida/copiada em uma superfície.

*Diário, 2019*

*“Eu acho isso muito louco, essa história de comprovar que um objeto é um objeto, quero ver como vai ficar isso aí!”*

Esta fala fez parte de uma conversa – entre tantas sobre a pesquisa – com um ex-colega de trabalho cujo efeito impregnou os processos e pensamentos dessa recente pesquisadora-trabalhadora da saúde mental. Esbarrou naquilo que somos frequentemente questionados em um processo de pós-graduação: *“Qual a sua pergunta?”*, *“Por que pesquisar isso e não aquilo?”*. Assim como estes questionamentos, a conversa com este colega permaneceu *gaguejando* até me encontrar com os escritos de Deleuze e Guattari, junto a uma possível pista: não havia pretensão em definir um objeto, representá-lo, tão pouco comprovar algo, mas segui-lo.

(...) seguir não é o mesmo que reproduzir, e nunca se segue a fim de reproduzir. (...) Reproduzir implica a permanência de um ponto de vista fixo, exterior ao reproduzido: ver fluir, estando na margem. Mas seguir é coisa diferente (...). Somos de fato forçados a seguir quando estamos a procura das ‘singularidades’ de uma matéria ou material e não tentando descobrir uma forma; (...) quando nos engajamos na variação contínua das variáveis, em vez de extrair delas constantes (DELEUZE; GUATTARI, 1997b, p. 39).

Como já foi dito, o objetivo, o alvo deste trabalho, não foi a coleta da verdade ou a origem primeira da transição de um serviço para outro, mas *pegar o bonde* – como dizem os adolescentes – na processualidade dos acontecimentos, ou seja, narrar e, ao mesmo tempo, acompanhar o processo de constituição de um serviço de saúde mental comunitário para crianças e adolescentes, identificando seus agenciamentos territoriais, seus desvios e traçados inventivos, assim como suas linhas de captura, armadilhas no produzir saúde das quais nem sempre se escapa.

Dessa maneira, começo pelo meio, essa situação paradoxal referida por Barros e Kastrup (2009) de quem inicia uma investigação e já encontra um processo em curso, neste caso, como se deu com a minha chegada ao CAPSij. A partir deste lugar em que me reconheço trabalhadora e pesquisadora, habitante deste território há três anos e meio, não bastaria estar à margem dos acontecimentos, mas acompanhá-los de maneira que o corpo estivesse aberto a este campo dos afetos, poroso às microsensibilidades cotidianas. Corpo este que é matéria viva tanto para a

pesquisa, como para o trabalho na Atenção Psicossocial, aceitando o desafio de investigar, como sugere Baldessim (2019), de maneira que a criatividade caminhe junto à descoberta de ser pesquisadora.

Dada a atuação profissional em um CAPSij localizado na cidade de Santos, apelidado *Tô Ligado*, este é o território espesso, o qual é habitado, observado, sentido, vivido. Essa espessura processual, ainda segundo Barros e Kastrup (2009), diz respeito a tudo que compõe o território em termos de modos de vida e experiências singulares que contrastam com as informações estáticas e impedem sua representação ou coleta de dados. Os personagens, cenários e contextos deste cotidiano irão compor esses mapas com seus traçados ora finos e sutis, ora duros e enrijecidos como quem pressiona com força um lápis contra o papel desejando imprimir ali sua marca. Propõe-se, dessa maneira, uma prática corporal e singular de investigação em que possam ser produzidos mapas sobre esses encontros, sobre as marcas produzidas em nossos corpos por outros.

\*\*

Ainda que Deleuze e Guattari não tenham utilizado a cartografia enquanto método de pesquisa, diversos autores brasileiros têm apostado em sua possibilidade de contribuir com as pesquisas qualitativas, haja vista que o método qualitativo busca a compreender a maneira como um objeto se manifesta (FERIGATO, 2013).

A cartografia propõe uma orientação pelo primado do caminhar (*hódos*) ao invés do primado das metas, uma inversão do método (*metá-hódos*) para um *hódos-meta* que se faz durante a pesquisa (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2009). O método passa a ser experimentado e não aplicado, produz um desenho que é sempre provisório e singular por acompanhar as transformações da paisagem que investiga. É importante dizer que essa proposta não diz respeito à falta de rigor ou de direção: a posição de uma rigidez controlada é negada, assim como de um relaxamento passivo. Em vez de buscar e atribuir significados ou representações ao mundo e às pessoas, a pesquisa prefere estar atenta às processualidades, a tratar de algo que está em curso.

A cartografia pretende problematizar o ato de pesquisar e do pesquisador, imersos em um campo que deve ser experimentado e que não existe a priori, mas somente a partir do encontro entre *pesquisador-pesquisado*, sujeito e objeto. Assim também acontece com a etapa “coleta de dados”: ela se dá na articulação entre campo, pesquisador e suas respectivas ferramentas conceituais (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011), podendo transformar pesquisador,

campo e também os objetivos. Por isso, pode-se dizer que a cartografia assume uma perspectiva construtivista do conhecimento (KASTRUP, 2009).

Diferenciam-se os conceitos tradicionais de tempo, subverte-se a lógica temporal valorizada por modos de fazer pesquisa. A pesquisa não busca produzir uma descrição linear ou cronológica, encontra, principalmente, relações de “simultaneidade e inseparabilidade entre presente e história” (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011, p. 461).

Nosso arcabouço teórico foi composto por leituras feitas durante esses dois anos de Mestrado: diálogos entre autores do campo da Filosofia da Diferença, Psicanálise, Saúde Mental e Saúde Coletiva; militantes da Reforma Psiquiátrica; trabalhadoras, trabalhadores, poetas, artistas e protagonistas do movimento que propôs pensar a formulação de uma política pública para o cuidado da saúde mental infantojuvenil em nosso país e os mais diversos temas que podem atravessá-la. Parece equivocado pensar que uma única linha teórica ou de pensamento daria conta da imensidão que existe quando falamos de crianças e adolescentes no contemporâneo, assim como das pesquisas que pretendem acompanhar tais multiplicidades. Tomaremos de empréstimo algumas ferramentas oferecidas por essas autoras e autores, operadores conceituais para pensar, mas principalmente para agir, apostando em uma produção coletiva do conhecimento e transformação da realidade.

Nas pesquisas em saúde, haveria então um coengendramento entre produção de conhecimento, política e clínica, podendo ser a pesquisa uma via para a produção de cuidado e para possibilitar a operação de mudanças (FERIGATO, 2013, p. 62).

No diálogo entre objetivos, escrita e método, algumas destas pistas nos guiaram mais do que outras. Sobre elas, trataremos alguns aspectos no intuito de aproximar a leitora/o leitor da processualidade desta pesquisa.

*Cartografar é acompanhar processos:* Essa primeira pista parece essencial para nos ajudar a compreender como a pesquisa é pensada, elaborada e executada. Como já apontamos, a pesquisa que se orienta (ou desorienta?) pela cartografia não busca atribuir significados ou representações de algum objeto, mas investigar processos de produção e transformação (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011). Por estar engajada à noção de processualidade e não de processamento, o que se conhece por etapas de uma pesquisa – coleta, análise, discussão e escrita – se ramificam em todos os momentos desta dissertação (BARROS; KASTRUP, 2009).

*Política da Narratividade:* Passos e Benevides de Barros (2009) sugerem que falar sobre pesquisa em saúde e clínica é tratar de narrativas; chamam a atenção para as escolhas feitas ao narrar uma pesquisa, pois estas também atravessam e se agarram ao campo político, já que a

produção de conhecimento diz respeito à tomada de “posição que nos implica politicamente” (p. 150).

*Habitar um território existencial:* Trata-se do mergulho ao território pesquisado. Sendo o objeto, em um Mestrado Profissional, o território habitado diariamente pela pesquisadora, torna-se um desafio ainda maior o que Alvarez e Passos (2009) nomearam recepção afetiva ao campo. O saber prévio sobre aquele território existencial desafia para que se esteja imerso em um campo “sem medo de perder tempo, se permitindo encontrar o que não procurava ou mesmo ser encontrado pelo acontecimento.” (p. 137).

*Política construtivista e atenção do cartógrafo:* Propõe-se uma atenção aberta, flutuante, sem focalização, mas concentrada. A atenção do pesquisador/cartógrafo também acessa elementos processuais do território: “matérias fluidas, forças tendenciais, linhas em movimento, bem como fragmentos dispersos (...) da memória” (KASTRUP, 2009, p. 49). Essa política construtivista, presente na pesquisa, não toma o conhecimento como domínio do campo, mas diz respeito ao entendimento de mundo como invenção, construção que se faz em conjunto com outros agentes do conhecimento (KASTRUP, 2009).

Lanço-me – não sem dificuldades – em um *devir-criança* (e por que não, um *devir-adolescente?*) cuja a experiência de cartografar se dá em viagem (CECCIM; PALOMBINI, 2009) ao preferir mapas que não indiquem roteiros prontos, ao preferir o movimento que se dá “pelo produto de encontros e acasos” (p. 308).

Compreender como se dá e a quem se destina o acompanhamento em um CAPS infantojuvenil não parece ser simples para quem cruza o seu portão, tão pouco para quem está do lado de cá. A partir dos encontros da pesquisadora com os territórios e com o seu fazer, as cartografias que foram traçadas pretendem dar passagem para a expressão de múltiplas práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil, assim como seus campos de tensão. Se é dentro das instituições de saúde mental que a Reforma Psiquiátrica avança e esbarra em desafios (BRASIL, 2005b), as inquietações desta pesquisa sugerem reflexões sobre produção de cuidado, a fina trama entre patologização da infância e adolescência e garantia de direitos, a partir do processo de transição de um ambulatório para adolescentes à CAPSij.

## Dispositivos de Pesquisa

Para compor esse desenho, trabalhadoras, trabalhadores, ex-trabalhadoras, adolescentes e familiares foram entrevistados<sup>5</sup> em diferentes cenários e tempos que serão brevemente relatados. Devido à pandemia do novo coronavírus, a proposta inicial de rodas de conversa com os adolescentes e familiares foi substituída por entrevistas individuais para respeitar os protocolos sanitários. Como critério de inclusão na pesquisa foi considerado para além do desejo de participação, ter vivenciado o que aqui chamaremos de transição de um ambulatório de saúde mental para adolescentes à CAPSij III e ter permanecido em acompanhamento no serviço.

Os adolescentes foram indicados por profissionais e o convite foi feito pessoalmente entre chegadas e saídas do CAPSij. Participaram dois adolescentes de 14 e 16 anos e três jovens, entre 18 e 19 anos, uma do gênero feminino quatro do gênero masculino; as entrevistas foram feitas entre março de 2021 a agosto de 2021. Duas perguntas nortearam a conversa: “Como era o atendimento quando você chegou aqui?” e “Como você contaria sobre o *Tô Ligado* para uma pessoa que não conhece o serviço?”. Entre uma e outra, cada um contou sobre suas percepções de que “algo estava acontecendo” e também sugeriram transformações para qualificar o espaço. Essas conversas, sempre surpreendentes, aconteceram no *Tô Ligado* durante o período em que estavam no serviço para outra atividade. Um adolescente, enquanto conversávamos em um dos quartos, durante todo o período, permaneceu deitado em uma das camas hospitalares, objeto que sempre será contradição neste serviço; uma adolescente jovem quis conversar na presença de três residentes, importantes referências para ela; para conversar com outro jovem foi necessário agenciar um horário noturno, único possível para sua nova rotina entre trabalho e EJA. Com outro adolescente, foi necessário somente uma pergunta disparadora para que sua memória fosse despertada e passado 40 minutos, disse que não tinha muito o que falar. Assim, cada participante foi constituindo à sua maneira modos possíveis de encontro.

Com exceção de uma jovem, residente em acolhimento institucional na época, optamos por entrevistar familiares dos adolescentes e jovens que já seriam entrevistados no intuito de conhecer de que maneira vivenciaram essa experiência da mudança do serviço e quais efeitos foram produziram em seus acompanhamentos. O convite foi feito de duas maneiras distintas:

---

<sup>5</sup> A pesquisa foi realizada após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SMS) e do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo por meio da Plataforma Brasil, sob o número 4.326.697. As trabalhadoras, trabalhadores, familiares e responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLA) e os adolescentes o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

quando nos encontrávamos pelo serviço entre uma atividade e outra ou através de contato telefônico. Em ambos contextos era explicado brevemente sobre a pesquisa, questionado se havia interesse na participação e de que maneira poderíamos viabilizá-la. Os quatro familiares aceitaram, três mães e um pai, mas só foi possível realizar as entrevistas com as mães por uma questão de desencontros entre a pesquisadora e o pai. Uma entrevista foi feita via plataforma on-line e outras duas no espaço do *Tô Ligado*. Uma das mães, preocupada com os efeitos de sua fala na vida do filho, não autorizou a gravação do áudio, somente pequenas anotações.

Seguindo a atitude de pesquisa aberta e o primado do caminhar (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2009), que desenha seu itinerário na medida em que o percorre, durante o exame de qualificação, esse momento de abertura para novos caminhos, certa lacuna nesta narrativa foi encontrada: a implantação do *Tô Ligado* no ano de 2004 e suas trajetórias até o momento de transição para CAPSij, já que a maioria dos profissionais entrevistados nesta pesquisa iniciaram suas atividades após a última mudança de endereço, em 2010, onde atualmente funciona o serviço. Tínhamos, portanto, a possibilidade de um novo encontro, desta vez com um tempo passado, onde foram iniciados os rascunhos sobre o que poderia constituir a atenção em saúde para os adolescentes do município. Foi sugerido reconhecer possíveis colaboradores para rememorar esse prólogo. Conversando com uma ex-colega assistente social recentemente aposentada após trabalhar desde 2005 no *Tô Ligado*, pensamos em alguns nomes que poderiam colaborar para a construção dessa narrativa. Outras duas ex-trabalhadoras, uma acompanhante terapêutica (AT) e uma psicóloga aceitaram participar de uma roda de conversa mediada por plataforma online em uma segunda-feira à noite do mês de julho de 2021, cuja duração foi de duas horas.

A roda com os profissionais que seguem atuando no serviço aconteceu presencialmente mesmo com o cenário da pandemia pois já habitávamos o mesmo espaço durante o horário de trabalho. Ocupamos uma sala ampla do serviço, com cadeiras espaçadas e utilizando máscara. Participaram cinco profissionais, além da pesquisadora e uma colega do Mestrado que compôs com seus cinco sentidos como auxiliar de pesquisa. Durante o início de uma manhã fria de setembro de 2020 nos encontramos para conversar sobre passado e presente, - essas linhas tão sutis que vez ou outra se emaranham – sobre as impressões e expressões de cada trabalhadora e trabalhador em relação a esses anos em que o antigo serviço SECERPA constituiu-se CAPSij. Cabe dizer sobre outros agenciamentos para a participação de profissionais: devido à incompatibilidade de horário, a gestora do serviço foi entrevistada individualmente e em sua residência; e meses após a roda de conversa, um antigo colega retornou ao serviço depois de dois anos afastado e por ter experienciado tal transição, optou-se por entrevista-lo

individualmente durante um intervalo de trabalho. Teve-se, portanto, a participação de sete trabalhadoras e trabalhadores neste percurso de pesquisa: técnica de enfermagem, oficial administrativo, acompanhante terapêutico, terapeuta ocupacional, médica psiquiatra, enfermeira e fonoaudióloga. Um roteiro foi traçado com questões abertas que, ao serem respondidas, abriram outras tantas: “*Como era o trabalho na SECERPA?*”, “*Como é ser trabalhador(a) de CAPSij?*”, “*Como a transição afetou os processos de trabalho e a relação com os usuários?*”. Foi possível compartilhar o sentimento de descaso e abandono por parte do poder público, angústia frente às crises e demandas sobre abuso de substâncias, assim como análises individuais e coletivas sobre o que nos constitui enquanto CAPSij.

Ambas as rodas de conversa – presencial e virtual – e as entrevistas individuais foram audiogravadas e transcritas, com durações que variaram de 10 minutos a duas horas. Para que a leitora/o leitor possam se orientar nos relatos apresentados e de modo a manter o sigilo de todos os dezoito participantes, sinalizaremos ao final de cada fala se corresponde a um familiar, adolescente, ex-trabalhadora, trabalhadora ou trabalhador.

No momento dessa escrita, após todas essas conversas, transcrições, leituras e releituras, é interessante olhar para essas multiplicidades que foram desenhadas: uma narrativa que se compôs a partir de diferentes personagens, diferentes olhares, faixas etárias, cor, classe social e gênero. Longe de qualquer clichê, essa dissertação, definitivamente, não foi escrita a duas mãos. Houve uma certa preocupação dos participantes – fossem adultos, adolescentes ou jovens – de que suas falas fossem relevantes, que a memória não pregasse uma peça e sabotasse as lembranças. Muitos trabalhadores se disponibilizaram a conversar de novo, elucidar algum ponto e esse poderia ter sido outro rico momento de pesquisa, mas que não pôde ser concretizado principalmente pelo excesso de demandas da vida, para além de trabalho e estudos. Dentro desse cenário, o possível foi o envio da transcrição para cada entrevistado, no intuito de que pudessem reler, explicar, retirar ou somar algum outro pensamento. Alguns devolveram o texto com mudanças, outros disseram não ter conseguido ler devido à falta de tempo e alguns leram, não modificaram o texto, mas acharam interessante a experiência de reler o que fora dito.

Buscou-se seguir a pista de Tedesco, Sade e Caliman (2013) em que a entrevista seja um plano compartilhado da experiência, de modo que as conversas não busquem somente informações sobre o período em que o serviço se transformou ou de que maneira isso se deu, mas principalmente, possibilitem a abertura de brechas para “o acesso à experiência em suas duas dimensões, de forma e de forças, de modo que a fala seja acompanhada como emergência na/da experiência e não como representação” (p.303). Ou seja, possibilitar que se fale de dentro

da experiência, conversar com ela e abrir-lhe caminhos de expressão, colher e acolher lembranças.

\*\*

A escrita transforma a coisa vista ou ouvida em forças e em sangue (FOUCAULT, 2004, p. 152).

Essa dissertação também está costurada por momentos outros, de conversas e falas que ecoaram durante o cotidiano e o fazer-pesquisa, por vezes entre as paredes de um atendimento, durante um café, assembleia ou ação de território.

Encontro em Foucault (2004) e em seus estudos sobre a escrita na cultura greco-romana a associação entre prática de escrita e treinamento de si, cuja função seria de transformar a verdade em *ethos*, uma etopoiética, que valoriza o “já dito”. De acordo com o filósofo, essa escrita etopoiética aparece nos *hupomnêmatas* e nas correspondências. Para esta pesquisa nos parece importante esta primeira categoria, que a rigor poderiam ser cadernos íntimos, individuais ou registros públicos dos livros de contabilidade, onde eram anotadas “citações, fragmentos de obras, exemplos e ações que foram testemunhadas ou cuja narrativa havia sido lida, reflexões ou pensamentos ouvidos ou que vieram à mente. Eles constituíam uma memória material das coisas lidas, ouvidas ou pensadas” (p. 147). Ainda de acordo com Foucault (2004), esses *hupomnêmatas* não devem ser compreendidos como diários pessoais ou narrativas de si.

O movimento que eles procuram realizar é o inverso daquele: trata-se não de buscar o indizível, não de revelar o oculto, não de dizer o não-dito, mas de captar, pelo contrário, o já dito; reunir o que se pode ouvir ou ler, e isso com uma finalidade que nada mais é que a constituição de si (p. 149).

Sua função é recolher desses fragmentos transmitidos pela escuta, leitura ou ensino a possibilidade de uma relação consigo mesmo, ou seja, “é permitir a constituição de si a partir da coleta do discurso dos outros” (p. 157). Nesse caso, poderíamos pensar a função constituir-se pesquisadora?

Essa produção de cadernos íntimos – aqui será sinalizada como diário, seguido do ano – iniciou muito antes do ingresso ao Mestrado Profissional: este era um recurso utilizado por minha mãe para narrar sobre minha infância, cuja prática segui durante minha adolescência e, mais tarde, com meus filhos. Os diários são velhos amigos. Chegando ao *Tô Ligado*, também encontrei na escrita a possibilidade de elaboração do cotidiano de trabalho e, pouco tempo depois, do fazer-pesquisa. Os diversos cadernos, caderninhos, blocos, *post-it* ou um rascunho qualquer, em alguns momentos eram motivos de risos: “*Jessica, tá com o caderninho aí?*”, dizia uma colega. São anotações de encontros, conversas de corredor, em espaços formais de

equipe, na rua, no quintal do CAPSij, escritos de sala de aulas, conversas de orientação, na volta para a casa ou na ida para o trabalho. Uma intensa produção material que estruturou e compôs grande parte dessa pesquisa, um intenso “notar e anotar” (BALDESSIM, 2019), que reserva à processualidade um lugar muito mais interessante do que o produto final.

Ainda que concordemos que a escrita do vivido é sempre fragmentada, retornaremos frequentemente a essas inquietações na tentativa de aproximar a leitora/o leitor à cotidianidade do campo, inseparável das reflexões da pesquisa e afastada de qualquer neutralidade que venha a ser esperada.

Ofereço, portanto, meus *hupomnêmatas*, essa memória material da “banalidade cotidiana” (FOUCAULT, 2004, p. 160), não somente com a função de evitar uma possível falha da memória sobre esse processo que se pretende narrar – como previne o filósofo – mas com o desejo de que possam servir ao exercício da leitura e releitura, de reflexões que possam vir a adentrar a rotina dos serviços de saúde mental infantojuvenil.

### **Apresentando a pesquisa**

Diversas foram as maneiras pensadas para desenhar esta pesquisa: certa construção linear, cronológica; através das cenas narradas nos cadernos; ter como fio condutor os princípios da política de saúde mental infantojuvenil ou narrar, separadamente, os grupos de entrevistas. Como, afinal, apresentar o que se nomeiam “resultados”, “achados”, “dados”? Como organizar em determinada lógica esse movimento da pesquisa? Como narrar o que nos foi narrado?

Neste momento, olhando para o todo da pesquisa, penso que nenhuma das maneiras descritas acima foram descartadas, mas, em sua maioria, buscamos, costurar a pesquisa com as produções das entrevistas, roda de conversa e diários.

Partimos do plano macro, de uma cartografia da saúde mental de infâncias e adolescências, principalmente no cenário brasileiro e a construção do campo da política pública. Passado e presente, ameaças e armadilhas dentro do contexto da atenção e desatenção à saúde mental de crianças e adolescentes.

A segunda parte diz respeito à narrativa antimanicomial santista, o lugar ético-político ocupado por Santos na história do movimento conhecido por Reforma Psiquiátrica e como ela se atualiza em sua rede de serviços para a infância e adolescência, principalmente no campo da saúde. Pretendemos, também, narrar sobre as capturas do poder público, assim como as linhas de fuga desenhada pelas trabalhadoras e trabalhadores da saúde mental.

Seguimos para, enfim, adentrar mais intimamente nosso objeto-processo: a cartografia da construção de um serviço. Linhas históricas atravessam o tempo mudando seus desafios e suas paisagens psicossociais, que compõem o dentro e o fora do CAPSij. Nessa parte, pretendemos trazer o conteúdo produzido nas entrevistas individuais e rodas de conversa para colaborar na construção dessa trajetória que se dá antes de minha chegada ao *Tô Ligado*.

Desembocamos em nossa última cartografia, que não pretende ser o retrato do agora pois isso seria contraditório a toda proposta inicial, tão pouco de uma representação (representar a ação), mas, junto às inquietações e provocações de trabalhadoras e trabalhadores, de adolescentes e suas famílias, mapear as nuances e singularidades deste serviço comunitário de saúde mental. Trata-se de ampliar o registro de experiências de um serviço que ainda existe em pouca quantidade no Brasil, distribuído de maneira desigual e, portanto, não são suficientemente registradas e expostas.

*“Acho muito legal alguém poder fazer esse registro em algum lugar dessa história, sabe?”*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, psicóloga)*

**PARTE I**  
**CAMINHO DE LEIS E CUIDADOS**

*Não se pode classificar a criança como fora da realidade ou alienada; ela realiza experiências de pensamento com o corpo todo e não busca estados de equilíbrio solidamente estáveis. Ela não para; embarca em paixões, em novidades, em aventuras, em excursões, em programas da televisão, nas conversas dos adultos, nas cores que se estampam em roupas e cadernos, nas luzes que passam pelas frestas e compõem personagens nas paredes... A criança é o que se liga nas chances de trajeto e traça cartografias de expedição. Inventa línguas para o que vê, sente e faz. Não se compõe com “permanências”, arrasta sua expedição para outras terras.<sup>6</sup>*

---

<sup>6</sup>CECCIM; PALOMBINI, 2009, p. 308.

## O sujeito infantojuvenil: delinquente ou doente

Antes de cruzar esta porta e adentrar o cotidiano deste serviço e toda vida que existe ali, parece importante percorrer o caminho que nos trouxe onde estamos – no plano macro e micropolítico - e rastrear saberes e práticas que constituíram o que hoje entendemos como cuidado em saúde mental infantojuvenil.

A criação e consolidação de uma política de atenção à saúde mental infantojuvenil é recente, data do início de nosso século, assim como sua transformação no campo da assistência a esse público. Até o final do século XX - e em muitos aspectos, até os dias atuais - o cenário era desolador: crianças e adolescentes deficientes, autistas e psicóticos eram institucionalizados sem qualquer perspectiva de cuidado integral, reinserção social ou articulação com outros serviços (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; REIS et al., 2010). Este longo período, baseado em uma lógica higienista e normativo-jurídico marcou uma época de intenso abandono, exclusão e desassistência para este público (BRASIL, 2005a; BRASIL 2014; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019).

Se o nascimento da psiquiatria do adulto ocorreu nos extintos leprosários durante o Séculos das Luzes, a psiquiatria da infância e da adolescência deu seus primeiros passos nos corredores das escolas francesas, durante a década de 1880, período em que foi instituída a educação obrigatória no país. Neste novo cenário social e institucional, a escola encontra um novo desafio: identificar as crianças incapazes de acompanhar seu conteúdo regular, ou seja, caracterizar a incapacidade intelectual (REIS et al., 2010).

Neste contexto duas correntes disputavam pela consolidação da psiquiatria infantojuvenil: a *adulmorfista*, que consideravam crianças e adolescentes pequenos adultos, constituídos psiquicamente da mesma maneira; outra que preocupava-se em descrever características sobre o desempenho intelectual - contexto no qual surgiram diagnósticos como *idiotia, imbecilidade, debilidade* (REIS et al., 2010; TAÑO; MATSUKURA, 2015). Esta última corrente, por trazer algo de específico do olhar sobre a infância, ganhou força em diversos países com a construção de instituições destinadas a reeducar e tratar essas crianças e adolescentes ditos incapacitados intelectualmente. Essas instituições e seus fundadores foram as bases da constituição do campo da saúde mental infantojuvenil, transformando o conceito de criança *normal* e maneiras de compreendê-la (REIS et al., 2010). Esta maneira de olhar o sujeito infantojuvenil é tão recente e está tão enraizada em nossa cultura que não são raras as situações em que nos dias de hoje escutamos essas expressões – antes usadas para definir diagnósticos - advindas de adultos e profissionais para fazer referência ao comportamento de alguma criança.

Entende-se que até o ano de 1930, pediatras desconheciam a psiquiatria e os psiquiatras desconheciam as crianças. Foi Leo Kanner, psiquiatra austríaco vivendo nos Estados Unidos que, em 1943 dá novos rumos à psiquiatria infantil: seus estudos sobre o autismo abre o leque da psicopatologia infantil para além do desenvolvimento intelectual e rompe com a ideia de que crianças teriam o mesmo funcionamento que adultos. Em meados da década de 70, cria-se a Divisão de Saúde Mental da OMS, apostando na ideia de prevenção do sofrimento psíquico como melhor tipo de intervenção (REIS et al., 2010). Esse ano tem relevância histórica ao falarmos sobre saúde mental e os movimentos de contestação sobre o fazer da psiquiatria que se intensificaram em muitos países, incluindo o Brasil e culminaram no processo complexo e social já amplamente estudado, avaliado e teorizado, nomeado Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007), entretanto, pouco se tem a dizer sobre a ampliação dessas lutas em relação à assistência ao público infantojuvenil.

Couto, Duarte e Delgado (2008) supõem alguns fatores que contribuíram para inclusão tardia desta pauta na agenda pública: extensa gama de problemas e sintomatologias relacionados à saúde mental que podem ocorrer neste período da vida; baixo número de estudos epidemiológicos sobre incidência e prevalência de transtornos psiquiátricos infantojuvenis e seus efeitos na vida adulta, assim como poucas produções científicas sobre a eficácia de tratamentos iniciados na infância; circulação de crianças e adolescentes em diversos setores e instituições cuja atuação, historicamente, se dá de maneira isolada, o que dificulta a operacionalização de uma rede ampliada e integrada.

Diferente do processo na França, onde a preocupação voltava-se para a deficiência intelectual, a medicina brasileira infantojuvenil assumiu um papel quase - se não, inteiramente - policalesco, preocupada em formar bons cidadãos, mesclando educação e disciplina moral, servindo a outro projeto de saúde e sociedade. Não há qualquer evidência de modelos de atenção a este público durante o período colonial (CUNHA; BOARINI, 2011; TAÑO; MATSUKURA, 2015), somente em 1903, Juliano Moreira e Fernandes Figueira inauguraram o primeiro pavilhão exclusivo para crianças, localizado dentro do Hospício D. Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, destinado às crianças com deficiência que, até o momento, ocupavam o mesmo espaço que adultos dentro dessa instituição (REIS et al., 2010). Blikstein (2012) refere que poucos anos após a inauguração, a ala já estava superlotada, o que ocasionou a construção de outra ala e, mais tarde, na constituição de novas instituições pelo país afora.

Ainda que não haja qualquer evidência de ações políticas e de cuidado para a saúde mental de crianças e adolescentes até o início do século XXI, Couto e Delgado (2015) sinalizam que este fato não impediu a realização de intervenções assistenciais de características asilares

com o objetivo de responder aos principais problemas relacionados a esta população: a pobreza material e a pobreza moral, identificadas como responsáveis pelo surgimento de efeitos incapacitantes. Segundo os autores, a agenda política nesta época não foi construída para solucionar questões de saúde mental ou aperfeiçoar as condições em que viviam crianças e adolescentes com transtornos mentais, mas para responder a quatro demandas compreendidas como fundamentais: a prevenção, no caráter de vigilância; a educação, para moldar o menor; a recuperação, para reabilitá-lo e a repressão, para contê-lo. A partir desta definição de problema político, desenvolveu-se uma agenda pública “de natureza mais pedagógica-corretiva do que clínica ou psicossocial” (p.25).

Em meados de 1922, o psiquiatra Gustavo Riedel cria uma importante instituição psiquiátrica, a Liga Brasileira de Higiene Mental<sup>7</sup>, cuja uma das concepções de saúde mental era o ajustamento da criança ao meio social. Assim como em diversos países, o Movimento Higienista se apropriou do discurso sobre prevenção e tratamento da saúde mental da população, tendo a infância e maternidade como principais objetos de intervenção, estabelecendo normativas de convivência social, definindo o que era saudável e produzindo indicações a serem seguidas dentro da escola e da família (SCHECHTMAN, 2005; REIS et al., 2010; TAÑO; MATSUKURA, 2015). Neste período o Brasil se constituía enquanto nação atrasada devido à alta taxa de mortalidade infantil, e, ainda que não fossem números diferentes em relação aos anos anteriores, esse índice de mortalidade foi considerado calamidade pública, principalmente por se configurar como barreira para os ideais de progresso político da época (CUNHA; BOARINI, 2011). Além das internações em hospitais psiquiátricos, os higienistas também foram responsáveis por fundar, neste período, clínicas de orientação infantil em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, destinadas à prevenção dos agravos, enquanto crianças e adolescentes já severamente comprometidos, permaneciam em alas conjuntas com os adultos (REIS et al., 2010; CUNHA; BOARINI, 2011; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Em relação às bases jurídicas, em 1927 o Código Mello Mattos<sup>8</sup> se caracterizou como a primeira lei brasileira dedicada à proteção da infância e adolescência, nomeando a categoria *menores*, tendo como aspiração quase exclusiva o estatuto da higiene, além de respaldar a criação de equipamentos institucionais para recuperá-los (COUTO; DELGADO, 2015). Neste período, por influência dos meios de comunicação, o termo *meninos de rua* se populariza e,

---

<sup>7</sup> “A psiquiatria se fantasia de higiene mental, que se define como moral universal do amanhã. Em todos os aspectos da vida social, passando a ser merecedores supostamente da atenção higienista, passa a ser fundamental o início de um trabalho educativo junto às novas gerações com o fito de moldar na criança daquele momento o futuro homem higienizado” (SCHECHTMAN, 2005, p. 26).

<sup>8</sup> Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927.

junto a ele, o estereótipo do potencial perigo que eles representavam para a sociedade (BRASIL, 2014). O Código de Menores de 1979<sup>9</sup>, manteve as bases jurídicas de seu antecessor e contribuiu para a criminalização da infância pobre, justificando a internação na antiga Fundação para o Bem-estar do Menor (FEBEM) em quantidades excessivas, baseado na ideia de proteção aos riscos que estariam submetidos crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2014). Essa ideia se atualiza nos dias de hoje quando encontramos operadores da Justiça apoiando suas ações em diagnósticos para justificar a internação de meninos na Fundação Casa com o pretexto de protegê-los da rua e do crime organizado.

Constituiu-se, assim, um complexo aparato médico-jurídico, encontrando terreno fértil na função tutelar e de controle do Estado. A institucionalização passa a ser estratégia primeira para segregar crianças e adolescentes com transtornos mentais, deficiências ou autores de ato infracional, entendidos como incapazes de permanecer em convívio social. Além das instituições psiquiátricas, essa rede assistencial era composta por abrigos, educandários, clínica para autistas e institutos para deficientes mentais, administrados por instituições filantrópicas e privadas (BRASIL, 2005a), cujo o modo de operar não incluía o cuidado integral, tão pouco a singularidade de cada sujeito, seguindo em seu projeto a lógica manicomial de exclusão e segregação.

O princípio-base era o de que a separação de crianças em risco do seu meio familiar prejudicial poderia oferecer melhores condições para a formação moral, intelectual e física, garantindo sua capacidade produtiva e sua integração futura à sociedade como cidadãos bem formados (COUTO; DELGADO, 2015, p.26).

Este princípio não é muito distinto do que vemos ser propagado hoje em dia por diretores de comunidades terapêuticas, profissionais da saúde, operadores do sistema de Justiça e reiterado pela mídia, ganhando espaço no imaginário social. A ideia de afastamento do meio de risco – isto é, da sociedade - é o que fundamentou a institucionalização de corpos em manicômios por décadas. Talvez seja interessante pensar estes acontecimentos não como uma linha do tempo, estáticos, inseridos em um passado superado, mas como emaranhados de linhas que, vez ou outra, na história da sociedade, se reencontram.

O movimento de contestação política e redemocratização do país no final da década de 70 deu condições para que essas questões estruturais pudessem ser contestadas e suas discussões materializadas com a promulgação da Carta Constitucional de 1988, onde, pela primeira vez, foi afirmada a condição cidadã de crianças e adolescentes, garantindo-lhes:

---

<sup>9</sup>Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979.

(...) o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, conforme descrito no artigo 227 da Carta Magna (BRASIL, 2005a, p. 8).

Além desta afirmação, o movimento social da Reforma Sanitária ao politizar a questão da saúde e difundir certa consciência sanitária (YASUI, 2006), responsabilizou o Estado pela oferta de serviços e equipamentos adequados a estes cuidados, dando condições para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outra realização democrática brasileira (REIS et al., 2005) neste mesmo contexto foi a promulgação da Lei n.º 8.069 de 13 de julho de 1990, o ECA, que reafirma a condição de sujeitos de direitos, em desenvolvimento e responsabiliza Estado e sociedade pela proteção integral de crianças e adolescentes, sobrepondo-se ao assistencialismo e políticas de segregação que dominavam esta cena, até então. Esta nova compreensão passa a definir esta população como pessoas em condição singular de desenvolvimento e, portanto, com prioridade nas ações de proteção e promoção do pleno desenvolvimento (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2014).

Em nome da proteção, durante décadas, a assistência ao público infantojuvenil foi baseada em privação de direito e liberdade, negligenciando a dimensão da experiência singular do sofrimento psíquico. De um cenário escasso e violento, se inscreveu uma nova concepção na história da assistência e do cuidado em saúde desta população: sujeitos singulares e de direitos, com experiências múltiplas que devem ocupar o espaço público. Cabe nos questionar, no entanto, de que maneiras a Liga de Higiene Mental ainda se faz presente ou quais discursos codificados em Leis corroboram para que crianças e adolescentes - especialmente as de pele preta e pobres - sigam encontrando a institucionalização diante de seus modos singulares de ser e estar no mundo.

### **Infâncias, adolescências e saúde mental**

Embora inserida no interior do movimento da Reforma Sanitária, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira desenhou sua própria história, composta de inúmeros atores, forças, territórios e instituições, a partir da contestação de trabalhadores da saúde sobre as instituições psiquiátricas e seu fazer, especificamente (BRASIL, 2005b; YASUI, 2006).

“Esse conjunto amplo de transformações práticas e proposições teóricas, tanto éticas quanto políticas, incorporado e vivenciado na atual Política de Saúde Mental é suficiente para que possamos falar em Estratégia Atenção Psicossocial (EAPs), assim

como foi proposta a Estratégia Saúde da Família (ESF)” (YASUI; COSTAR-ROSA, 2008, p. 28).

Esse movimento reverberou para além da elaboração de textos normativos e conceitos: transformou saberes, práticas e valores culturais (BRASIL, 2005b), abrangeu dimensões teórico-conceituais, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 2007). Foi a promulgação da sua lei (Lei Federal 10.216/2001), que oficializou a política pública brasileira de saúde mental, propondo um novo modelo de cuidado e assistência às pessoas em sofrimento psíquico a partir de uma perspectiva comunitária e de base territorial.

Costa-Rosa (2000) afirmou que para superar o Modo Asilar, práticas tradicionais da psiquiatria, o Modo Psicossocial deve operar a partir de quatro aspectos de mudança de paradigma: concepção do objeto e dos meios de trabalho; concepções das formas da organização institucional; formas do relacionamento com a clientela; concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos. Ou seja, o sujeito em sofrimento está implicado em seu tratamento, onde a fala e a escuta tem um lugar ativo dentro da instituição, – que se organiza de maneira horizontal, através de dispositivos de participação e interprofissionalidade – que busca reposicionar este sujeito, priorizando a dimensão coletiva e sociocultural.

Estes novos códigos legais e a mudança, ainda que lenta, na concepção e compreensão de infância e adolescência, não poderiam coexistir com os equipamentos e instituições as quais eram destinadas crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e com transtornos mentais. Era necessário modificar, principalmente, o modelo de assistência, não mais para sujeitos deficientes, menores, mas sujeitos plenos de direitos (BRASIL, 2005a).

Cabe uma pequena nota para os impasses e controvérsias que este estatuto do direito e da proteção integral trouxeram para a vida da população infantojuvenil, pois não são raros os momentos em que se invertem conceitos como independência e autonomia: ainda que livres para elegerem seus caminhos, crianças e adolescentes dependem de um adulto para oportunizar o acesso e auxiliar neste percurso. Vicentin e Blikstein (2019) refletem que a partir dos movimentos de contestação do manicômio e início da constituição de uma rede de cuidados integrada e comunitária, os ideais do higienismo foram atualizados com a roupagem da proteção e do direito, surgindo novas maneiras de governar a vida de crianças e adolescentes, privilegiando o controle ao cuidado.

No campo do direito à vida e à saúde, o ECA atribui ao SUS a responsabilidade sanitária por ações e serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde que, por sua vez, traz em seu bojo a necessidade de acesso a outras políticas intersetoriais – educação, lazer, esporte, cultura, habitação, etc. - para garantir o bem-estar físico, mental e social desta população,

ampliando, assim, a noção do processo saúde-doença e seus determinantes sociais.

O caminho para chegar à elaboração de uma política pública de saúde mental para infância e adolescência não foi linear e não se concretizou a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica. Ainda que a promulgação do ECA exigisse uma reestruturação da atenção, o debate dentro do próprio movimento da Reforma ocorreu de maneira insuficiente e tardia (COUTO; DELGADO, 2015). No relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em 1987, foi problematizado o equívoco paradigmático no campo da infância e adolescência que por tantos anos relacionou pobreza e abandono à delinquência e doença mental sem haver, entretanto, proposições concretas para esta lacuna histórica (CUNHA; BOARINI, 2011; COUTO; DELGADO, 2015).

Couto e Delgado (2015) destacam alguns episódios externos ao movimento da Reforma que possibilitaram condições reais e simbólicas, no sentido de promoção de debate, para a proposição de uma política pública específica para esta população no início do século XXI: a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança efetivada pela Organização das Nações Unidas (ONU), da qual o Brasil é signatário e o ECA. Afirmam que, embora marcos legais não alterem a realidade, foram estes que produziram movimentos no real capazes de contribuir para a transformação de conceitos e ações.

A II CNSM é marcada por alguns incômodos devido à ausência de propostas e alinhamento com as políticas de direito de crianças e adolescentes que efervesciam na década de 90 (DELGADO, 2011). Couto e Delgado (2015) analisam esse acontecimento como a dificuldade em reconhecer e complexificar o debate sobre a possibilidade de crianças e adolescentes sofrerem com o “enigma da loucura” ou por outros sofrimentos psíquicos.

Se essas vicissitudes da condição humana não forem atribuídas a uma criança e não forem tomadas como questões relevantes ao campo das políticas de cuidado eticamente orientadas, a pauta da cidadania e direitos dos loucos pode não interessar diretamente à pauta da cidadania das crianças; o contrário também sendo verdadeiro (COUTO; DELGADO, 2015, p.31).

Após a promulgação da Lei nº 10.216 em 2001 foi realizada neste mesmo ano a III CNSM, histórica em relação à ampla participação de profissionais de saúde, usuários, e movimentos sociais, onde o tema da saúde mental infantojuvenil ganhou destaque e muitas foram as recomendações e deliberações aprovadas para a implantação de equipamentos específicos e diretrizes capazes de nortear uma política de saúde mental para crianças e adolescentes. Recomendou-se para a construção dessa política: orientar-se pelo ECA e pelos princípios da Reforma e do SUS; considerar crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e de direitos; integrar a política nacional de saúde mental e construir uma rede que considere as

particularidades desses sujeitos e de seus territórios; assumir um caráter intersetorial; estender a lógica de cuidado dos CAPS adultos para a infância e adolescência; preocupar-se com a institucionalização do sofrimento mental e fazer frente contra formas de ajustamento de conduta (BRASIL, 2002b).

Dois meses após a III CNSM a Portaria nº336 de 2002 foi publicada regulamentando e definindo o CAPS como dispositivo estratégico e comunitário para a oferta de cuidado clínico e de reabilitação psicossocial para pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais com o objetivo de evitar internações psiquiátricas e promover o exercício da autonomia, cidadania e inclusão social (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2004). Essa portaria também definiu as diferentes modalidades deste dispositivo, – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad e CAPSi<sup>10</sup> – população atendida, recursos humanos necessários, abrangência populacional e modos de financiamento, havendo, nesta época, expansão significativa destes equipamentos pelo país. Os CAPSi<sup>j</sup> constituem, na história do SUS, a primeira ação concreta de responsabilização do Estado frente às questões de sofrimento psíquico da população infantojuvenil. Seu texto normativo o define como serviço ambulatorial de atenção diária e base territorial para crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2002a), entretanto, ao longo deste caminho, documentos oficiais apresentaram novas definições mais interessantes que procuraram abarcar a complexidade existente neste campo e que se tornaram presentes no cotidiano destes equipamentos. Essa portaria, para Ramos (2015) pode ser entendida como um instrumento-dobradiça entre a consolidação da política de saúde mental para adultos e o início da política infantojuvenil.

Outra importante deliberação da III CNSM foi a criação de um grupo de trabalho para instituir o Fórum nacional de saúde mental infantojuvenil, criado em 2004 através da Portaria GM nº 1.068. Com o objetivo de ampliar o debate entre os serviços de diversos setores envolvidos no cuidado infantojuvenil, produzir conhecimento nesta área e estabelecer diretrizes para a consolidação de uma política nacional de saúde mental infantojuvenil, o Fórum estabeleceu alguns princípios e diretrizes norteadores para profissionais e serviços que cuidam desta população (BRASIL 2005a; BRASIL 2005b; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019): reconhecê-los como sujeitos de direitos, com demandas próprias e responsabilidades sobre estas demandas, ou seja, é preciso escutar os que falam por estes sujeitos com a compreensão de que

---

<sup>10</sup> Como mencionamos, as siglas e nomenclaturas para o CAPS infantojuvenil variam. Nos termos desta Portaria, optou-se por CAPSi.

trata-se da demanda de terceiros (responsáveis, familiares, instituições, etc.) e não das próprias crianças e adolescentes, evitando discursar sobre eles.

Desse modo, as bases que estruturam a política pública de saúde mental infantojuvenil propostas por este coletivo que compõe o Fórum Nacional são: *acolhimento universal*, cuja a premissa é reconhecer como legítima toda demanda que chega sem, necessária e obrigatoriamente oferecer o cuidado no serviço procurado; O *encaminhamento implicado* diz respeito à exigência que o serviço que encaminha se responsabilize por ele até seu novo destino e discuta com este novo envolvido, as condições do caso; As trocas, contatos e interações entre os diversos serviços que compõe a rede de determinado território faz parte do princípio da *construção permanente da rede*, articulada diretamente com a noção e princípio do *território psicossocial* dos sujeitos, onde se extrapola o recorte geográfico e faz com que a intervenção em saúde mental atravesse as diversas instâncias em que estes sujeitos estão inseridos; o último princípio e de grande complexidade diz respeito à *intersetorialidade* do cuidado, que afirma a necessidade de trabalho conjunto entre serviços e equipamentos que compõe toda a rede de circulação de crianças e adolescentes, sejam de natureza clínica ou não. Pretendemos costurar esse trabalho com tais linhas norteadoras pois entendemos que é no interior das relações cotidianas dos serviços que esses conceitos se esbarram, se invertem e precisam ser constantemente revisitados para que evitemos o engessamento de nossas práticas, “contra o risco de uma naturalização do possível e uma dogmatização do necessário” (RAMOS, 2015, p. 21).

A IV CNSM, ocorrida em 2010, a primeira de caráter intersetorial, debateu e avaliou a expansão da rede de serviços comunitários no campo da saúde mental desde à III CNSM, assim como sua complexificação (COUTO; DELGADO, 2015). A conferência ampliou o debate sobre a consolidação de uma rede de atenção psicossocial e a necessidade de se pensar em estratégias de cuidado para os sujeitos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas a partir da perspectiva da política de redução de danos. No campo da infância e adolescência, ratificou a necessidade de ampliação dos serviços não somente para os casos de agravo psíquico, mas que toda a rede pública ampliada de atenção fosse capaz de responder e responsabilizar-se por todos os níveis de demanda desta população (BRASIL, 2010).

Uma conquista a partir das propostas desta conferência foi a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011, através da Portaria nº3.088, com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção para os sujeitos em sofrimento psíquico, transtorno mental e com demandas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). Na portaria da RAPS os CAPS infantojuvenis aparecem redefinidos como serviços estratégicos

que incluem também o cuidado às crianças e adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas, além de alterar o critério de implantação CAPS/habitante para municípios com população acima de 150.000 habitantes – em 2013, para municípios com população acima de 70.000 habitantes. A proposta da RAPS, portanto, diz respeito ao acolhimento e acompanhamento contínuo de sujeitos com experiência de sofrimento psíquico e em uso prejudicial de substâncias em diversos pontos de atenção em saúde que extrapolam o campo da saúde mental. No que diz respeito às crianças e adolescentes, a Atenção Básica, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de caráter transitório e Atenção Hospitalar são pontos de atenção que devem estar preparados para atender às diversas demandas e complexidades que possam ocorrer na trajetória de vida desses sujeitos (BRASIL, 2014).

Cabe nesse trecho uma pequena nota sobre o documento produzido em 2012 pelo Ministério da Saúde, a Nota Técnica nº42/2012<sup>11</sup> sobre a Portaria nº 854/SAS, de 22 de agosto de 2012, que estabeleceu e caracterizou novos procedimentos para os CAPS e modificou a faixa etária de público atendido nos CAPS infantojuvenis: de 0 à 25 anos, fazendo com que haja certo prolongamento da saída dos serviços, assunto ainda pouco discutido neste campo mas que pretendemos esboçar neste trabalho por estar muito presente no cotidiano do *Tô Ligado*.

No ano de 2013 outros arranjos começam a compor este campo do conhecimento e da construção da política pública: produzido pelo Ministério da Saúde intitulado “*Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS*” (BRASIL, 2013b), documento construído a partir de muitas lutas dentro deste campo de disputa que se tornou o tema do autismo nas últimas décadas; organizado pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro, em abril de 2013, aconteceu o I Congresso Brasileiro de CAPSi, espaço pensado para a avaliação e circulação de saberes e experiências nesses serviços.

Ainda com estes avanços de marcos teóricos e conceituais, a afirmação do cuidado em liberdade encontra diversas pedras nesse caminho: número insuficiente de CAPS infantojuvenis; poucas estratégias de educação permanente para os trabalhadores da rede; aumento da terceirização nos contratos de trabalho, fragilizando o vínculo entre usuários e profissionais; entendimento precário de gestores em relação aos temas da saúde mental e atribuições do CAPSi nos territórios; falta de institucionalização do dispositivo supervisão

---

<sup>11</sup> Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/29/Nota-Tecnica-Portaria-854-2012.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2021.

clínico-institucional; esvaziamento da função deliberativa do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil; poucas experiências municipais e estaduais na constituição de fóruns locais; aumento no número de internações psiquiátricas; estratégias de cuidados para uso de álcool e drogas; psiquiatrização da demanda escolar; baixíssimo número de implantação de CAPSij III; patologização de casos nomeados *desvios de conduta*; internações em instituição de longa permanência para crianças e adolescentes com deficiência e a ausência do debate sobre essa problemática; implantam-se CAPSij sem, entretanto, habilitá-los (BRASIL, 2015; COUTO; DELGADO, 2015; TAÑO; MATSUKURA, 2015; COUTO, 2019; VICENTIN; BLIKSTEIN, 2019).

Esse intenso e pujante movimento de quase duas décadas a partir da constituição de equipamentos específicos e da produção de um robusto arcabouço de saberes, técnicas, textos normativos e experiências sobre uma nova lógica de cuidado para crianças e adolescentes em sofrimento mental, desde 2016 está em estagnação e sob constantes ameaças de continuidade, cujo cenário pretendemos esboçar adiante.

### **Arapucas no caminho**

*Diário, dezembro de 2020*

*Uma pequena pausa - forçada - no cotidiano do trabalho, da pesquisa, da vida. Está sufocante ser trabalhadora da saúde mental e viver no Brasil neste ano de 2020.*

Um breve suspiro e seguimos, mesmo sem certezas e constantemente ameaçados. Seguimos. A partir de 2015 acompanhamos sucessivas tentativas de desmonte da saúde pública e, em especial, da saúde mental pública. Nomeações para o Ministério da Saúde e Coordenação Nacional de Saúde Mental refletiram os interesses declaradamente opostos aos preceitos da Lei da Reforma Psiquiátrica, a exemplo de ex-diretores de manicômios, defensores de planos populares de saúde e também da eletroconvulsoterapia (ECT)<sup>12</sup>, inclusive em crianças e adolescentes<sup>13</sup> – este último recentemente empossado para o cargo de coordenador de saúde mental. Após o golpe parlamentar que retirou da presidência Dilma Vana Rouseff e com a

---

<sup>12</sup> <https://site.cfp.org.br/entidades-da-psicologia-questionam-nomeacao-de-novo-coordenador-geral-de-saude-mental-do-ministerio-da-saude/>

<sup>13</sup> <https://blogs.oglobo.globo.com/lauro-jardim/post/novo-coordenador-geral-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas-da-saude-defendeu-eleto-terapia-em-criancas-e-adolescentes.html>

aprovação da Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016), a qual limita por 20 anos os investimentos financeiros do Estado nas áreas da saúde e educação, principalmente, vimos um desmantelamento dos serviços já existentes e estagnação no que diz respeito à implantação de novos serviços substitutivos no campo da saúde mental. Durante os últimos seis anos esteve explícito o desinteresse no fortalecimento da saúde mental enquanto política pública de direito e afirmação do cuidado em liberdade. Há um descompromisso do Estado, um movimento que parece caminhar em direção oposta ao que tem sido proposto nos últimos trinta anos.

O ano de 2017 foi marco de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental a partir da aprovação da Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº32/2017 e Portaria nº 3.588/2017, que reconfigura a RAPS, estabelecendo diretrizes sem debate ou participação de profissionais, usuários e familiares, além de resgatar preceitos fortemente manicomialis. Hospitais psiquiátricos passam a ser considerados pontos de atenção da RAPS e seu investimento financeiro é reajustado, ampliando o valor da diária nessas instituições, em contrapartida, não há indicação de aumento no repasse financeiro para os CAPS desde 2011, o que os precariza e provoca entraves em suas ações do cotidiano, favorecendo sua desqualificação no âmbito político e social ao mesmo tempo em que fortalece instituições já tidas como incapazes e insuficientes para corresponder ao cuidado em saúde mental (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Unidades Ambulatoriais Especializadas e Hospital-dia, fantasiados como novos serviços, são recolocados como pontos da RAPS, ignorando as iatrogenias que acontecem nestes modelos, rompendo com o trabalho em rede e discussão coletiva entre equipes da Atenção Básica e da Atenção Psicossocial.

As eleições presidenciais de 2018 foram determinantes para a concretização do sucateamento do sistema público de saúde, principalmente. Para além dos interesses neoliberais, com a nomeação de Jair Messias Bolsonaro para o cargo de presidente da república, temas como intervenção militar, armamento civil, feminicídios, homo/lesbo e transfobia estavam presentes no discurso em manifestações públicas, enquanto presenciávamos casos bárbaros de corrupção, violência policial, genocídio da população negra e homicídio envolvendo figuras do Estado – Afinal, quem mandou matar Marielle Franco?

O cuidado e o olhar para o uso de álcool e outras drogas, abusivo ou recreativo, também foram apagados pela alteração na Política de álcool e outras drogas que passa a ser gerida pelo Ministério da Cidadania, desarticulando questões que são inerentes à saúde mental pública. Expressa pela lei 13.840, a nova Política Nacional sobre Drogas pauta a abstinência como objetivo principal, exclui a política de Redução de Danos e amplia recursos públicos para o aprimoramento e desenvolvimento físico e funcional de comunidades terapêuticas (BRASIL,

2019), demonstrando a íntima relação do atual governo com estas instituições<sup>14</sup>, cujo funcionamento é, entre outras problemáticas, baseado em práticas asilares, de laborterapia, religiosas e focado na abstinência – institucionalizando, inclusive e ilegalmente, adolescentes (CFP et al., 2018; GUIMARÃES; ROSA, 2019). Fica evidente a escolha de projeto em que se aposta: internações privadas financiadas com recurso público em instituições de caráter asilar sem nenhuma participação ou controle social na fiscalização destas (PINHO, 2019).

A Nota Técnica nº 11/2019<sup>15</sup> lançada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, a despeito de seus autores definirem que “*estamos em um processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental, que necessitava de aprimoramentos, sem perder a essência de respeito à lei 10.216/01*”, apontam toda série de alterações da política cujo caminho segue na contramão da lei da Reforma, a exemplo quando sugerem que deixe-se de nomear como serviços substitutivos pois “nenhum serviço substitui o outro”, em notório desconhecimento sobre a escolha ético-política norteadora das ações em saúde mental, principalmente em relação ao processo de desinstitucionalização. Volta-se a falar do financiamento e papel estratégico de hospitais psiquiátricos e compra de aparelhos para ECT. No campo da infância e adolescência os retrocessos não são mais sutis: a mesma nota reafirma, em poucos parágrafos, a legalidade na internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas, que “*A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência*”, não citam os CAPSij, tão pouco as Unidades de Acolhimento Infantojuvenis (UAIs).

No campo da infância, em abril de 2017, um Projeto de Lei após quatro anos sem movimentação foi transformado em Lei Nacional durante um mês, sem debate público, com ausência de participação da sociedade civil e grupos de interesse (MASCARENHAS *et al.*, 2017). Trata-se da Lei 13.438 que altera o artigo 14º do ECA e estabelece que todas as crianças de 0 a 18 meses de vida sejam submetidas, durante a consulta pediátrica, à aplicação de ferramenta ou instrumento padronizado com o objetivo de detectar riscos para o pleno desenvolvimento psíquico (BRASIL, 2017). Muitas são as complicações decorrentes desta lei que, como outras já apresentadas nesta seção, parecem desconhecer ou ignorar os preceitos do

---

<sup>14</sup> Cabe ressaltar, entretanto, que as comunidades terapêuticas compõem a RAPS desde 2011, a partir da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012.

<sup>15</sup> Brasil. Nota técnica nº 11/2019 de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas [Internet]. Brasília: CGMAD/DAPES/SAS/MS; 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2021.

SUS, cujas estratégias de promoção extrapolam a noção de prevenção como prevenção ao risco de doença, mas se baseiam na experiência do sujeito com seu território e contexto social (MASCARENHAS et al., 2017). Além disso, o SUS já dispõe de documentos legais, instrumentos e estratégias para o acompanhamento sistemático do desenvolvimento integral da criança, a exemplo da Caderneta de Saúde da Criança, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e o Marco Legal da Primeira Infância (MOYSÉS, 2020).

Neste sentido, estabelecer um protocolo padrão para este tipo de detecção em um país como o Brasil, com suas dimensões continentais e pluralidades culturais, parece-nos ser o risco em si, criando uma via expressa para o já conhecido processo de patologização da infância e adolescência (ELIA, 2017; MASCARENHAS et al., 2017; MOYSÉS, 2020).

(...) além de outros desmontes, não pode correr o risco de alarmar sua população com detecções de risco psíquico em bebês, que poderão difundir posturas inadequadas e culpabilizantes, quando dirigidas especialmente aos filhos da camada mais empobrecida da população, moradores dos ainda existentes desertos sanitários, sem acesso a bens básicos e demais direitos de cidadania (MASCARENHAS et al., 2017, p. 11).

Entram em cena novamente os movimentos sociais, a sociedade civil organizada, representantes de conselhos de diferentes categorias profissionais e através de seus argumentos como brevemente expressos anteriormente, sensibilizaram o Ministério Público Federal<sup>16</sup> que em 2018 recomendaram a entes federais, estaduais e municipais que não regulamentem a referida Lei.

Bem conseguimos recuperar o fôlego neste cenário e nos alcança uma pandemia em pleno caos político e social. Durante o mês de julho de 2020, o Conselho Nacional de Política sobre Drogas (Conad) – com drástica redução na composição plural, excluindo importantes representações civis (BRASIL, 2019)<sup>17</sup> - em reunião extraordinária discutiu e regulamentou a internação de adolescentes em comunidades terapêuticas<sup>18</sup>, a despeito do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) ser a instância máxima para regulamentação e controle de políticas públicas que concernem a estes sujeitos e das já citadas práticas manicomialis que acontecem no interior dessas instituições ferindo os pressupostos da Constituição Federal, ECA e lei da Reforma Psiquiátrica. Cabe dizer que diversos órgãos em defesa dos direitos da criança e do adolescente, movimentos sociais e de conselhos

---

<sup>16</sup> Disponível em: <https://redehumanizausus.net/ministerio-publico-federal-recomenda-nao-sancionar-a-lei-sobre-a-deteccao-precoce-de-riscos-psiquicos-13-438-2017> . Acesso em 17 de março de 2020.

<sup>17</sup> Decreto nº9.926, de 19 de julho de 2019.

<sup>18</sup> Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833> . Acesso em: 11 de março de 2020.

manifestaram-se contrários a esta regulamentação<sup>19</sup>, recomendando sua reprovação, entretanto, até a data desta escrita, segue em curso a proposta de retrocesso.

A contrafissura alcança o plano das leis e reflete no imaginário social: “Nóias queimam pedra, e autoridades, políticos e editores de jornais escritos e televisionados ficam alterados” (LANCETTI, 2015, p.30). Nesta dobra, profissionais de saúde, que não estão à parte do sistema e também podem contribuir para práticas de resoluções imediatas, devem questionar-se de que maneira serão trincheira nos serviços territoriais (DELGADO, 2019). Cavalcanti (2019) nos deixa um questionamento a ser feito para que balizemos nossas práticas e pautas a serem defendidas no campo da saúde mental: “(...) esse processo, essa orientação, esse dispositivo nos coloca mais em contato com essas pessoas? Então o caminho é este. Afastamo-nos delas? Com certeza pegamos o rumo errado” (p.3).

---

<sup>19</sup> Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/RecConjunta001.pdf> . Acesso em: 11 de março de 2020.

## PARTE II

### REFORMA PSIQUIÁTRICA EM SANTOS E SEUS DESDOBRAMENTOS

*Qual tem sido o segredo de Santos? De onde retiraram fortaleza para implementar um sistema público em época de vacas magras, em um período de radical predomínio do pensamento neoliberal? (...) Vale a pena estudar a experiência de Santos, é parte fundamental da moderna cultura sanitária. Um verdadeiro cala-boca, um autêntico chega-pra-lá nos privatistas ou pessimistas de carteirinha de sócio remido do status quo.<sup>20</sup>*

---

<sup>20</sup> CAMPOS, G. W. Prefácio. In: CAMPOS, F. (org.). *Contra a Maré à Beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. 2. ed. São Paulo, Ed. Hucitec, 1997.

### **Para fora do manicômio**

Contar a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil nos faz, necessariamente, revisitar a história do município de Santos e seu lugar ético-político no processo da luta antimanicomial que caminhou lado a lado com a implantação e implementação do SUS na cidade. Devido ao domínio da elite santista e ao autoritarismo político, até o ano de 1989 os serviços de saúde não possuíam a abrangência necessária para a população, mantinham-se semelhantes a quarenta anos atrás (CAMPOS, 1997). A partir da vitória eleitoral da oposição – com uma proposta de gestão democrática e popular – em 1989 e, em paralelo com a recente promulgação da Constituição, efervesciam ideias sobre a implantação do SUS. Durante os oito anos em que estiveram na administração municipal, uma intensa rede de serviços, ações e programas de saúde se estruturou na cidade, assim como a ampliação do quadro de funcionários públicos e da participação social através do Conselho Municipal de Saúde (PIMENTA, 1997). Neste trabalho nos deteremos a uma rede específica de serviços.

Durante esse período de implementação do SUS e municipalização dos serviços, cresceram as discussões sobre o funcionamento da Casa de Saúde Anchieta, já conhecida como Casa dos horrores. De caráter privado, a Prefeitura Municipal de Santos (PMS) dispunha de poucos recursos legais para administrá-lo, ainda assim, segundo Robortella (2000), David Capistrano Filho, então secretário municipal de saúde, ao receber um relatório detalhado sobre o manicômio elaborado pelo governo do Estado, determinou que as irregularidades apresentadas fossem corrigidas em uma semana. Sem respostas institucionais, a PMS assumiu a gestão do hospital e iniciou o processo de intervenção, desospitalização e humanização do atendimento com a intenção de construir uma rede para o cuidado em saúde mental, ou seja, enfrentar os aparatos manicomiais do lado de dentro, junto àqueles que lá viviam.

Em 3 de maio de 1989 tem início a intervenção do poder público municipal com intenso apoio da mídia, entidades representantes da sociedade civil e movimento dos trabalhadores da saúde. De dentro do hospital, o grupo de interventores concretizaram mudanças na relação entre trabalhadores e pacientes: aboliu-se o uso de ECT e das celas-fortes, propuseram a livre circulação dos sujeitos pelo hospital, - o que levou à ampliação do número de funcionários – visitas e festas faziam parte da rotina da instituição, assim como a busca por recursos da – e na - comunidade que pudessem reconstruir a identidade cidadã de cada paciente (KINOSHITA, 1997). Ali mesmo iniciou-se uma organização de alas e enfermarias divididas de acordo com as regiões de Santos, ou seja, os pacientes de determinado território eram atendidos por uma determinada equipe – essa lógica da territorialização, anos depois, passou a ser um dos pilares

dos serviços de saúde. Esse processo, entretanto, não se deu de maneira linear ou sem conflitos: como aquelas pessoas permaneceriam *soltas* ou sairiam pelas ruas, simplesmente? Foi necessário reaprender a aprender, superar os limites das concepções e ousar práticas outras para após cinco anos, essas práticas e diretrizes darem o “ponta pé” necessário na constituição de serviços completamente novos denominados Núcleos de Atenção Psicossocial, – os NAPS – que culminaram na desativação do Hospital Anchieta (KINOSHITA, 1997). Esse modo de organizar os serviços da saúde mental, segundo Yasui (2006), buscava romper com a lógica da hierarquização por níveis de complexidade:

Os (...) NAPS eram responsáveis por toda a demanda de saúde mental de seu território, abrangendo, assim, todos os níveis de atenção, buscando desta forma evitar a burocratização e fragmentação da assistência em função de uma racionalidade técnica ou administrativa. Para tanto, funcionavam 24h por dia, todos os dias da semana, de portas abertas e atendendo prontamente às situações de crise (p.123).

Este período também propiciou a realização da primeira Conferência Municipal de Saúde em 1990, momento em que o debate central foi a construção do SUS e a criação e fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde, composto por trabalhadores da saúde, usuários, movimentos sociais, ONGs e outros (FILHO, 1997). Santos implantou ampla rede substitutiva constituída inicialmente por cinco NAPS em diferentes territórios funcionando as 24 horas do dia; serviço de reabilitação psicossocial, operando diversos núcleos de trabalho pela cidade, que mais tarde constituiu a cooperativa “Paratodos”; o centro de convivência TAM-TAM, agenciando ações artísticas e culturais com os usuários; Lar Abrigado ou República Manoel Silva Neto, com organização semelhante ao que hoje conhecemos como Residência Terapêutica e, finalmente, atendimento psiquiátrico no Pronto Socorro Central (KINOSHITA, 1997; BRAGA CAMPOS, 2000; YASUI, 2006). Os sons da loucura, por fim, ocupavam a cidade.

Nesta época, serviços substitutos ao manicômio surgiram em diversos municípios do país, sendo regulamentos inicialmente pela Portaria SAS/MS nº 224/92. Nesta regulamentação, porém, conforme apontam Tenório (2002), Luzio e L’Abbate (2006), NAPS e CAPS não se distinguem, o que diverge da proposta inicialmente pensada nos municípios de Santos e São Paulo onde se constituíram esses serviços, respectivamente.

Os Naps (...) encarregados de responder de forma plena pela demanda de saúde mental da região de referência(...), de sua estrutura e funcionamento foi exigida uma alta capacidade de resolução em termos de atendimentos externos, articulação com outros dispositivos e atendimento à emergência(...) durante 24 horas e uma estrutura mínima de leitos. Além disso, não se trabalha com uma limitação numérica de clientela, já que devem-se atender, ou ao menos dar algum encaminhamento(...) a todas as demandas

em saúde mental do território de referência. Já os Caps tendem a ser regionalizados em termos da adscrição da clientela, embora eles sejam desobrigados a apresentar a mesma capacidade de resolução para as emergências e a dar conta da totalidade da demanda de saúde mental em geral limitando o atendimento à clientela inscrita no serviço e às triagens, com funcionamento diurno e restrito aos dias úteis e sem leitos de internação ou acolhimento-noite (TENÓRIO, 2002, p. 43).

Ambos serviços partiram de concepções técnico-assistenciais e teórico-conceituais diferentes: a inexistência de leitos e atendimento 24 horas nos CAPS, inicialmente, e funções distintas referente ao seu território correspondente sugerem diferenças significativas. Nos dias atuais, não são raras as vezes em que trabalhadores, usuários e pessoas da comunidade santista referem-se ao serviço como NAPS. Anos depois, esta Portaria nº 224 teve algumas de suas normativas atualizadas pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que optou pela nomenclatura CAPS e caracterizou suas atividades, apostando em um híbrido de NAPS e CAPS.

Ao analisar a influência das experiências municipais de substituição ao manicômio na política nacional de saúde mental<sup>21</sup>, Vieral e Marcolan (2016), entrevistaram trabalhadores da rede de Santos e São Paulo, que estiveram à frente na construção deste novo modelo de atenção ao sofrimento psíquico. Compreenderam que a política nacional foi fortemente inspirada na experiência santista, centralizando nos CAPS todas as demandas de saúde mental de territórios específicos. Os autores supõem duas razões pelas quais isso teria acontecido: ampla divulgação e abertura às pessoas – mídia, estudantes, profissionais - interessadas em compreender o que acontecia durante a intervenção, garantindo o aumento da visibilidade de todo o processo; e, talvez um dos aspectos mais importantes e pouco abordado diz respeito às redes de relações que foram tecidas por alguns profissionais de Santos durante as duas gestões municipais, possibilitando a ocupação em cargos do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, garantindo que esse modelo da experiência antimanicomial santista pudesse refletir na construção da política nacional de saúde.

Há certa crítica, entretanto, em relação ao que foi nomeado *capscentrismo* por entender que esta lógica de oferecer tudo em um único serviço – trabalho, oficinas, convivência, assistência - não se sustenta em encerrar práticas manicomiais por não criar redes integrais de serviços, proposta atualizada, anos depois pela criação da RAPS (VIERAL; MARCOLAN, 2016).

---

<sup>21</sup> Este ponto merece uma ressalva, entretanto, pois o estudo em questão ocorreu durante o ano de 2015, antes das atuais alterações políticas abordadas no capítulo anterior.

Retornando aos efeitos da experiência santista em território nacional – e internacional – Yasui (2006) defende que foi devido ao impacto da intervenção do hospital Anchieta que foi possível aprovar na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que propunha a extinção gradual dos manicômios e a criação de novos recursos assistenciais para substituí-los - aprovação que mobilizou outros municípios e estados a aprovar leis de conteúdo semelhante.

Ao sediar o III Encontro Nacional de Usuários e Familiares, onde foi redigida a “Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental”, Santos, mais uma vez, é palco de novas experiências no campo da Reforma. A Carta, diferente de documentos elaborados até então, foi amplamente discutida e elaborada em conjunto e com protagonismo dos usuários e familiares. Segundo Yasui (2006), essa experiência possibilitou a afirmação do movimento de usuários e familiares enquanto movimento social com características próprias, além de estabelecer a frequência destes encontros em âmbito nacional. Dessa maneira, a experiência da implantação do SUS em Santos, além das novas maneiras de cuidar do sofrimento mental envolveu aspectos fundamentais no campo da Reforma Psiquiátrica:

[...] a ocupação dos espaços de decisão e de poder do aparelho estatal, por um lado e, como decorrência, a possibilidade de produzir e sustentar politicamente um processo de transformação radical da assistência em saúde mental. Pela primeira vez tínhamos em um município a prática concreta de uma organização de serviços e ações de saúde mental efetivamente substitutiva à internação (ibid., 2006, p. 41).

Compreendemos que apenas a ampliação de CAPS pelo Brasil afora não sustentará este projeto de cuidado em saúde mental que necessita ser intrínseco a uma rede intersetorial de serviços que fortaleça a circulação dos sujeitos em seu território. Entretanto, é evidente a transformação social a partir da ruptura com o manicômio e aposta em projetos de vida que a experiência santista abriu no cenário da Reforma Psiquiátrica, expandindo seus princípios para a Política Nacional de Saúde Mental. Além disso, a implantação do modelo santista financiado de maneira quase exclusivamente através do tesouro municipal, demonstrou a viabilidade em definir políticas públicas como prioridades no orçamento público (YASUI, 2006).

A descontinuidade política-administrativa a partir de sucessivas derrotas eleitorais para partidos de orientação conservadora resultou em um retrocesso no que diz respeito ao funcionamento dos serviços e participação popular, já que este tipo de projeto requer específica implicação e sustentação política que não se aproxima aos ideários de respectivos partidos (LUZIO; L'ABBATE, 2006; YASUI, 2006). Esse tipo de gestão distanciou-se de movimentos e organizações sociais e se encaminhou para o interior do aparelho estatal, centralizando a tomada de decisões e ações políticas para dentro de gabinetes, onde o protagonismo diz respeito

mais à criação de portarias e normas do que construções coletivas dentro de instituições e serviços (VIERAL; MARCOLAN, 2016).

*“(...) esse é meu medo, sabe? Da gente ter de novo vinte anos de estagnação...porque a gente só começou a avançar de novo em 2016, nos dois governos do Beto Mansur, nos dois governos do Papa e no primeiro governo do Paulo Alexandre ficou tudo do mesmo jeito, mais do mesmo. Em 2016 que começa a andar. Acho que a gente tá reencontrando um caminho e acho que a gente tem uma vantagem na nossa equipe que (...) tem muita gente jovem, (...) com uma formação mais contemporânea, porque a minha geração (...) tem uma formação totalmente biomédica, muito clínica, mesmo no campo do serviço social, é uma formação assistencial, não de garantia de direitos.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2017)*

Interessa-nos, a partir desse momento, identificar as maneiras pelas quais essa nova-velha política ressoa no campo da infância e adolescência.

### **Constituindo serviços de saúde para infância e adolescência**

A implementação do SUS em Santos dialogou diretamente com a promulgação do ECA e os consequentes debates sobre a garantia dos direitos de crianças e adolescentes, ao mesmo tempo em que a gestão municipal (89-96) confrontava números preocupantes em relação à mortalidade infantil no período neonatal e até um ano de vida, direcionando suas ações para assistência pré-natal, parto e acompanhamento sistemático de recém-nascidos de risco, alcançando, nestes anos de gestão, importante redução dos índices de mortalidade infantil (BERTUOL; CAMPOS; SILVEIRA, 1997).

A crescente mobilização da sociedade pela ocupação de espaços democráticos e participativos propiciou o fortalecimento do Fórum Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, órgão composto pela sociedade civil cuja articulação das ações foi fundamental para implantação e implementação do ECA e do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA) em Santos. Em pesquisa sobre a ocupação desses espaços de participação política, Nascimento (2013) entrevistou atores engajados com o tema da defesa dos direitos da criança e do adolescente, cujo trabalho foi fundamental para a constituição do Fórum e, principalmente do CMDCA – primeiro conselho de direitos para esta população na Baixada Santista.

A prefeitura tinha uma abertura muito grande e a gente era meio (...) sonhador, (...) achou que ia transformar Santos. (...) Tinha uma coisa ideológica forte e bonita que hoje não tem mais. (...) a gente começou a formar pelo Fórum da Criança (...) algumas comissões, porque a gente tinha muitos problemas complicados. Santos era a capital da Aids, a gente tinha um monte de crianças que os pais tinham morrido de Aids, (...) que as instituições não recebiam. (...) a gente criou a comissão (...) dos abrigos, porque os abrigos eram todos muito fechados, muito fora dos padrões do Estatuto (...) e criamos uma comissão chamada de comissão de legislação, e a função (...) era criar a lei municipal do Conselho da Criança e do Adolescente (...) e (...) participavam muitas pessoas das instituições, os técnicos que estavam atuando, os profissionais da prefeitura, era um movimento grande (p. 63).

O saudosismo de um tempo em que o desejo de transformar a sociedade era norteador das ações e sustentado pela gestão municipal aparece ao longo da pesquisa acima citada, assim como no discurso de sujeitos atuantes nesta época cuja prática profissional seguiu os caminhos do funcionalismo público em Santos. Um dos informantes-chave na pesquisa de Nascimento (2013) sugere que a intervenção do CMDCA foi determinante para a constituição do CAPSij *Tô Ligado*, pois, questionava-se a convivência entre adolescentes e adultos que faziam uso de substâncias.

(...) ai vai o carrinheiro, o morador de rua, (...) tudo no mesmo espaço, ai o cara bebe, fala palavrão, xinga, cheira mal, (...) e adolescente é um ser em desenvolvimento, como já conceituado pelo próprio Estatuto, se é um ser em desenvolvimento também precisa de uma linguagem adequada, precisar ser diferenciado do adulto, um espaço adequado pro atendimento do adolescente drogadito (...). Hoje nós atendemos a criança e o adolescente em um local diferenciado do SENAT que é o Tô Ligado, já foi uma vitória do próprio CMDCA, nós direcionamos uma Política Pública, se o CMDCA não tivesse intervindo elas ainda estariam sendo atendidas lá no SENAT (p.69).

Esse tipo de discurso, ainda que estigmatizado, se repete neste trabalho através da escuta de profissionais, familiares e adolescentes – questões que pretendem ser trazidas e problematizadas mais adiante. Retornando ao Fórum, suas ações hoje em dia encontram-se diluídas dentro do próprio funcionamento do CMDCA e reaparecem em época de eleições para representantes da sociedade civil do Conselho (NASCIMENTO, 2013).

Estava em andamento, nesta mesma época, o Programa de Saúde Escolar (PES) – hoje conhecido como Programa Saúde na Escola (PSE) – cujo objetivo era garantir ações conjuntas entre saúde e educação. Dentro das escolas de Ensino Fundamental havia número expressivo de profissionais da enfermagem, médicos, dentistas e psicólogos cuja prática baseava-se em ações hoje entendidas como correspondentes à Atenção Básica: tratamento para os surtos de piolho, tratamento odontológico e ações de promoção à higiene bucal; pequenos curativos; exame de crianças com dificuldades na convivência escolar e de aprendizagem (BERTUOL; KINOSHITA; COSTA FILHO, 1997). Na gestão a qual nos referimos (89-96) foi proposto o remanejamento de profissionais do PSE para as Policlínicas (UBS) em uma tentativa de

adentrar os territórios destas crianças e ampliar as discussões sobre evasão e repetência escolar, dificuldade de aprendizagem e convivência, além de expor a deficiência mental, antes restrita aos muros da escola. O PSE, cujas ações atravessam e compõem diariamente com os CAPSij de Santos, mantém-se até os dias de hoje, com algumas alterações em sua configuração e algumas contradições na prática, mas com o mesmo propósito de complexificar a noção de saúde e seus determinantes, assim como articular o trabalho entre serviços de saúde e escola.

Tão logo as secretarias de Educação e Saúde vieram ao público questionar o aumento de encaminhamentos de crianças com problemas escolares para avaliação médica e psicológica que culminavam, conseqüentemente, em um aumento de diagnósticos classificatórios como *aluno excepcional, criança treinável, educável*; a partir destes diagnósticos e seus laudos, certas crianças poderiam ser agrupadas em “salas especiais”, excluídas dentro da própria escola. Além de iniciar a revisão destes diagnósticos, principalmente de crianças frequentadoras da educação especial, esse momento possibilitou a discussão entre profissionais sobre a relação entre problemas socioeconômicos, saúde mental e a responsabilidade social diante de tais questões. Segundo Bertuol, Kinoshita e Costa Filho (1997), a intervenção no manicômio Anchieta foi determinante para que o tema da institucionalização da violência e a violência das instituições fosse ampliado para outros cenários a exemplo das classes de educação especial e o lugar de desvalor social ocupado por crianças. Essas discussões corroboraram para o entendimento que tais práticas restritas ao atendimento clínico e psicológico promoviam efeitos insuficientes, sendo necessária a concepção e implementação de um serviço cujo objetivo pautava-se em uma concepção integral do cuidado e no conceito de criança enquanto sujeito de direitos. Criou-se, em 1990, a “Seção Centro de Valorização da Criança” (SCVC) – ou CVC, como ficou conhecido pela população e como iremos nos referir nesta pesquisa.

Antes da promulgação do ECA, em maio de 1990, uma equipe formou-se para intervir em uma entidade filantrópica responsável por atender crianças e adolescentes com deficiência e, em menos de um ano, o CVC passou a atuar em sede própria, direcionando seus atendimentos às crianças vítimas de maus-tratos, inseridas em contexto escolar ou não.

O já mencionado PSE foi elemento de partida para pensar as intervenções deste novo serviço: um trabalhador do CVC iria trabalhar conjuntamente com o Orientador Educacional de cada escola para criar um processo avaliativo das demandas escolares que chegavam ao serviço. Esta parceria, mais tarde, propiciou um espaço formativo para que o Orientador Educacional pudesse ocupar, dentro da escola, o lugar de mediar relações, orientar a familiar e discutir sobre desenvolvimento infantil. Outro efeito deste encontro foi a implementação das Salas de Apoio ao Desenvolvimento que trabalhavam na perspectiva de oficinas pedagógica,

substituindo as salas especiais, onde a criança poderia frequentar antes ou depois do período regular de aula, sem a necessidade do laudo, mas a partir da necessidade observada pela educadora (BERTUOL; KINOSHITA; COSTA FILHO, 1997).

Atualmente há certa inversão no funcionamento das salas de apoio, hoje nomeadas como *salas de AEE* (Atendimento Educacional Especializado), cujo fazer esbarra nas práticas dos CAPSij do município: a partir de uma Portaria da Secretaria Municipal de Educação<sup>22</sup> (SEDUC), a inclusão da criança ou adolescente para o atendimento nesta sala está condicionada à apresentação de laudo médico, atestando a deficiência desses sujeitos, contrariando a Resolução nº06/16 do Ministério da Educação que proíbe a exigência de laudo médico para disponibilizar estratégias pedagógicas para alunos público-alvo da educação especial inclusiva. Ou seja, o que há décadas atrás foi questionado como problemática – o aumento de diagnósticos de crianças com problemas escolares – hoje passa a ser recurso para o acesso a estratégias pedagógicas singulares. Não são poucas as vezes em que os profissionais do CAPSij se encontram em uma emboscada entre atribuir um laudo para garantir o direito ao acesso à sala de recursos ou problematizar a existência de alguma questão individual naquele sujeito e agenciar modos mais possíveis de permanecer no espaço escolar.

Além desta intersecção com a escola, a equipe do CVC, composta por psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, fonoaudiólogos, acompanhantes terapêuticos e fisioterapeutas trabalhavam a partir do conceito de criança cidadã, com o objetivo de inseri-las em espaços sociais mais saudáveis e promover diálogos sobre o ECA entre as comunidades, serviços da rede pública e outras instituições. A partir do recebimento de denúncias, verificavam sua procedência através de visitas ou convocando as pessoas envolvidas para, em seguida, estabelecer os encaminhamentos necessários que poderiam ser: atendimento aos familiares e às crianças na unidade, colocação em família substituta ou encaminhamento para outros recursos comunitários (BERTUOL; KINOSHITA; COSTA FILHO, 1997), ações muito próximas ao que hoje concerne ao trabalho do Conselho Tutelar.

Em 1996 foi implantado o segundo CVC para atender a região do centro histórico e morros e em 1998, o terceiro serviço foi implantado na Zona Noroeste de Santos, em conformidade com os preceitos do SUS, descentralizando a atenção, atendendo às demandas específicas de cada território. Nesse período o serviço ampliou seu atendimento para sujeitos com autismo, psicose, queixas na escrita, aprendizagem e na fala, além de contar com o suporte

---

<sup>22</sup> Portaria Nº 111/ 2016 – SEDUC DE 22 DE DEZEMBRO DE 2016. Dispõe sobre diretrizes para o Atendimento Educacional Especializado.

de novas instituições na rede como o Conselho Tutelar e serviços da política de assistência social, diluindo os papéis e demandas. Em 2006, os CVC, que antes pertenciam à Coordenadoria da Criança e do Adolescente, passam a integrar a Coordenação de Saúde Mental, mas somente dez anos depois esses serviços iniciaram um processo de reorganização para serem habilitados pelo Ministério da Saúde como CAPSij, redirecionando demandas e estratégias de cuidado (REGHIN, 2019).

A composição por equipes multidisciplinares, a perspectiva da integralidade do sujeito e responsabilização das demandas territoriais destacam-se como semelhanças entre CAPSij e CVC, além do comprometimento com a desinstitucionalização de crianças vivendo algum tipo de sofrimento mental.

*Diário, 17 de Setembro de 2020*

*Duas vezes nessa semana escutei: “mas no CVC atendia, eu lembro”, disse a gerente de uma UBS - questionando o que poderia “mandar” para nós - e uma técnica do CER, ao pedirmos avaliação de uma criança para este serviço pois não identificamos demanda para a saúde mental. Essas falas trazem um tom de saudosismo como se antes todas as demandas fossem atendidas pelo CVC e agora não existe serviço para os “casos leves”.*

Apesar de o CVC nascer em um contexto de total escassez de serviços e aparelhos do Estado para crianças e seu projeto propor o trabalho a partir de uma lógica desenvolvimentista, não são raros os momentos em que nos deparamos com discurso sobre a falta de um serviço que cuide de *todas* as questões de sofrimento experienciadas por crianças e adolescentes, pois, “*Se não é no CAPSij, nem na UBS, vai pra onde?*”. Concordamos com Lugon (2018) de que a discussão sobre ser ou não ser caso de CAPS é antiga e incômoda pois, “a maneira como os serviços de um determinado território compreendem ‘gravidade’ precisa produzir não fluxos e encaminhamentos, mas permitir a criação de maneiras ousadas de lidar com estas gravidades” (online).

Retornando à construção da rede, com as ações dos CVC direcionadas às crianças de 0 a 12 anos, a implantação de serviços de atenção à população adolescente foi identificada como grande desafio nos anos 90. Nessa época, de acordo com Bertuol, Campos e Silveira (1997), o crack era substância de maior consumo entre essa população e com esta preocupação, as Secretarias de Higiene, – atual Secretaria de Saúde – Secretaria de Educação e o Conselho da

Pessoa com Deficiência (CONDEFI) trabalharam conjuntamente em ações que desenvolviam oficinas de trabalho para habilitação e inserção no mercado.

Acompanhando o movimento de expansão de CAPSij no país, em outubro de 2003 surgem notícias sobre a futura implantação do primeiro serviço de saúde mental para o público adolescente em Santos<sup>23</sup>: nosso objeto-processo, *Tô Ligado*, cuja história será narrada por seus protagonistas na parte III desta pesquisa.

Dificuldades da fala são cuidadas em ambulatório municipalizado com bastante dificuldade pois, nos últimos anos, houve importante redução do quadro de fonoaudiólogas na Secretaria Municipal de Saúde. A rede de atendimentos para a população infantojuvenil também é composta por Centro Especializado em Reabilitação II (CER), cujo funcionamento iniciou em 2019.

Apesar de possuir uma rede de serviços municipalizados no campo da saúde, grande parte do atendimento à população infantojuvenil com deficiência – desde educação a centros de convivência para contraturno escolar – é realizado por organizações filantrópicas de cunho religioso, denunciando a institucionalização dessas crianças e adolescentes e nos fazendo interrogar se há arranjos possíveis para coexistência de lógicas tão divergentes de cuidado compondo a mesma rede de serviços.

### **RAPS em Santos: permanente construção**

Desde sua implantação em 1989, os serviços de saúde mental passaram por poucas mudanças, principalmente no que diz respeito à estrutura, mudanças de endereço e constituição de equipes. Permanece, portanto, ampla cobertura na assistência à saúde mental comunitária: para população adulta são cinco CAPS III – com funcionamento 24 horas, garantindo a utilização de leitos para acolhimento integral – bem distribuídos pelo município; um CAPSad II; um serviço de Reabilitação Psicossocial e três Residências Terapêuticas.

Considerando a alteração dos critérios de implantação CAPSij/habitante para municípios com população acima de 70.000 habitantes e que Santos conta com uma população total de, aproximadamente, 433.000 habitantes (IBGE, 2020) e em 2010, o número aproximado de pessoas de 0 a 19 anos era de, aproximadamente, 98.000 (IBGE, 2010), a cobertura de serviços para o público infantojuvenil em sofrimento psíquico é satisfatória, na medida em que

---

<sup>23</sup> “Santos terá centro de atenção psicossocial para a infância e adolescência.” Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/santos-tera-centro-de-atencao-psicossocial-para-a-infancia-e-adolescencia>. Acesso em: 20 março de 2021.

a rede é composta por três CAPSij, sendo nosso *objeto-processo* nesta pesquisa, o serviço com funcionamento 24 horas e, portanto, retaguarda para o acolhimento de crise de usuários dos outros dois CAPSij.

Cabe sublinhar que este modelo de CAPSij III não é regulamentado pelo Ministério da Saúde, portanto, não consta em nenhum texto legal, normativa ou portaria – e também dificulta a circulação de informações estatísticas a respeito deste – incumbindo seus gestores e trabalhadores a certa inventividade neste híbrido entre CAPS III e CAPSij<sup>24</sup>. Segundo o último relatório da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas sobre a implantação de serviços e estratégias da RAPS, o número de CAPSij habilitados em 2014 era de 201, enquanto o de CAPS III correspondia a 85 (BRASIL, 2015). Entretanto, o número de serviços 24 horas para infância e adolescência não são facilmente acessados, assim como são poucas as produções sobre as experiências no interior deste específico modelo (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; TAÑO; MATSUKURA, 2014). O primeiro CAPSij III do país foi constituído em 2009, no município de São Paulo, e então, somente em 2016 a cidade inaugurou o segundo serviço deste tipo (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2016). Neste espaço de tempo, o número de CAPSij, assim como CAPS III, segundo a organização social Desinstitute (2021)<sup>25</sup> foi o que menos cresceu no Brasil.

Seguindo a composição da RAPS em Santos, a Atenção básica é composta por 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>26</sup> com baixíssima cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e equipes de Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF) – apenas seis equipes NASF, cuja atuação é localizada nas regiões do Centro e Morros; e uma equipe de Consultório na Rua que atende principalmente demandas da região central do município, havendo muita dificuldade em articulações fora desse território e, principalmente, quando a ação envolve o público infantojuvenil, já que, em Santos, a equipe responsável por abordar

---

<sup>24</sup> Respondendo a essa falta no plano das leis, em 2019 a Secretária Municipal de Saúde de São Paulo instituiu uma Portaria para regulamentar os CAPSij III da cidade – documento que balizou nossas discussões sobre o recurso do acolhimento integral no Tô Ligado, que serão apresentadas na parte III desta pesquisa. Disponível em: <https://www.sinesp.org.br/179-saiu-no-doc/8670-portaria-n-342-2019-sms-g-define-e-regulamenta-o-servico-caps-infantojuvenil-ij-iii-com-funcionamento-24h>.

<sup>25</sup> Determinados a suprir a falta de transparência do governo federal em relação à composição da RAPS no Brasil, a organização Desinstitute realizou uma pesquisa e análise de dados sobre serviço, financiamentos e políticas de desinstitucionalização desde o ano de 2001 até os dias de hoje. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1N7PIGsq\\_uWeHf2F-lacbmteAVf6p9UUd/view](https://drive.google.com/file/d/1N7PIGsq_uWeHf2F-lacbmteAVf6p9UUd/view).

<sup>26</sup> Apelidadas em Santos como “Policlínicas” desde 1989, momento em que se propôs alterar sua nomenclatura na tentativa de apagar a imagem desgastada de serviços de saúde pré-SUS e, de fato, abrir-se para a comunidade (VALADÃO, 1997). Não são raras as vezes em que a população não reconhece a sigla UBS quando assim nos referimos ao serviço.

crianças e adolescentes em situação de rua é administrada por uma ONG e pertence à Secretaria de Assistência Social.

A Urgência e Emergência é composta por três Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No momento desta escrita, leitos para retaguarda psiquiátrica foram abertos em um hospital geral localizado na Zona Noroeste da cidade. Uma enfermaria psiquiátrica localizada dentro de um hospital geral gerenciado pelo governo do Estado também compõe essa rede de serviços com abrangência para região da Baixada Santista. Ainda que seja um local que escancare divergências entre textos políticos e prática cotidiana, este recurso é acionado todas as vezes que o acolhimento integral no CAPSij *Tô Ligado* se mostra insuficiente, principalmente devido a sua estrutura física, aspecto que pretende ser abordado mais adiante. Outra instituição que abarca estas incoerências são as comunidades terapêuticas que através de convênio com a PMS dispõe de um certo número de vagas para usuários adultos da RAPS.

A RAPS também conta com a inserção de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista. A inserção de residentes – exclusivamente nos CAPS - é frequentemente avaliada pelo seu efeito positivo no cotidiano do trabalho, a despeito da parceira Universidade-Prefeitura ser composta por linhas frágeis de articulação e comunicação, haja visto que, ao final do ano passado, os serviços foram informados sobre a não continuidade do Programa a partir de 2022.

Cabe neste momento, destacar que os equipamentos da Atenção Psicossocial e da Atenção Básica são geridos pela administração pública municipal, envolvendo no cotidiano dos serviços, entraves relativos à repasse de verbas, aquisição de materiais, reformas estruturais em seus imóveis – em sua maioria alugados, esbarrando, portanto, em certa morosidade diante da necessidade de qualquer reparo. Aqui, nos interessa discutir especialmente de que maneira isso incide no campo da saúde mental infantojuvenil do município de Santos, principalmente em nosso *CAPSij-objeto-processo*.

Articular-se politicamente fora dos muros dos CAPS também compõe o cotidiano das trabalhadoras e trabalhadores da RAPS: a Frente de Luta Antimanicomial da Baixada Santista, composta por usuários, usuárias, familiares, trabalhadoras e trabalhadores de outros campos além da saúde é este exemplo de rede quente e viva, cuja articulação entre sociedade civil e representantes do governo pretende enfrentar os árduos obstáculos impostos à saúde mental da região.

Há também um esforço contínuo em relação à participação dos trabalhadores nos mecanismos de controle social, principalmente no Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD), Conselho Municipal de Saúde (CMS) e CMDCA, em uma tentativa de conciliar agendas dos serviços e assembleias gerais dos conselhos.

No interior dos serviços, o Colegiado Gestor – composto por chefes de seção<sup>27</sup> dos CAPS, CAPSij, serviço de reabilitação psicossocial e Coordenação de Saúde Mental – e o Fórum de Trabalhadores e Trabalhadoras da Saúde Mental de Santos são arranjos institucionais que permitem a circulação dos saberes, troca de experiências e possibilidade de invenção de novas práticas e ferramentas. Uma delas foi a elaboração pelo Colegiado das Diretrizes da RAPS de Santos, documento norteador de nossas práticas nos serviços que reafirma o compromisso com os princípios do SUS, com o cuidado em liberdade nos territórios e pautado na redução de danos, visando à desburocratização do acesso ao cuidado. A partir dos encontros do Fórum de Trabalhadoras e Trabalhadores, estabelecido em 2018, foi possível a discussão sobre modos de realizar o acolhimento inicial nos diferentes CAPS e, partindo disto, foi elaborado coletivamente um novo instrumento para esta função. Outro efeito dos encontros do Fórum de Trabalhadores foi a aproximação entre os trabalhadores dos CAPSij. Embora muitos fossem antigos conhecidos da rede, houve certa expansão do quadro de funcionários públicos que até aquele momento não encontraram possibilidade de trocar experiências e angústias.

No momento desta escrita, o Fórum de Trabalhadores e Trabalhadoras foi interrompido, assim como o Fórum das Trabalhadoras e Trabalhadores da Saúde Mental Infantojuvenil.

### **Precarizar para terceirizar**

*Diário, 2019*

*“Ou a gente defende o SUS ou não existimos. Não temos nada. Só temos isso daqui [a unidade]. Temos que nos fazer necessários. Nossos aliados são os usuários. Temos que justificar a existência de um serviço 24 horas. Por que não ter grupo noturno? A missão desse serviço é abrir espaço para as pessoas que não tem como estar aqui no período comercial. Fazer uma produção visível de nossas ações. Nossa consciência de não-projeto pode provocar reações violentas também. Temos que saber dirigir isso para alguma potência. Temos salas*

---

<sup>27</sup> Assim são chamados os gestores dos serviços na PMS.

*interditadas. Estamos sem sala, vamos pra rua?” (supervisora clínico-institucional)*

Destacamos anteriormente o avanço neoliberal do desmantelamento do SUS, principalmente da Reforma circunscrita ao plano federal. Este trecho do diário revela que em 2019 já nos preocupava uma ameaça real no plano micropolítico municipal, a partir de sucessivas parcerias estabelecidas entre administração municipal e organizações sociais (OS) na gestão das UPAs e Ambulatório de Especialidades (AMBESP). Mais do que “*estar atento e forte*”, foi preciso articulação entre movimentos sociais de nosso território pois a promessa da nova gestão municipal em 2021 é a terceirização da Saúde Mental.

No campo da infância e adolescência, parcerias entre familiares de sujeitos com autismo, prefeitura e OS concretizaram a inauguração de um novo serviço para atendimento às pessoas com autismo<sup>28</sup>. Uma casa imponente, alguns profissionais contratados, outros vindo de outros serviços da Prefeitura, todos foram capacitados para atuar na perspectiva do método ABA<sup>29</sup>, cercados de novos equipamentos que materializam e sustentam uma promessa de melhor qualidade no atendimento *focado e especializado* para o sujeito com autismo. Neste momento, o espaço do Fórum de Trabalhadores foi palco de discussões acaloradas sobre o lugar do sujeito com autismo no CAPSij e qual nosso posicionamento diante deste novo cenário: como estabelecer relações com um serviço que na perspectiva de muitos trabalhadores representa o retrocesso e o retorno a práticas de asilo, na medida em que restringia o cuidado a determinado ambiente? Recorro a algumas anotações sobre este fórum e encontro falas de três diferentes trabalhadoras:

*Diário, Setembro de 2020*

- “*Manter no CAPS não é necessariamente uma qualificação no atendimento, (...) me sinto perdida. Autista vem, fica correndo pela casa e a gente correndo atras dele. Volto pra casa pensando o que eu fiz com ele.*” (trabalhadora do Tô Ligado)

---

<sup>28</sup> Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/clinica-escola-do-autista-em-santos-sera-aberta-em-agosto>. Acesso em: 10 de novembro de 2020.

<sup>29</sup> Abreviação para *Applied Behavior Analysis*, também chamada como Análise do Comportamento Aplicada. Diz respeito a um conjunto de técnicas utilizadas no tratamento para pessoas com autismo.

- *“Temos que aceitar que esse serviço já vai começar a funcionar e dialogar com ele!” (trabalhadora de CAPSij II)*

- *“Fica na sala casa azul, com parede azul, sala azul, o mundo azul e esquece que no mundo real, onde eles têm que estar, existe uma porção de outras cores!” (trabalhadora do Tô Ligado)*

A partir delas percebe-se que a proposta de um serviço específico para crianças e adolescentes com autismo se encontra com a sensação de despreparo técnico para responder a esta demanda, o que poderia ser abrandada pelo investimento e execução de políticas de educação permanente para os serviços de saúde mental. Entretanto, foi escolha pessoal das trabalhadoras e trabalhadores do *Tô Ligado* pactuar momentos semanais de estudo durante a reunião geral, quando toda equipe está presente. A supervisão clínica-institucional, outro dispositivo de educação permanente, é uma realidade somente no CAPSij *Tô Ligado* desde 2017, configurando um arranjo institucional entre PMS e Universidade, ainda que potente, exposto a fragilidades burocráticas. Elia (2015) sugere que a supervisão é função estrutural do CAPS, para haver equipe, necessita haver um supervisor que “a faz lembrar que não é autossuficiente, não é autogestora nem autogerida, não é autônoma, não é plena, não se basta. [...] Ele presentifica dentro do CAPS, o fora do CAPS, o território, o olhar para o mundo.” (p. 255).

Entretanto, trocas de experiência, diálogos com profissionais de outros municípios e Estados estão ligados à articulação pessoal de cada trabalhador, visto que não há no município política instituída de educação permanente em saúde que alcance os trabalhadores da saúde mental. Uma das profissionais entrevistadas sugere:

*“(...)Só dois CAPS foram habilitados(...)da infância. (...) a gente precisa habilitar como CAPS pra ter dinheiro para o município não precisar ficar bancando isso, e nunca fizeram e aí foram fazendo as coisas de uma forma muito atrapalhada e os trabalhadores – que já estão acostumados com gestão política que entra e sai - (...) se fecham e se protegem, né?”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2017)*

Neste ponto, cabe referir um determinante que atravessa o cotidiano, práticas de gestão e políticas de financiamento: O *Tô Ligado* não é um serviço habilitado enquanto CAPSij,

portanto, não somente segue com sua antiga nomenclatura em documentos oficiais do município, SECERPA, – e em pequenos detalhes do cotidiano como o carimbo da unidade – como não recebe investimento financeiro do Ministério da Saúde.

A política de financiamento, no âmbito municipal, é realizada a partir de dois instrumentos: memorandos ou ofícios enviados por e-mail para coordenação de saúde mental, em que são solicitados materiais ou serviços sem, entretanto, a garantia de imediato atendimento; ou através de documento nomeado “folhas de produção”, onde cada trabalhador assinala suas práticas diárias dentro e fora do serviço como atendimentos grupais, individuais, visitas domiciliares, práticas integrativas e tantas outras modalidades que variam a depender da categoria profissional. São diversas as fragilidades e incoerências neste documento cujo objetivo, além de justificar recursos, pretende contabilizar de maneira objetiva práticas que não o são, mas consistem de muitas ações intrínsecas e imensuráveis, como observa Reghin (2019), cujo estudo ocorreu em outro CAPSij de Santos. Como contabilizar o atendimento de um adolescente que terminou na cozinha do *Tô Ligado*, mas percorreu outras tantas trajetórias? Desde planejarmos o que almoçar até “enfrentar” o público na feira livre, escolher os ingredientes, cozinhar e, finalmente, compartilhar o alimento com outros adolescentes e profissionais. Como contabilizamos cada itinerário? E mais, qual o valor atribuído a cada um deles? Ao assinalar o simples “atendimento individual” parece que anulamos todas as outras ações e empobrecemos cada caminho percorrido.

*“Eles foram habilitados porque tinham estrutura e equipe. Eles são CAPS II, né? O nosso não tem como ser habilitado por causa do número de leitos e da estrutura da casa. Equipe a gente até tem, uma equipe mínima, mas a gente não tem números de leitos...a gente tem que ter pelo menos oito leitos e outra estrutura. Aquele sobrado, não tem como ser um CAPS III.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2017)*

Compreendemos e enfrentamos as fragilidades deste projeto de sucateamento do SUS todos os dias: os brinquedos, as tintas, os livros, as oficinas de culinária, o carro para visitas domiciliares e tantos outros materiais e recursos que utilizamos para a sustentação de projetos terapêuticos singulares (PTS) dentro e fora dos muros do *Tô Ligado* – e, neste aspecto, sabemos que esta questão não se restringe somente ao nosso serviço – se concretizam tão mais devido a agenciamentos coletivos entre trabalhadoras e trabalhadores, as conhecidas *vaquinhas*, do que por desdobramentos e ações políticas da gestão municipal.

Afinal, podemos afirmar qual foi o lugar ético-político ocupado por Santos no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira: a negação do manicômio e de práticas manicomiais a partir da construção de um projeto político que sustentou o direito à cidadania e à desinstitucionalização de todos os sujeitos em sofrimento psíquico. Contudo, talvez não tenhamos a certeza de qual caminho ético-político estamos seguindo nesse momento da história de “Contrarreforma” e grandes desafios.

Um colega da saúde mental infantojuvenil de São Paulo nos deixa uma pista em tom de pedido durante um encontro entre equipes: *“Vocês estão onde tudo começou: redução de danos, reforma psiquiátrica...honrem a ancestralidade de vocês!”*. Ao que parece, já é hora de tomarmos essa embarcação e, uma vez mais, remar contra a maré.

**PARTE III**  
**CONSTITUIR-SE CAPSij III**

*Seja lá como for, fico imaginando uma porção de garotinhos brincando de alguma coisa num baita campo de centeio e tudo. Milhares de garotinhos, e ninguém por perto — quer dizer, ninguém grande — a não ser eu. E eu fico na beirada de um precipício maluco. Sabe o quê que eu tenho de fazer? Tenho que agarrar todo mundo que vai cair no abismo. Quer dizer, se um deles começar a correr sem olhar onde está indo, eu tenho que aparecer de algum canto e agarrar o garoto. Só isso que eu ia fazer o dia todo. Ia ser só o apanhador no campo de centeio e tudo. Sei que é maluquice, mas é a única coisa que eu queria fazer. Sei que é maluquice.<sup>30</sup>*

---

<sup>30</sup> SALINGER, J.D. **O apanhador no campo de centeio**. Editora do Autor, 1999.

### Constituindo um ambulatório para adolescentes

Dia 19 de julho de 2021, através de uma plataforma on-line, encontrei com três ex-trabalhadoras do *Tô Ligado*: uma psicóloga, que trabalhou no serviço de 2005 à 2010 e atualmente trabalha no sistema judiciário, onde, vez ou outra, nos encontramos compartilhando o cuidado de famílias que estão entre setores; uma acompanhante terapêutica recentemente aposentada que esteve desde 2004 na escrita inicial do projeto que criaria o serviço e uma assistente social também aposentada, com quem compartilhei seus últimos dois anos no *Tô Ligado*. Esse momento, para elas, teve ares de um esperado reencontro entre amigas, localizou e articulou lembranças de um passado comum. Era uma segunda-feira à noite e por duas horas, estivemos disponíveis – coloco-me nessa roda também, de maneira ativa - a compartilhar memórias individuais e coletivas sobre os traçados iniciais do serviço, quando ele ainda era um projeto.

Durante a conversa, uma das participantes encontrou em seu arquivo pessoal diversos documentos sobre o projeto *Tô Ligado*, os quais, posteriormente, foram disponibilizados para mim. Eram esboços sobre o Projeto, organogramas, metodologias de trabalho, fluxos, etc. Estes documentos já indicavam o objetivo de trabalhar através da lógica do território e em conjunto com a rede ampliada, recomendando que a escola e UBS sejam espaços de suporte comunitário, encaminhando para o “CAPS para adolescentes” – como está citado – somente casos de “*esquizofrenia, fases maníacas, depressões psicóticas, anorexias e bulimias, TOC, uso de substâncias*”. A necessidade de supervisão da Atenção Básica pela equipe de saúde mental foi descrita em todos esses rascunhos do projeto.

No ano de 2003, a AT foi convidada pela coordenação de Saúde Mental para participar da escrita do projeto que deveria ter sido nomeado “Centro de Referência do Adolescente” (CRA), devido à lacuna existente no atendimento psicossocial de adolescentes do município. Segundo a trabalhadora, alguns profissionais que se reuniram para a escrita do projeto eram de outras secretarias que não somente da saúde, mas assistência social e cultura, formando uma proposta interinstitucional, ainda que vinculada à coordenação de Saúde Mental. Oficialmente nomeou-se o projeto de SECERPA, mas fora apelidado e reconhecido pela comunidade e rede de serviços – houve dúvida em relação a quem propôs esse nome – como *Tô Ligado*, devido à gíria e um rap da época: “*Tô ligado, é nós na fita*”.

*“Foi elaborado o projeto e nesse meio tempo mudou a coordenadora. Até então todo trabalho era feito acompanhando os adolescentes nas UBS, alguns grupos. A gente começou*

*a atender na [rua] José Ricardo. Primeiro endereço físico. Quando eles conseguem o espaço físico pra gente em 2004, sai a portaria instituindo o Tô Ligado, que não existia ainda”.*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, AT)*

Os territórios das UBS Embaré, Valongo, Alemoa e Rádio Clube foram os escolhidos para esta intervenção inicial da equipe do *Tô Ligado*. Sobre esse trabalho na Atenção Básica, as trabalhadoras contaram que a ideia inicial era de atender situações de menor agravo através de grupos de familiares e adolescentes nas UBS e os adolescentes em maior sofrimento seriam atendidos em um futuro espaço físico. Definiram essa gênese do serviço como a união da política de saúde mental e da política de saúde do adolescente, com uma proposta de prevenção, principalmente.

*“Era uma perspectiva de saúde do adolescente, não exatamente de saúde mental, essa coisa do diagnóstico, era um enfoque preventivo. (...) A ideia era que a gente conseguisse fortalecer essa ideia pra Secretaria de Saúde implantar em todas as UBS esse trabalho de saúde do adolescente.”*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, psicóloga)*

A partir da mudança para o espaço físico, recordado por sua precariedade – comparado a uma garagem, dividida por madeirites onde se formavam pequenas salas para atendimentos com pouca privacidade – e o aumento na demanda de trabalho, devido aos inúmeros encaminhamentos vindos das escolas e outros pontos da rede, esse trabalho de grupos na Atenção Básica permaneceu cada vez mais reduzido até seu encerramento, retornando com o matriciamento apenas em 2018.

*“(...) na prática, acabávamos atendendo os que teoricamente deveriam estar nas UBS. (...) com mais demanda, mais volume de trabalho era difícil estar nas unidades básicas, então a gente acabava abraçando tudo. Quando começou a aumentar muito o volume de casos a gente ficou preocupado, né? (...) O espaço é adequado pra isso? A gente tem equipe suficiente pra isso? E a conversa com a Secretaria já não era mais como no passado.”*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, assistente social)*

Com o mandato de ser um lugar de cuidado em saúde mental para adolescentes, a equipe, formada principalmente por psicólogas e psiquiatras, ofertava atendimentos em grupos, individuais e consultas médicas. Somaram-se uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma técnica de enfermagem – que permanecia no espaço da recepção, somente. A porta era

aberta, ou seja, todos os dias havia um profissional de plantão para receber o adolescente ou sua família durante todos os períodos da semana, incluindo o profissional médico, também escalado para o plantão. Embora todas tenham dito, de uma maneira ou de outra, que aquele serviço não tinha uma “cara” de CAPS, – apesar do desejo da coordenação de que assim se transformasse – citam modos de organização do trabalho e estratégias de cuidado que se avizinham com o de um: a porta aberta, a proposta de grupos nas UBS, a oferta, ainda que improvisada, de acolhimento diurno ou hospitalidade diurna (HD), recurso em que usuárias e usuários permanecem determinado período do dia no espaço do CAPS com o objetivo de manejar situações de crise, rupturas comunitárias ou familiares, cabendo à equipe ações para retomar e redimensionar tais relações (BRASIL, 2013).

*“Era um HD muito informal, era um volume menor do que hoje é o HD do Tô Ligado e era uma coisa mais informal, baseada na boa vontade das pessoas. As pessoas se propunham ‘olha, até tal hora, deixa ele comigo’, outro falava ‘tal hora eu vou fazer um grupo, eu fico’. E quanto mais gente ia ficando, mais tempo ele podia estar lá. (...) acho que isso ajudou muito a constituir a cara desse serviço, de qualquer forma, eu acho que a coisa tem que ir se reestruturando de um outro jeito pra poder sobreviver.”*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, assistente social)*

Durante um longo tempo de conversa, as trabalhadoras recordaram a história de um adolescente com o diagnóstico de esquizofrenia, cujo acompanhamento foi iniciado após sua saída de uma internação psiquiátrica, devido a diversas tentativas de suicídio. Sua proposta de cuidado, além de introduzir à equipe situações que exigiam o manejo de crise, possibilitou a aproximação do serviço de saúde mental e Secretaria de Educação, segundo elas, de maneira bastante artesanal.

*“A gente queria (...) a retomada da escolarização de alguns adolescentes, mas era muito difícil porque havia um preconceito enorme da educação, quando os meninos tinham algum diagnóstico psiquiátrico, (...) eles usavam nossos encaminhamentos pra dizer: ‘olha, é paciente psiquiátrico, não dá pra estar aqui na escola’. Ai a gente começou um trabalho com a SEDUC pra pensar como a gente ia fazer a inclusão desses nossos adolescentes na escola.”*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, psicóloga)*

Esses encontros com a escola, rememorados em nossa roda, possibilitaram a contratação de professor auxiliar de classe para este adolescente – seguido de sua conclusão do Ensino

Médio - e outros que vivenciavam o mesmo processo de exclusão dentro das escolas. Além deste movimento, as internações em hospitais psiquiátricos foram evitadas a partir da oferta de leito noturno em um dos CAPS III de Santos.

*“A gente conseguiu propor junto com a coordenação de saúde mental de ele ficar no NAPS II e nós atendíamos. O psiquiatra de referência dele foi no NAPS atender, a gente foi (...) e continuou como referência dele. (...) a gente chegou a ter algumas internações assim, de fazer o acolhimento no NAPS, só que a gente não queria perder a referência do atendimento, então a gente mantinha o acompanhamento.”*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, psicóloga)*

Já em seu endereço atual, as trabalhadoras reconhecem que o ano de 2012 foi o período mais difícil para o serviço, quando, devido a um termo de ajustamento de conduta (TAC) do Ministério Público, foi determinado que o município ofertasse um serviço para o atendimento à população adolescente com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ainda que a equipe já cuidasse desta demanda, se posicionaram de maneira contrária para ser o único serviço do município a ofertar esse cuidado. Essa discordância entre equipe e coordenação levou à retirada da gestora, na época, nossa participante acompanhante terapêutica.

*“A ideia sempre foi matricular o atendimento específico para dependentes químicos. A gente atendia pessoas que faziam uso, que não era um uso indiscriminado. Nessa época a ideia era fazer o atendimento matriciado no SENAT. Foi o grande rolo, a minha saída no Tô Ligado foi por conta diss. Na nossa cabeça era “qual seria a questão principal: o uso de álcool e drogas ou se outra questão?”. O CAPS adulto não atende dependente químico enquanto tá fazendo um uso exacerbado, é o SENAT que faz. Tinha que ser feito lá, matriciado pela nossa equipe.”*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, acompanhante terapêutica)*

O desejo da equipe de “*matricular o atendimento específico para dependentes químicos*” refere-se ao matriciamento ou apoio matricial: arranjo organizacional proposto por Campos (1999) que diz respeito à retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico (CAMPOS; DOMITT, 2007) às equipes de referência de serviços de saúde, responsáveis pelo cuidado de determinada população em um dado território. Trata-se de uma atitude de corresponsabilização entre uma equipe de profissionais *especialistas* que ofertam o apoio matricial à equipe que se responsabiliza de maneira longitudinal pelo caso comunitário, familiar ou individual. Esse

apoio pode ocorrer de maneira direta, através de atendimentos e intervenções em conjunto com a equipe de referência ou por meio de discussões de casos. Altera-se, portanto, o conceito tradicional de referência e contra-referência, pois o sujeito não deixa de ser usuário de sua equipe de referência territorial por se utilizar do serviço matricial. Ou seja, aposta-se em projetos terapêuticos desenhados e executados por um coletivo amplo de trabalhadores, em que a equipe de referência seja a responsável principal pela condução do caso (CAMPOS, 1999).

Na fala acima, entretanto, a equipe do *Tô Ligado* compreendia que o SENAT (CAPS ad), enquanto serviço especializado, deveria permanecer como equipe de referência para os adolescentes em uso de substância. Esse tipo de pensamento é comum quando se fala na oferta de cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de SPA e o imaginário social, que sustenta a ideia de que o cuidado para esses sujeitos se baseia em uma prática da especialidade – tema que também surge em muitas falas nas entrevistas produzidas nessa pesquisa. Santos e Yasui (2016) trazem essa discussão sobre o CAPS ad ser *locus* e estratégia, para além de centro do cuidado e questionam a distância e diferenciação que se faz dentro do campo do sofrimento psíquico entre depressões e compulsões, do uso de substância.

*“Não tinha essa cara de CAPS (...). A gente não queria que se tornasse um serviço só de referência pra uso de substância. E a gente não tinha aquela estrutura de funcionar pra dar um acolhimento 24 horas, em situações de abstinência, enfim. Não era uma equipe estruturada pra atender em modelo CAPS no início.”*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, psicóloga)*

Apesar dessa posição contrária, após a saída da antiga gestora, a partir de 2013, de acordo com as trabalhadoras, o *Tô Ligado* passou a ser o serviço do município responsável pelo cuidado de adolescentes com demandas devido ao uso de álcool e outras drogas. Ainda assim, disseram de uma percepção de pouca mudança, como se ainda não fossem o serviço que se pretendia, nas palavras delas, “especializado”.

*“Quando oficialmente virou um CAPS ad, ainda demorou pra funcionar como tal, porque os casos chegavam de forma pingada. (...) a sensação que a gente tinha é que não tinha mudado muita coisa, né? A gente sempre atendeu adolescentes que faziam uso complicado de drogas. (...) nosso foco era o adolescente com tudo que ele trazia de demandas. Estávamos abertos para esse tipo de demanda, mas os casos mais graves que chegavam tinham muita dificuldade de adesão. Isso só mudou quando começou a funcionar*

*24 horas, porque aqueles que precisavam de acolhimento podiam ficar internados. Isso realmente mudou a característica do serviço.”*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, assistente social)*

A assistente social, única profissional que permaneceu após essa transição para CAPS adij, também lembrou o sentimento de pressão vivido pela equipe, em relação aos casos de agravo que começaram a chegar: ainda sem a organização do funcionamento noturno, diante de uma situação emergencial em 2017, em que a família de uma adolescente não poderia permanecer com ela em sua casa, alguns membros da equipe se disponibilizaram para pernoitar no serviço. Após esse episódio, foi proposta a organização para o funcionamento 24 horas, já com uma nova chefia, momento que foi compreendido pela equipe como um corte abrupto no cotidiano, sem tempo para elaborações.

*“Existia o que a gente fazia (...) e existia o que se esperava daquele serviço e a coisa nunca acontecia de fato. Os recursos não chegavam. Foi um período como se a gente estivesse numa crise de identidade. (...) Tem um momento que é publicado no Diário Oficial que a gente se tornou oficialmente um CAPS. (...) o administrativo (...) que mostrou essa publicação para a equipe. (...) a gente já sabia que era essa expectativa (...), mas quando sai essa publicação sem nenhuma conversa prévia, isso deixou todo mundo muito mal. Como assim, ninguém falou com a gente?”*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, assistente social)*

A trabalhadora seguiu contando sobre essa passagem abrupta de um serviço para outro e seus impactos quanti e qualitativos para o trabalho: a chegada das crianças, complexidade dos casos que adentravam o serviço, a necessidade de uso de leitos noturnos e como aquela maneira, inicialmente artesanal de construir o trabalho já não era suficiente para esse modelo pois, para além da mudança oficial, no papel, fazia-se necessário o investimento na concretude do serviço.

*“Algumas coisas que a gente fazia de forma mais espontânea e informal, na base da boa vontade, já não dava conta. Eu acho que é um processo natural, o serviço foi crescendo, as demandas aumentando e se tornando mais complexas. Quando eu sai, a minha sensação é de que sempre tinha muita coisa pra fazer e que eu não estava dando conta. Acho que é um grande desafio: formalizar algumas práticas e processos de trabalho. Acho que não estou encontrando as palavras certas...”*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, assistente social)*

Não importava se as palavras eram certas ou não, mas que elas estivessem ali presentes. Ainda assim, outros entrevistados reiteraram esse sentimento de crise de identidade, raiva, negação para atravessar um momento de inventividade em um novo campo de trabalho: o da Atenção Psicossocial. Apesar de trabalharmos em épocas e modelos de serviços distintos, compartilhamos a impressão de termos vivido, em momentos diferentes, certas experiências de um trauma coletivo dentro da equipe, razão pela qual atribuímos a construção de um laço importante entre esses trabalhadores da saúde. Parece que, ao final, encontramos algo do comum nesta equipe, apesar de diferentes tempos.

*“Acho que isso é muito legal do Tô Ligado. Essa coisa de...de união mesmo, de tá junto, de lutar por um serviço melhor, de lutar por tudo, gente...pra que venha a verba, pra que a chefia fique, eu acho que essa é uma característica bem forte do Tô Ligado. Olha o nome, gente: Tô Ligado!*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, psicóloga)*

Com um pouco mais de conversa, aquelas palavras que a assistente social dizia não encontrar, apareceram e neste momento todas pararam para apreciá-las:

*“É como se o Tô Ligado fosse uma criança, que se tornou adolescente e que, hoje, está na fase adulta, né? E na maturidade está tendo que lidar com coisas mais difíceis, mais pesadas. E o desafio de amadurecer bem é não perder sua ternura e sua leveza. É um grande desafio, né?”*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, assistente social)*

Esse grande desafio, amadurecer sem perder a ternura, o momento seguinte de passagem à CAPS adj – como passou a ser chamado oficialmente, ainda que não exista essa modalidade regulamentada em Portarias – pretende ser narrado a seguir. Terminamos a roda de conversa com o relógio avançando para às 21 horas e uma proposta de organização:

*“Quantos anos o Tô Ligado tem? Vamos fazer uma festa! Juntar todo mundo...”*

*(ex-trabalhadora psicóloga do Tô Ligado)*

### **Somos um CAPS adij. E agora?**

*“[o município] não institui políticas públicas pra infância em Santos há muitos anos. O MP começa a perceber que tem os CVC, mas não tinha o serviço que cuidasse do uso de substâncias, esses casos eram todos judicializados. (...) se nós não tivéssemos constituído um CAPS 24h, essa molecava estava toda em comunidade terapêutica ou na Fundação Casa, embora ainda acho que a gente não atende ninguém, (...) o menor índice de cuidado que a gente faz é pra uso de substância. Dá pra contar nos dedos.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2017)*

Todos os profissionais mencionaram os diversos TACs, em algum momento das entrevistas. Em 2012 foi determinado que se constituísse um serviço para o cuidado de adolescentes com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o que se concretizou, como vimos, em 2013. Constituir naquele espaço, que já atendia adolescentes, um CAPS adij, – que, na realidade, levou esse nome, mas ainda não era aberto a receber crianças – foi estratégico para que o município cumprisse este TAC, ainda que a revelia de seus trabalhadores. Muitos falaram sobre a angústia de terem que, sozinhos, buscar por formação, estudos sobre este novo campo; outros questionaram a constituição de um serviço que cuide de transtornos mentais e também de abuso de substâncias; mas todos, sem exceção, disseram de um movimento abrupto, verticalizado e sem abertura do poder público para o diálogo com os trabalhadores.

*“A transição pra AD não foi uma coisa tranquila, a gente teve que correr atrás por conta própria de se informar, do dia pra noite, você é adij. (...) isso assustou, ter que correr atrás por conta própria, falaram: ‘ah, tem o curso do SUPERA’, né? Mas a gente teve que fazer por conta própria. Depois disso foi vindo de tudo...”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2010)*

*“E qual é também a diretriz pra isso, o que que nós vamos fazer aqui, qual é o direcionamento? (...) Recebendo pessoas com o uso de substâncias, quem vai ser nossa retaguarda, se vamos fazer internações? (...) quem vai dar esse apoio pra gente? (...) como nunca tinha uma resposta aos questionamentos técnicos e eles não sabiam direito como colocar isso aqui, colocou-se e tenham criatividade para fazer os atendimentos, eu ouvi isso de muitas pessoas: tenham criatividade.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2009)*

Vemos, novamente, no discurso de trabalhadores a necessidade por uma formação específica para cuidar de sujeitos em uso problemático de substâncias. Não estamos negando, com isso, a importância de espaços de educação permanente, formação ou capacitação. Entretanto, sinalizamos para que a demanda por um saber *sobre* as drogas se sobreponha e nos afaste do que há de mais interessante na Atenção Psicossocial: o saber *com* o sujeito. Santos e Yasui (2016) em suas reflexões sobre agenciamentos do CAPS ad questionam se a sua criação seria reforçadora desta prática baseada na especificidade.

*Diário, 30 de janeiro de 2020*

*Apoio matricial. Para eles, parece que o único PTS possível é ficar no CAPS ou na comunidade terapêutica. “Deveria ter um CAPS só para drogado. Não dá pra juntar os deprimidos com quem tem outro problema mais grave, porque, aí, o profissional especializado vai focar naquele problema específico da droga.” (enfermeira da UBS).*

Durante as entrevistas com as famílias e os adolescentes, muitos se aproximaram do tema das drogas ao se referirem às principais mudanças que haviam percebido no serviço. Posicionamentos mais enrijecidos, que de certa maneira, também dialogam com uma parte dos trabalhadores entrevistados.

*“No começo era muito bom, depois foi mudando, mudando (...). Deveria ser separado, criança que usa droga, que vem por processo (...). Daqui a pouco comecei a ver a criança que roubou (...). Aí tem um que fuma, outro que cheira, usa crack (...). Hoje não recomendaria [O CAPS], a gente tem que ter um 100 % bom.”*

*(mãe de um jovem usuário do Tô Ligado)*

*“(...) às vezes ele não gostava do grupo que era formado, (...) ele reclamava muito pra mim que as crianças que participavam eram muito rebeldes, (...) muito maloqueira, os meninos não tinham modos, falavam muito palavrão, sabe? (...) ele falava que não gostava muito do comportamento (...). Achava que era meio forte, meio agressivo.*

*(mãe de um adolescente usuário do Tô Ligado)*

Um adolescente entrevistado sugeriu que a dinâmica do *Tô Ligado* fosse dividida entre horários que sejam frequentados por pessoas com problemas mais graves e outros horários para

pessoas com problemas “menos graves”. Essa proposta, junto ao discurso das famílias e trabalhadoras nos apontam para a questão levantada por Santos e Yasui (2016) sobre a possibilidade de um lugar exclusivo de tratamento para o *drogado*, reforçar o imaginário social sobre este ser um sujeito perigoso e que deve, portanto, estar bem longe de nós. Afinal, “não seriam apenas os perigos iminentes associados ao objeto-droga que permitem isola-la de uma série de problemáticas presentes de forma intensa no contexto social atual?” (p. 83).

Até 2017, o cuidado para crianças e adolescentes com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas não era territorializado, ou seja, todos esses sujeitos moradores do município de Santos eram encaminhados apenas para o *Tô Ligado*, ignorando seus locais de moradia, de estudo, enfim, seu território existencial. Isso dificultava não apenas o acesso ao serviço, mas o acompanhamento próximo que se faz necessário em situações tão complexas como estas. O já mencionado Fórum de Trabalhadoras e trabalhadores da saúde mental ocupou um papel fundamental neste tema: a partir de seus encontros foi possível a repactuação sobre a responsabilidade de todos os CAPS infantojuvenis em relação às demandas de uso de álcool e drogas presentes em seus territórios.

*“(...)aproveitando que o AD estava discutindo isso com os CAPS adultos, a gente começou a levar isso. Lembro no começo: ‘Olha, mas ele usa droga, usa álcool, fuma maconha...’. Até pedi pra uma profissional nossa ir lá orientar, mas nunca foi, né? Isso foi construído e meio que imposto no colegiado para os outros atenderem. Tinha CAPSij que não fazia nem ficha se chegasse e falasse que fumava maconha.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2017)*

### **Somos um CAPS 24 horas, um CAPS-acontecendo**

Chegamos ao ano de 2017, quando a equipe é noticiada sobre *ser* um CAPS III. Ainda que fossem poucos os casos de agravo, durante as entrevistas, as trabalhadoras/os trabalhadores falaram sobre este momento em que, diante de novas situações de crise, as respostas ofertadas não eram mais suficientes:

*“(...) a M. chegou aqui com quinze anos, ela parou de comer, ficava em casa (...). (...) já estava num quadro avançado. Na época não tinha internação, então ela passava o dia aqui e final da tarde a gente a levava pro NAPS e pernoitava lá, (...) de manhã o carro ia buscar.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2013)*

*“(...) e voltavam pior...porque lá [CAPS adulto] eles não conseguiam lidar com a demanda de adolescente, então elas voltavam muito pior. Foi um momento de transição que se pensou que esse serviço se tornasse 24 horas, (...) porque lá elas ficavam amarradas, contidas a noite inteira, elas chegavam aqui muito piores. Quando as duas passaram a ficar 24 horas aqui elas melhoraram, o cuidado era nosso...foi muito importante isso.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2010)*

A principal característica, expressa por todos os profissionais, sobre o início do funcionamento 24 horas, foi o descuido e falta de diálogo com o Poder público, assim como durante a transição para atendimento dos sujeitos em uso de substâncias. No momento em que se deu esse processo, o profissional administrativo estava de férias e, sem ninguém para realizar os tramites burocráticos, os trabalhadores ingressantes do período noturno foram prejudicados permanecendo três meses sem receber o salário. Outras trabalhadoras compartilharam suas memórias:

*“(...) o município assinou o TAC com o MP para até abril de 2017 a SECERPA se tornar adij, por isso que em 2017 quando ele se torna CAPS adij 24 horas, ele não é territorializado, porque ele era pra cobertura do município inteiro. A coisa foi feita a toque de caixa, de qualquer jeito só pra cumprir o termo. (...) quando foi definido, o então chefe comprou dois chuveiros e instalou, foi assim. Puseram duas camas, chuveiro e tá aqui 24 horas e um técnico de enfermagem.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2017)*

*“Eu lembro de ter chegado aqui e a [técnica de enfermagem] falar: ‘é, foi isso, tive que dormir aqui essa noite’.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2016)*

*“Na época quiseram que eu fizesse uma capacitação, mas eu falei ‘capacitação só se eu entrar de novo na residência médica pra psiquiatria infantil’(...). Eles te obrigam a fazer uma coisa, dizem que vão te capacitar. (...) Quatro horas de conversa com um médico há não sei quantos km de distância por vídeo? Isso é capacitação? (...) Ninguém estava preparado pra isso.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2009)*

Alguns trabalhadores falaram mais sobre a composição da equipe, bem como sua dinâmica anterior, outros se atentaram às rotinas do serviço:

*“Era muito mais tranquilo trabalhar aqui antes, né? Desde a questão de horário de trabalho, até questão de tensão das demandas. (...) essa mudança levou a ter que estar mais presente de várias formas, de ter que assumir essas dificuldades, (...) a gente tinha dificuldade de construção da equipe, (...) tinha dificuldades de mudanças na maneira de trabalhar, nas rotinas de trabalho, (...) a impressão é que era mais uma questão de comodidade. Essas exigências são muito intensas e às vezes as pessoas não querem.”*

*(trabalhador do Tô Ligado desde 2014)*

*“As pessoas já estavam habituadas a fazer seus horários, (...) entravam e saíam nos horários que queriam e não se submetiam a nenhum tipo de outra negociação. (...) chegavam às 09h e iam embora às 11h, (...) chegavam às 13h, 13h30 e iam embora às 16h. Então não existia, o CAPS ficava aberto das 7h da manhã as 19h da noite só com enfermagem, quer dizer, nem com enfermagem, porque a gente tinha um técnico da enfermagem por plantão, a enfermeira ficava meio período apenas. E esse foi o começo.”*

*(trabalhador do Tô Ligado desde 2017)*

*“(...) lembro que foi muito esquisito chegar num espaço que eram delimitados os papéis, (...) tinha lista de espera para os atendimentos psicológicos, (...) perguntaram pra mim: ‘você vai entrar nesse papel?’, (...) e eu fui entendendo que (...) precisava de referência, fui tentando entender um pouco o meu lugar, (...) o serviço social atendia mais as famílias, os papéis eram mais delimitados (...).”*

*(trabalhador do Tô Ligado desde 2016)*

*“(...) tem uma resistência que foi criada no momento e no processo de transformação daquela unidade ambulatorial pra uma unidade CAPS. Foi um processo sem planejamento, um processo sem cuidado. (...) a rede da infância de santos da saúde mental, (...) não foi (...) construída com os trabalhadores, nem com os usuários. Não tem um plano estratégico, não houve um plano de trabalho.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2017)*

Para além das questões trazidas no âmbito individual, de cada trabalhador na relação com a sua prática, nas memórias sobre a dinâmica do serviço, um notório funcionamento

ambulatorial foi descrito: as “triagens” aconteciam em horários agendados e eram feitas por enfermeiras ou assistentes sociais; o psicólogo fazia psicoterapia e o médico atendia em consultas individuais. As grades de atividades eram fixas e o sujeito deveria se adequar a elas, ou não. Salas de espera lotadas e cada profissional fazendo seus atendimentos, sem compartilhar com outros.

*“antes quem fazia o plantão era enfermeira e assistente social, faziam todos os plantões. Aí colocava naquele livro: abuso, é com a X, menina de 12 a 14, depressão, era mais direcionado os grupos.*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2013)*

*“Tinha uma coisa de ver quem tinha disponibilidade, né, naquele momento, de poder acolher, tinha a coisa de se identificar, então: ‘fulano gosta de atender caso tal’. Tinham os grupos e via onde encaixava.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2016)*

*“Eles vinham pro horário específico do atendimento ou do grupo, tinha duração de uma hora, fazia o grupinho, (...) depois descia, fazia o lanche e eles eram liberados. Não tinham tanto acesso quanto tem hoje, realmente, isso de entrar, ir pra cozinha (...).”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2013)*

*“(...) o acolhimento era três vezes por semana: a enfermeira ficava de manhã, a tarde eram as assistentes sociais. Quando alguma não estava era difícil. (...) Os atendimentos médicos também, antes eram horários muito juntos, quinze pessoas na sala de espera. (...) naquela época virava uma bagunça, tinha atendimento e você não sabia.*

*(trabalhador do Tô Ligado desde 2013)*

Lykouropoulos e Péchy (2016) sugerem que questionemos um CAPS infantojuvenil cujos processos de trabalho sejam organizados por acolhimentos agendados, grupos por patologias, filas de espera, atendimento médico ambulatorial, atendimentos individuais prolongados e avaliação por especialidades. Ou seja, todo esse modo de funcionar teria que ser revisitado e transformado para que pudéssemos, de fato, iniciar o desenho de um serviço de saúde mental infantojuvenil aberto, comunitário e territorializado.

*(...) acho que ficou mais organizado, tem acolhimento todos os dias (...). [Hoje] a gente sabe (...) que vai ter aquela convivência, aquele horário, isso é mais organizado, (...) tô*

*interagindo mais com os usuários (...), não saía da recepção, agora eu saio mais, entro em convivência (...).”*

*(trabalhador do Tô Ligado desde 2013)*

A parada técnica, invenções e desmontagens de agenda institucional, cujo o processo falaremos adiante, foram responsáveis por essa nova organização do serviço, composta por plantões, grupos de convivência, grupos terapêuticos, dias de território, etc. Não investigamos a relação entre a abertura do serviço e a possibilidade de outro reconhecimento de si enquanto trabalhador da saúde mental, mas certamente este poderia ser objeto de outros estudos.

*(...) acho que antes a gente sabia mais de todo mundo, de todos os casos (...), era mais aberto”.*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2013)*

Tal apontamento, a percepção desta trabalhadora, nos chamou a atenção, pois, a medida em que novos espaços de trocas institucionais eram criados, - passagens de plantão diariamente, divisão por mini-equipes, livro de plantão, livro-ata, fortalecimento da figura de referência ou equipes de referência - o que se discutia durante a reunião geral eram os casos mais complexos ou que estariam mais presentes no cotidiano do serviço. Será que, ao invés de um “fechamento” para a discussão dos casos, ao contrário, estaria em processo uma circulação mais rigorosa sobre eles, em espaços mais resolutivos?

*“Hoje em dia a gente se divide por território, então acaba diluindo um pouco, mas ao mesmo tempo talvez não compartilha tudo na reunião equipe porque tem outros espaços, (...) quando a gente se encontra com a mini-equipe e conversa. (...) quando chega, já vê a policlínica de referência, discute com o profissional que tá mais perto, tem um caminho.*

*Antes era chegar, falar pra todo mundo e vamos ver.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2016)*

Assim como esses novos arranjos, a chegada de novas trabalhadoras e trabalhadores entre final de dezembro de 2017 e primeiro semestre de 2019, também foi relatada como fator para o movimento de transição do serviço.

*“ela tem toda essa essência, essa coisa de não aceitar essas cristalizações, hierarquias, é uma pessoa que respeita muito os adolescentes. (...) esse potencial que ela trouxe foi fundamental pra essa transição, acho que (...) não teria acontecido se não tivesse*

*com uma pessoa com essa força pra batalhar por esse cuidado em liberdade. Isso foi muito bacana, né?”*

*(trabalhador do Tô Ligado desde 2014)*

*“Até o momento em que eu sai não tinha sido feito nada do ponto de vista estrutural. (...), mas a presença de novos técnicos e da nova coordenação foi dando outro contorno para o serviço”.*

*(ex-trabalhadora do Tô Ligado, assistente social)*

*“(...) era um trabalho morto, as pessoas se arrastavam, o que me dava força eram algumas pessoas que vibravam quando a gente pensava em coisas novas, (...) a M. ia se aposentar e ela falava (...) que estava se sentindo como quando eles fecharam o Anchieta, recomeçando uma nova possibilidade de trabalho. (...) E aí a gente foi pensando nas agendas institucionais, (...) num momento eu vi a gente já estava na sétima agenda institucional do ano que nenhuma era cumprida. E ‘Ah, vamos fazer grupo disso?’, ninguém queria fazer, (...) ‘Vamos pra rua?’, (...) eram três pessoas que iam pra rua, que bancaram. (...) esses processos de trabalhos foram ressignificados às custas de muita luta e de muita resistência. (...) as poucas pessoas que permaneceram e (...) estão hoje, foram pessoas que resistiram bravamente nesse caminho, sabe? Que não tombaram diante de tantas adversidades.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2017)*

Essas mudanças, rupturas de um paradigma, são complexas de serem vividas pois causam deslocamentos importantes entre os modelos *doente-paciente* e *trabalhador-especialista*, especialmente em profissionais da Medicina e Enfermagem. Assim como há usuários que resistem em sair de um lugar passivo e prescrito, há trabalhadores que não desejam deixar de ocupar o lugar do outro lado da mesa: o que sabe sobre o outro e que têm respostas. A porosidade entre fronteiras disciplinares, entretanto, possibilita que o poder circule se atualize em outras formas-subjetividade (FERIGATO, 2013), em que trabalhadores e usuários do serviço produzam novos modos de existir e de compreender saúde.

*“(...) pensava, ‘o que eu vou fazer nesse lugar?’ (...) não tinha nada de enfermagem, só tinha um armarinho de vidro e comecei a arrumar, (...) me perguntaram o que eu estava fazendo ali, eu vim de branco, né? Falei: ‘Ué, tô arrumando minha sala!’. Falaram: não, você não vai ficar aí, vai ficar numa sala com a gente e não precisa vir de branco.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2013)*

*“(...) foi uma grande mudança, (...) a mudança pro noturno, me senti com mais autonomia como enfermeira, lia a prescrição da médica, comecei a me enxergar mais como enfermeira, (...) ficou mais próximo de um hospital (...) não é um hospital, mas mais próximo e isso me deixou um pouco mais confortável (...).”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2009)*

*(...) hoje em dia vai se dissolvendo mais, (...) construindo muitas parcerias de fazer junto, atender junto.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2016)*

As famílias também trouxeram outras percepções sobre a mudança do serviço, para além da presença de pessoas que faziam uso de substância, a presença de pessoas que necessitavam de maior investimento no cuidado ou um cuidado diferente ao que antes era ofertado:

*“Hoje acho que a criança só fica o dia inteiro aqui se ela precisar de um apoio maior em atendimento, se houver uma crise ou se precisar tomar um remédio, uma sedação, se acontecer alguma coisa mais grave é aqui que fica, né?”*

*(mãe de adolescente usuário do Tô Ligado)*

*“(...) me parece que não houve uma mudança muito grande (...), quando ele se torna CAPS, talvez ele se torne um espaço mais elaborado, né? Com uma rede maior de profissionais, com um atendimento mais aprimorado, (...) a pintura do mural, (...) parece que tá tendo elementos diferentes, da música, da arte, que tá envolvendo mais os jovens, motivando a se sentirem uma família(...)tem que ter realmente um trabalho que tenha uma linguagem pro jovem.*

*Como fazer esse jovem participar de coisas que sejam terapêuticas, né?”*

*(mãe de jovem usuário do Tô Ligado)*

Já os adolescentes entrevistados dialogaram sobre mudanças do espaço, de outros usuários e trabalhadores e das ofertas de cuidado:

*“Deixa eu ver, os móveis, os outros adolescentes que ficou batendo idade e não pode mais ficar, os móveis, o jeito como o pessoal conversa, interage, entrou vários novatos adolescentes.”*

*(jovem usuário do Tô Ligado)*

*“O tipo de tratamento, de pessoas específicas, não sei se tinha ou tô enganado. Exemplo, tô vendo gente com problemas psicológicos mais graves, tipo, problema mental...mental não é a palavra certa...Tipo mental...entendeu? Só que eu não tenho preconceito nem nada, só tô falando mesmo. Gente viciada, tendeu?”*

*(adolescente usuário do Tô Ligado)*

*“Agora atende criança e tem uma sala de brinquedo que eles podem conversar e ao mesmo tempo brincar pra se distrair.”*

*(jovem usuária do Tô Ligado)*

*“Só mudou os...qual o nome? Chegou mais pessoas que...que cuidam de nós. Muitas pessoas saíram daqui, muitos adolescentes e profissionais.”*

*(adolescente usuário do Tô Ligado)*

*“Eu não tinha muito contato com o pessoal que trabalha no CAPS. Só fui ter depois, quando mudou, criei uma relação de amizade com todo mundo. Consegui real criar mais laço. No SECERPA não tinha como, até parei de frequentar porque parecia um pouco meio frio, só tratar e sair o que tu tem. (...)tem uma política mais de entrosar as pessoas que estão aqui, no ambiente. Todos os usuários tem como trazer uma vivência um pro outro, não é só isolar cada um com seus problemas e tratando individualmente. O CAPS agora tem essa coisa de pegar e vamos compartilhar as ideias, tentar melhorar um ao outro, as atividades em grupo, acho isso muito importante.”*

*(jovem usuário do Tô Ligado)*

Olhando para as respostas construídas nesses anos de constituição do serviço, podemos dizer que, hoje, embora muitas vezes nos questionemos sobre nossas ações perante uma situação de crise, – tema abordado na parte IV - é importante reconhecer os efeitos que foram produzidos a partir da implantação de um serviço que esteja com sua porta aberta 24 horas por dia para receber crianças e adolescentes em momentos de maior sofrimento.

*“(...) pela própria organização dos serviços, não chegavam esses casos mais graves. Chegavam os casos que davam conta desse atendimento em grupo, individuais, pontuais. (...) é claro, conforme o serviço vai se alterando e a dinâmica de abrir, a coisa começa a pegar, (...) no sentido de começar a aparecer os casos mais complicados. (...) com a disponibilidade do serviço as pessoas começam a acessar, né?”*

*(trabalhador do Tô Ligado desde 2014)*

Concordamos com este trabalhador que abertura e disponibilidade são indicativos de que tínhamos, enfim, um *CAPS-acontecimento* (FERIGATO, 2013; FREIRE, 2018). Esse espaço da clínica-acontecimento necessita, principalmente, desta abertura do profissional para *estar com* o outro – as crianças, os adolescentes, as famílias, a comunidade – em um encontro que pode ser terapêutico ou não, mas que se preocupa, principalmente, com a dimensão de uma experiência transformadora (FERIGATO, 2013). Veremos como este conceito esteve presente em muitos momentos dessa nova aposta, a transição para CAPS III.

*“(...) Acho que uma das coisas difíceis dessa transição foi organizar essa coisa da convivência, do HD, de um serviço mais aberto pros adolescentes. Foi difícil organizar isso, né? Além das coisas tensas na equipe, eu acho que o próprio processo de transição é um processo complexo, né? A gente entender qual é o nosso papel, qual é o nosso lugar. (...) a gente teve dificuldades, né?”*

*(trabalhador do Tô Ligado desde 2014)*

Um dos aspectos que saltou aos olhos no momento da leitura e releitura das transcrições das entrevistas foi o discurso sobre um cenário frequentemente caótico durante uma mesma época: o ano de 2018, especialmente seu primeiro semestre. Em uma linha do tempo, talvez 2018 fosse considerado o mais intenso dos anos vividos até o momento e coube àquela equipe, ofertar seu corpo para a imediatez desses acontecimentos.

*“Eu nem gostava de vir aqui(...). Não me sinto muito bem, (...) às vezes tem muita gente aqui e é muito agitado.”*

*(jovem usuária do Tô Ligado)*

*“Agora é mais de boa, porque antes quando tinha bastante gente aqui eu ficava pra lá e pra cá. (...) eles aprontavam muito e eu ficava longe, às vezes ficava perto, (...) fazendo os negócios de ir pegando, saindo pra fora, fumando escondido.”*

*(adolescente usuário do Tô Ligado)*

*“Muita zuação, berra, berra, grita, grita, muita loucura (...). Loucura. Pessoa doida com doida não se bate. Um faz bagunça, o outro quer fazer mais bagunça ainda. Era tipo assim, elevador, quem fazia mais bagunça, e ia, ia, ia...chegava num limite. O Tô Ligado parecia que ia cair, isso que era bom.”*

(jovem usuário do Tô Ligado)

*“a gente perdeu o controle, ali...risos...acho que agora tá mais organizado, 2018 foi um caos, aquilo.”*

(trabalhador do Tô Ligado desde 2013)

*“(...) ainda mais com esse espírito de abrir o serviço, a gente encontrar esse limite, (...)como se organizar, organizar a presença dos adolescentes aqui? Pensar essa questão de regras, relações é muito difícil. Pelo menos foi assim na prática. (...) foi o ápice da coisa: vai, não vai, como vai, abre a noite, não abre a noite e de repente começa a funcionar, começa a aparecer os casos(...). Pensando agora não tinha como ser diferente, com essas cisões na equipe, com essa construção que é complicada, tinha que ser uma loucura mesmo, né?”*

(trabalhador do Tô Ligado desde 2014)

Ora, essa abertura do serviço e esse deslocamento de papéis, – de trabalhadores e usuários – descentralizou poderes e práticas disciplinares, já interiorizadas em muitos de nós, produzindo efeitos no próprio espaço, acontecimento nomeado *caos*. Essa “perda de controle”, expressa por um dos trabalhadores, também pode ser entendida como um convite à reinvenção e ao reconhecimento de que éramos um serviço *na e para* a comunidade, e, junto a ela, iríamos descobrir os modos de tocar o cotidiano, pois já não era possível que ele acontecesse por si só. Era “preciso mediar e se ofertar para todo tipo de encontro na imediatez em que acontece, ritmado pelo movimento inerente a este ciclo da vida” (BARBOSA et al. 2016, p. 103).

### **CAPSij Tô Ligado**

O jardim que encontramos ao abrir o portão do *Tô Ligado* convida para que entremos, acolhe. Entre pequenas muretas que proporcionam grandes saltos, árvores enormes e muitas plantas, a maioria das crianças fica por ali, Tateando aquele novo lugar antes de subir a rampa que leva à sala de espera. Ao subir a rampa, um pequeno degrau – um dos inúmeros problemas de acessibilidade que a casa possui – e chega-se à sala de espera, ampla, com suas janelas de vidro que fazem um conjunto perfeito com o arborizado externo, iluminando-a. Antes, e por muito tempo, esta sala – que não é de *espera*, passiva, mas de circulação, pouso, pontos de encontro, conversas e crises - permaneceu assim: sem revistas infantis ou caça-palavras, ao contrário, revistas velhas, religiosas e sobre telenovelas ficavam disponíveis em uma pequena mesa de canto. Após dois anos, uma mesa de pebolim e uma “teia de fotos” (Figura 2) produzem

interferências naquele espaço: ruídos, encontros e conversas entre desconhecidos, crianças, adolescentes e adultos. Ali, o som de celulares, crianças enérgicas, adolescentes e suas músicas, além de mães, pais, avós, tios e tias rompiam o silêncio. “*Meu filho poderá ser atendido aqui, neste lugar?*” - perguntavam-se os responsáveis, sem saber que era este o questionamento que fazíamos diariamente.



*Figura 2: recepção do CAPSij Tô Ligado, 2020.*

*Diário, 2019*

*Na cozinha, L., sua mãe, M., U. e eu estávamos preparando um chá:*

*- Qual seu problema? – a mãe de L. sempre sem meias-palavras*

*- Mãe! (L)*

*- Relaxa, as conversas aqui são sempre sobre isso. – U. tranquilizou.*

*- O que é que você tem? – insistiu a mãe.*

*- Depressão e ansiedade. Tive três internações pra descobrir que tenho que vir aqui todos os dias. (U.)*

Nem ambulatório, manicômio, centro de convivência ou consultório. A dificuldade em definir este serviço tão híbrido como o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil existe e não podemos recuar frente a esta questão. Parece simples definir o CAPSij como serviço ambulatorial de atenção diária para crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes que funcionam a partir da lógica do território (BRASIL, 2002a), entretanto, os encontros do cotidiano nos fazem perceber o distanciamento entre conceitos, determinações

legais e o que as crianças e os adolescentes de nosso tempo demandam para o cuidado em saúde mental. Uma segunda definição, proposta dois anos após a Portaria 336/2002 nos diz que:

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004, p. 23).

Exclui-se o termo *ambulatorial e transtornos mentais severos e persistentes* para propor um cuidado às crianças e adolescentes com dificuldades de estabelecer e manter laços sociais com os outros e com seu território. Dez anos depois, o Ministério da Saúde lança um documento norteador para as práticas da Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes, onde encontramos uma definição sobre CAPS mais aberta e mais interessante que as anteriores: destacam o serviço como “estratégicos para agenciar e ampliar as ações de saúde mental e contra os efeitos do uso de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2014, p. 34), composto por equipe interdisciplinar que atua de forma territorial em situações de crise e em processos de reabilitação psicossocial, devendo funcionar como porta aberta para as demandas de saúde mental e atuar principalmente com dispositivos coletivos – assembleias, grupos, reuniões de equipe – e articulado a outros serviços de atenção em saúde e outras redes (ibidem). Destacou-se, também, o projeto terapêutico singular como norteador do cuidado e que deve, portanto, ser construído junto ao usuário, família e equipes.

Após quase duas décadas desde o início da experiência de pensar os CAPS infantojuvenis, existe um acúmulo de vivências que sinaliza a necessária ampliação desse conceito para que o serviço não se constitua em um gueto excludente para sujeitos em sofrimento psíquico (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016), tão pouco o lugar que cuida exclusivamente de diagnósticos. Pensar o CAPS inserido em uma Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS), como propõem Yasui e Costa-Rosa (2008) nos auxilia um pouco mais nesta tarefa de pensar a função de um CAPS para crianças e adolescentes.

Uma estratégia, não um equipamento fechado em si. Atenção Psicossocial clínica, Atenção Psicossocial convivência, Atenção Psicossocial escuta, Atenção Psicossocial garantia de direitos, Atenção Psicossocial Redução de Danos, Atenção Psicossocial entrelaçamentos de rede. A EAPS nos permite (re)pensar e (re)criar nosso *lócus* e *ethos*, por meio do encontro entre os sujeitos (FREIRE, 2018, p. 72).

Couto e Delgado (2015) sugerem pensarmos dois mandatos para o CAPS infantojuvenil: o mandato terapêutico e o mandato gestor, articulado às dimensões da clínica e da política. Para os autores esta é a potência deste dispositivo no SUS, já que, necessariamente, deve fazer a leitura das demandas do contexto social em que está inserido e implicar as redes intersetoriais desse mesmo território (COUTO; DUARTE; DELGADO; 2008).

Em meio a tantas definições, portarias, normativas, gostaríamos de propor outros significados e sentidos para um CAPS infantojuvenil, atribuídos por quem o vive cotidianamente: os adolescentes e jovens participantes da pesquisa.

*“Eu ia falar que é um grupo de atividades, (...) tipo, canoagem, passeio, praia, caminhada, cinema, uma pá de coisa, (...) pra ajudar os adolescentes a sair da droga e da bebida. Pra ajudar as pessoas, os adolescentes não ter uma vida ruim. Eu só colocaria um Netflix.”*

*“Um lugar onde a gente conversa, tenta mostrar para as pessoas como a gente pensa, como a gente se sente.”*

*“(...) o CAPS lá é bom. (...)tu se dá bem com os outros, que também são doidos igual tu. A gente faz grupo, grupo de passeio, grupo de diversão, a gente faz reuniões, joga futebol na praia.”*

*“O que eu fico triste é que muita gente tem preconceito, fala que aqui é lugar de louco. Eu não acho isso. (...) também diria tratamento social em grupo pra se adaptar com outras pessoas (...). Um lugar específico pra tu fazer amigos, quem não tem amigos, entendeu?”*

*“Quando eu apresento para os meus amigos ou qualquer pessoa que pareça que precise de alguma ajuda, falo que é um ambiente mais de amizade mesmo, porque a gente se entrosa, a gente conversa, troca experiência e isso é uma coisa diferente, né? Acho que muitos lugares não tem isso que tem aqui. Vai ter sempre aquela coisa de tratar um por um e não como um todo. Acho que é interessante criar grupos bem específicos e bem abertos e a gente, querendo ou não, tem mais liberdade. Eu gosto e é assim que eu apresento a gente, sabe? Um lugar de muita fala e muito entrosamento, cada um pode se expressar do jeito que quiser, através da arte se não conseguir falar direito, entendeu?”*

Os “grupos de caminhada”, “para fazer amigos” e de “muita fala e muito entrosamento” anunciam eixos de extrema importância para o cotidiano do CAPS: a costura entre produção de saúde, território e trocas sociais. Uma das mães, durante a entrevista, trouxe outra possibilidade de entender o CAPS que também nos chamou atenção:

*“São várias pessoas trabalhando com o mesmo intuito, elas não se opõem, se complementam e que tragam essa linguagem(...), que seja pela arte, seja pela participação, entendeu? E esse grupo que tá agora, não sei quantas pessoas entraram(...), mas hoje eu (...)*

*entro lá e sinto uma coisa mais familiar, uma coisa mais coletiva, sabe? Com a cara das pessoas, acho que as pessoas tem que fazer esse lugar uma extensão delas”.*

“Trabalhando, se complementam”. Parece ser um bom caminho para seguirmos nesta tarefa de narrar sobre um CAPSij III.

\*\*

Atualmente, a equipe do *Tô Ligado* é constituída por 2 médicas psiquiatras (20 horas/semana), 2 terapeutas ocupacionais (30 horas/semana), 2 assistentes sociais (30 horas/semana), 2 psicólogas (30 horas/semana), 2 acompanhantes terapêuticos (40 horas/semana), 4 enfermeiras (em regime de plantão 12/36 horas, diurno e noturno) e 9 técnicas de enfermagem (em regime de plantão 12/36 horas, diurno e noturno), 1 funcionária administrativa (40 horas/semanais, 1 gestora com formação em Fonoaudiologia (30 horas/semana), atendendo, assim, às determinações normativas para uma equipe mínima de CAPS III (BRASIL, 2004; BRASIL, 20013).

Diana e Mario Corso (2018) traçam a ideia sobre os efeitos do trabalho com adolescência: nos reencontramos e encaramos o próprio adolescente que fomos e, certamente, teremos dívidas a pagar, pois ninguém gozou o suficiente na adolescência.

Se fizermos as pazes com a forma como nossa adolescência transcorreu, talvez seja mais fácil suportar ver filhos, alunos, pacientes lidando a seu modo com as questões da forma atual de ser jovem. Afinal, todos os adultos hoje interessados no tema viveram uma época em que a adolescência já era pressuposta como etapa da vida, embora com variações de costumes e intensidades (CORSO; CORSO, 2018, p. 10).

Ouso supor que essa ideia também dialoga com campo da infância, pois não são raros os momentos em que, diante de um novo acolhimento inicial, uma nova chegada ao CAPSij, rememoramos nossas infâncias e adolescências, muitas vezes nos questionando se em nossa época seríamos “uma criança de CAPS”. Na maioria dessas vezes, chegamos à conclusão de que sim.

Para nos guiar na construção dessas paisagens psicossociais e mapear os encontros cotidianos do CAPSij *Tô Ligado*, propomos, inicialmente, olhar para três presenças categóricas que, a partir da transição do serviço, passaram a nos acompanhar e oferecer suas dores e alegrias: crianças inseridas no contexto escolar com alguma dificuldade entre seus pares ou entre os livros; adolescentes em uso problemático - ou não - de substâncias; adolescentes, em

sua maioria da cor preta e parda, sendo convocados aos serviços de saúde por intermédio do sistema da justiça.

Não existiria maneira de esgotar as possíveis inquietações que nos provocam esses temas. A partir da existência de um CAPS, passamos a nos questionar a presença dessas crianças e adolescentes no serviço e qual nosso mandato em relação a elas. Não fecharemos, nem concluiremos, mas não haveria modo de falarmos sobre a constituição deste serviço sem abrirmos espaço para as contradições que esses personagens escancaram diariamente.

Certamente incorreremos em equívocos. Alguns poderão ler o trabalho e sentir falta de um aprofundamento sobre o acompanhamento de sujeitos com autismo, deficiência, questões de gênero, tentativas ou desejos de suicídio e tantas outras etiquetas que podem ser distribuídas a esses sujeitos, que de alguma maneira também permeiam esse trabalho. A escolha por essas e não por aquelas também poderiam ser interrogadas, entretanto, foram estes três personagens que, ao longo da pesquisa, inquietaram e desacomodaram muitas certezas dentro da equipe.

### **Os descabentes**

Lucas, Pietro e Caique eram crianças de idades aproximadas, por volta dos oito, nove anos, estudavam na mesma escola, viviam no mesmo bairro – um dos mais vulneráveis de nossos territórios. Também tinham a mesma cor: preta. Os três, em épocas mais ou menos próximas, foram encaminhados pela escola ao CAPSij com queixa e encomenda semelhantes: comportamento inadequado no ambiente escolar, fazendo-se necessária avaliação psiquiátrica. Esses três meninos eram descabentes àquele espaço. Suas mães frequentemente eram chamadas na escola e informadas de que a permanência escolar de seus filhos seria reduzida.

*Diário, dezembro de 2019*

*Durante parada técnica de equipe: Qual nosso papel com essas crianças? Não é de educar, não é de responder ao externo. Nosso papel é criar crianças que dizem sim para tudo?*

A partir do antigo termo diagnóstico *idiotia*, Lugon (2017), desdobra o conceito de descabentes, em referência às crianças e adolescentes que não param, não aprendem, não cabem. Estão à margem das classificações diagnósticas, entre o circuito da Saúde e Educação, em que seus modos de operar se sustentam na lógica do encaminhamento e do

conteúdo, respectivamente. Estas crianças e adolescentes descabentes na família, na escola e no espaço público tão logo chegam ao serviço de saúde mental acompanhadas por seus responsáveis que frequentemente corroboram com as afirmativas escolares, enquanto todos parecem buscar em áreas de seu cérebro a explicação para o baixo rendimento escolar.

Segundo De Souza (2010), a identificação de algo patológico entre os fenômenos das dificuldades escolares, para seus defensores, é direito dessas crianças e adolescentes. O diagnóstico, prescrição de medicamentos e terapias é direito desses sujeitos; o dever do Estado é custear esses procedimentos.

Nomeadas *impossíveis* pelas escolas, estas crianças poderiam chegar de muitas maneiras, sem nenhum papel mediador – apenas um adulto buscando tratamento para a criança de maneira espontânea - mas não é assim na maioria das vezes. Estas crianças cruzam a porta do CAPSij acompanhadas por seu responsável e um papel de encaminhamento onde constam: a UBS de referência, nome do médico pediatra, dados da criança, motivo do encaminhamento e *especialidade* - serviço para o qual a família é encaminhada. Este campo da especialidade, em sua maioria das vezes está preenchido pelas palavras *psicólogo* ou *psiquiatra*, ainda que exista neste mesmo sistema de encaminhamento a possibilidade de preencher o campo como “*equipe multidisciplinar (CAPS)*” e, mesmo após conversas, formações e encontros de apoio matricial com as equipes das UBS, não são poucos os papéis que nos chegam, pelas mãos dos adultos, preenchidos com estas duas palavras quase mágicas, seguidas da sentença dita por trás do balcão: “*Me mandaram vir aqui, pro psicólogo!*”. Certa vez, em acolhimento inicial, recebi um desses papéis vindos da UBS com a principal queixa: *criança com comportamento infantilizado*. Quando fui busca-la na recepção, me deparei com uma menina, vestindo laços na cabeça, de quatro anos de idade.

Talvez nesse pequeno pedaço de papel esteja materializado o início dos equívocos, desencontros e expectativas que possivelmente não serão concretizadas. Ali também se materializa o fenômeno da psiquiatrização e psicologização, individualizando o sofrimento de crianças e adolescentes. Figueiro e Caliman (2014) apontam para a psiquiatrização da política, onde sendo possuidor de determinado traço patológico ou biológico, o sujeito tem acesso a determinados projetos de direito, como no caso da inclusão nas salas de AEE, já citado na parte II dessa pesquisa.

Neste contexto de medicalização de problema escolares, o CAPSij tem papel central quando é convocado a responder determinadas demandas que desconsideram ou não questionam condições e métodos de aprendizagem e escolarização, responsabilizando apenas a

criança ou adolescente por problema educacionais, sociais e familiares (BELTRAME; BOARINI, 2013).

Existe uma crescente transferência de problemas inerentes à vida cotidiana para o campo da medicina, transformando problemas coletivos em individuais, de pretensa origem biológica. Preferencialmente, de ordem neuropsiquiátrica e genética. Tratar questões sociais como se fossem biológicas constrói um ideário em que o mundo da vida humana se iguala ao mundo da natureza, absolvendo de responsabilidade todas as instâncias de poder em que são gerados e perpetuados esses problemas (MOYSÉS; COLLARES, 2019, p. 19).

À medida em que as crianças chegavam ao *Tô Ligado*, nos questionávamos como seria nosso atendimento e, para além disso, como iríamos nos posicionar diante de toda a rede na qual elas estão inseridas, cujas demandas são inúmeras: laudos, diagnósticos, prescrições, medicamentos, exames, terapias. Dispositivos interinstitucionais foram acionados - reuniões de rede, visitas às escolas, rodas de conversa com o Conselho Tutelar, estreitamento com as equipes dos abrigos – ao mesmo tempo em que íamos entoando um discurso sobre a defesa dessas existências em diferentes espaços públicos.

*Diário, setembro de 2019*

*“O A. não consegue brincar na escola porque lá ele quebra todo mundo, no CAPS ele consegue. O que temos feito de bom aqui? O que temos a oferecer?” (trabalhador do Tô Ligado em reunião de equipe)*

Talvez tenhamos uma pista para essa pergunta: inverter a lógica do saber *sobre* a infância para saber *com* a infância; devolver o pedido que vem do outro – da escola, da família, do abrigo – com “*o que nós podemos fazer junto a essa família, junto a essa rede, com esta crianças?*”

### **Os intratáveis<sup>31</sup>**

Um menino chega algemado ao CAPS, acompanhado de três funcionários da Fundação Casa, além de uma trabalhadora desta instituição, para ser atendido pela médica psiquiátrica que já o conhecia devido aos anos de acompanhamento no serviço. A equipe recebe um ofício do Ministério Público determinando que um adolescente, por seu envolvimento com o uso e

---

<sup>31</sup> Referência ao termo usado por Rosa e Vicentin (2010) em relação ao exílio da juventude pobre no Brasil, baseado em conceitos médico-jurídicos “nos diagnósticos de distúrbio antissocial, que os caracterizam como perigosos e intratáveis ou irrecuperáveis” (p.109).

tráfico de substâncias, seja acolhido no *Tô Ligado*, seguido, é claro, de avaliação médica. A equipe da Fundação Casa aciona o CAPSij solicitando avaliação psiquiátrica de um adolescente acompanhado pelo serviço – que já havia recebido alta médica - mas, naquele momento, estava internado na instituição.

Essas cenas, com a transição do serviço, passaram a ser mais frequentes em nosso cotidiano e nos levaram a refletir sobre a inseparabilidade entre clínica e política no fazer de um CAPS infantojuvenil, na judicialização da vida, principalmente no que diz respeito às vidas pretas, pobres e periféricas, ou seja, essa sequência de cenas nos impõem a discussão sobre o racismo institucional.

Instituída em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2017) reconhece o racismo e o racismo institucional como determinantes das desigualdades no processo de ampliação das potencialidades individuais e, portanto, determinantes sociais das condições de saúde. Assume, portanto, a responsabilidade de promover a equidade racial em saúde, ou seja:

[...] da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incide negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência. (p. 8)

No momento em que se escreve, a equipe do *Tô Ligado* é composta por vinte e cinco profissionais, sendo sete o total entre pessoas pretas e pardas: uma ocupando cargo de ensino universitário, cinco em cargos de ensino médio – entre serviços administrativos, técnicos de enfermagem e acompanhante terapêutica – e uma profissional de serviços de limpeza, cargo de ensino fundamental e única função terceirizada do CAPSij. Esses números nos saltam ao pensarmos a representatividade para os usuários e usuárias do serviço: que efeitos psíquicos e produções subjetivas podem ser engendrados quando esses sujeitos são acolhidos e acompanhados por um profissional com quem se identifica racialmente? E mais: quais questões, embaçadas por uma maioria branca, e, portanto, por nossa branquitude, circulam por essa equipe e são promotoras de racismo, exclusão social e sofrimento psíquico?

Afinal, que outros movimentos podem ser produzidos durante um atendimento que possam fortalecer e promover a luta antirracista dentro de um CAPSij? Essa discussão é pouco ou nada frequente no cotidiano do serviço, ao mesmo tempo em que não há uma estimativa sobre o número de usuários pretos e pardos acompanhados já que são raros os prontuários preenchidos com o quesito cor, raça ou etnia.

Rosa e Vicentin (2010) chamam à atenção para a maneira como são “vestidos” de doença mental alguns sofrimentos ou comportamentos de setores da população jovem, especialmente parda e negra, com a intenção de encobrir o desinvestimento do Estado e da sociedade para estes sujeitos.

A presença de usuários de cor preta e parda no CAPSij exige um olhar atento para que não se caia em armadilhas da patologização das experiências de vida de crianças e adolescentes, atribuindo-lhes diagnósticos de transtorno de conduta e outros transtornos do comportamento, como hiperatividade e transtorno opositor-desafiador. Além da medicina psiquiátrica e seus manuais classificatórios de doenças (CID 10, DSM V), David (2018) também reconhece o sistema judiciário e seus mandatos de internação compulsória, os agentes da segurança pública e sua direta atuação - com todo respaldo do Estado – como componentes do processo de extermínio da população preta e parda, prática que nomeia como *novas tecnologias manicomiais* que “fazem de crianças e adolescentes negros cobaias experimentais de psicotrópicos e das instituições farmacológicas” (p.136).

*Diário, 25 de outubro de 2020*

*Chego a UBS Aparecida por volta das 09:30. Filas de gente. Filas e gente. Meus sentidos estão bagunçados. Após organização da equipe, saio com a enfermeira e agente comunitária. Conversamos sobre as visitas que faríamos e contei sobre minha maior preocupação e motivo de estar ali: M. A enfermeira conhecia grande parte da história de seu pai, mas pouco sabia sobre o momento atual da vida de M. Algumas visitas depois, o encontro atrás de uma escola, ponto conhecido no bairro pela venda de drogas. Ele não fugiu, quase não me viu. Ele não fugiu e talvez eu preferia que tivesse fugido, mas ele estava lá e eu também. Mal conseguia me olhar nos olhos, exibia várias notas de 50 na mão. Fui tão sincera àquele encontro, disse o quanto temia pela sua vida, que se fosse pego iria “rodar”. Acho que nunca fui tão sincera. Queria que ele soubesse que eu teria suportado escutá-lo, saber daquilo antes. “Isso era coisa minha, tia”. Realmente era, mas poderia ter sido nossa? Uma semana depois, alguns dias antes de uma nova abordagem no território, soube que M. foi encontrado e levado para a Fundação Casa do Guarujá.*

Para balizar um cuidado atento aos mecanismos que reproduzem o racismo institucional, David e Vicentin (2020) propõem uma atitude ético-política antirracista chamada de aquilombamento,

que exige um alargamento de todas as bases vigentes na reforma psiquiátrica, especialmente quanto às relações entre saúde mental e racismo, e um agir em saúde que contribua para a promoção da equidade racial e para a desinstitucionalização do racismo. Essa atitude ético-política exige análise crítica permanente dos efeitos do racismo nos processos de trabalho nos serviços de saúde/ saúde mental e um radical projeto de atenção aos efeitos do racismo como uma questão antimanicomial (p. 273).

Silva (2020), a partir da leitura sobre o racismo vivido por crianças e adolescentes se debruça sobre a produção de sofrimento em saúde mental e também propõe importantes pautas para basear nosso cuidado nos serviços: nomear o racismo, falar sobre como ele se ramifica e perpetua na vida desses sujeitos; investir no conhecimento sobre a história da cultura afro-brasileira; apresentar referências de negritude; estarmos – trabalhadores – atentos para as diversas maneiras em que reproduzimos o racismo institucional em nossas práticas cotidianas.

Incluo, outra mais, a partir dessa nova trajetória do CAPSij *Tô Ligado*: estabelecer uma relação aproximada com as instituições de medidas socioeducativas, ocupando o nosso lugar de operadores da saúde mental (COUTO, online), principalmente com adolescentes que foram internados durante o acompanhamento no serviço, menos para as avaliações médicas, como sempre solicitado e mais para a sustentação do vínculo terapêutico com esses sujeitos em momento de maior fragilidade, como a internação nestas referidas instituições.

*Diário, 18 de junho de 2020*

*Um intervalo para anotações no prontuário, uma conversa sobre racismo e antirracismo entre uma profissional e residente negras. Senti vontade de compartilhar meu atendimento poucos minutos antes com uma menina de oito anos, única negra da família, acompanhada desde 2018. Em um momento da brincadeira, ela vestida de branca de neve-guerreira (com uma corda de pular, imitava a mulher-maravilha e seu chicote), tirou a peruca rosa de carnaval e com sua voz de guerreira disse: “meu cabelo é bonito e eu não preciso dessa peruca!” – e a jogou pra longe, voando pelo quintal do CAPS.*

## O uso de substâncias como história única

*Diário, 17 de dezembro de 2020*

- “Sabe, eu tô meio cansada de falar com você sobre droga, vamos falar de outras coisas?”

- “É tia, fiquei pensando nisso: será que a Jessica não tá cansada de só falar comigo de crack? (...) eu quero ir pra escola, eu não devia ter parado de estudar, né?”

Poderia escolher outras tantas passagens e vivências com esta adolescente, a quem vou nomear Celina. Em meu primeiro mês de *Tô ligado*, durante uma reunião de equipe, fui chamada por outra psicóloga, referência da adolescente. Estavam Celina, sua mãe, a médica e a psicóloga em outra sala. Disseram que Celina havia entrado em conflito com sua profissional de referência e pensaram que eu poderia assumir essa função. Nos apresentamos, ela concordou e assim iniciamos nossa caminhada. A andanças que fizemos não caberiam nessa narrativa, desde às idas ao seu território, circulação pela cidade, acolhimento integral no *Tô Ligado* e seu modo de romper com ele, as compras de cigarro, a matrícula no clube do município, internação em hospital psiquiátrico, questionamento da família, de terceiros, da equipe, até o cenário mais recente e frequente: a busca de Celina em sua cena de uso que não por acaso se localizava em um extremo, longe dos territórios de cuidado pelo CAPSij, na fronteira entre Santos e São Vicente. Tantas foram as idas àquele local que seus moradores já nos conheciam. Nem terminávamos o “bom dia” e eles já respondiam: “Ela não tá aqui, não!” ou “Já vou chamar!”. Poucas foram as vezes em que saímos de lá em sua companhia.

Celina não foi a primeira adolescente em uso problemático de substância que cuidamos, mas talvez tenha sido a que mais nos permitiu cuidar, adentrar em seus territórios e a que mais nos convocou a responder: “somos o serviço para atender pessoas que usam drogas ou o serviço pra fazer as pessoas pararem de usar drogas?”.

As Ciências Humanas reconhecem a infância e adolescência como um momento de experimentações múltiplas, socioculturais, pessoais e singulares. Afirmam que estes sujeitos estão em pleno desenvolvimento psíquico e o uso de álcool e outras drogas pode fazer parte desse ciclo da vida trajando diversas roupagens, problemáticas ou não (BRASIL, 2014; JOIA; OLIVEIRA; VICENTIN, 2016; CORSO; CORSO, 2018). De outro lado, discursos conservadores da sociedade afirmam que a infância e adolescência devem ser livres do contato com substâncias psicoativas, ao mesmo tempo em que não questionam o fato do Brasil ser um

dos maiores consumidores de metilfenidato e maior consumidor mundial de clonazepam (MOYSÉS; COLLARES, 2019). Neste meio e de maneira pouco sutil, os serviços desta rede ampliada de cuidados são enredados por discursos que criminalizam alguns usos e patologizam outros.

*Diário, outubro de 2019*

*Na sala de equipe, enfermeira e assistente social conversavam sobre o caso que estão acompanhando, muito afetadas por uma situação que havia acontecido: o menino de dezessete anos chegou para o atendimento dirigindo uma moto. Durante o atendimento também contou sobre o carro que havia comprado com o dinheiro do tráfico, assim como conseguia colaborar com as contas da casa com essa nova fonte de renda. Em cada atendimento, ele falava sobre as novas aquisições e até sobre os produtos que vendia para outros adolescentes do CAPS. As trabalhadoras perceberam o lugar de que ocupavam nessa relação com o adolescente e não se assustaram mais com seus relatos: vínculo é confiança.*

Carrapato, Mendonça, Leite e Abiati (2020) ao questionar sobre o uso abusivo de substâncias na adolescência ser um fenômeno exclusivamente biológico ou biopsicossocial, entrevistam adolescentes que nos deixam algumas pistas sobre o que os levou ao uso intenso e problemático de substâncias: fuga da realidade violenta e busca imediata por prazer, influência de amigos e mídia, rompimento com a família, que ocupa duplo papel, podendo ser fator de risco quando nega o diálogo e o afeto, mas também protetivo quando acolhe as necessidades desse sujeito, apoia e participa de seu acompanhamento nos serviços de saúde.

Para além do plano das leis, já exposto em passagens anteriores deste trabalho, neste mesmo circuito, o sistema de justiça e seus operadores, sob a retórica da proteção dos direitos da criança e do adolescente, corroboram e legitimam a supressão de liberdade ao demandar dos serviços de saúde ações coercitivas como ordens de busca para que o sujeito compareça ao CAPSij, minando a construção de vínculos e relações de confiança entre usuário e serviço (JOIA; OLIVEIRA; VICENTIN, 2016). Atualização pouco sutil do Código de Menores de 1979?

*Diário, março de 2018*

*J. menino de 13 anos, branco, bastante magro, aparentava ter bem menos idade. Chegou bastante tímido, mal me olhava nos olhos. Disse que a mãe o levou ao CAPS porque queria que a psicóloga o fizesse parar de fumar maconha. A psicóloga, no caso, era eu. “Se não tem maconha, a gente fica jogando videogame, conversando, rindo”. Lembra da primeira vez que foi abordado pela polícia e sentiu vergonha pois todos olhavam para ele. Disse que queria começar a trabalhar e a irmã ia ajudá-lo com isso - “com ela dá pra conversar mais”. Me contou que o pai era nervoso e bebia muito. Participou do grupo de mosaico, mas disse que não queria voltar. “A gente podia dar uma volta, tomar um açaí falando da vida.”*

Aquela proposta ecoou em mim por muitos dias: seria esta uma intervenção possível naquele novo trabalho? Em minhas primeiras semanas de CAPSij, J. me oferecia pistas do que estava por vir: a necessária desconstrução da demanda familiar e o desejo adolescente de encontros peripatéticos (LANCETTI, 2016) pela vida.

A Redução de Danos<sup>32</sup> (RD) desde o final da década de 1980 surge no Brasil, reivindicando a possibilidade de escolha, responsabilização e cuidado de si do sujeito em uso problemático ou não de substâncias. Ainda que a história de Santos e a do surgimento da RD se entrecruzem, as experiências atuais, especialmente no campo da infância e adolescência encontram muitas barreiras da lógica de controle e proibicionista. De acordo com Surjus (2019), uma destas barreiras deve-se ao fato do investimento financeiro na Baixada Santista manter-se muito semelhante ao da época de intervenção no manicômio Anchieta.

A RD enquanto ferramenta e política de cuidado em saúde, principalmente no campo da criança e do adolescente deve ir além das informações sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST), substituição de substâncias, orientações sobre uso mais seguro de drogas ou distribuição de preservativos e insumos. É necessário que se amplie a rede de cuidados desse sujeito, da mesma maneira como se amplia o olhar para além do uso de substâncias da criança ou adolescente. Escapar da narrativa única do uso problemático de substâncias e propor a

---

<sup>32</sup> Segundo o Ministério da Saúde (2018), “a redução de danos consiste em um repertório de cuidado, constituído de um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas para as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas. Incluem-se nas estratégias de prevenção a recomendação do não compartilhamento de instrumentos e a utilização de materiais descartáveis, inclusive para o uso de silicone industrial e hormônios entre pessoas trans”. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/23-o-que-e-reducao-de-danos>. Acesso em: 10 de agosto de 2020.

construção de outros espaços de circulação, onde o lazer, a cultura, a arte, a educação, as atividades esportivas e a cidadania ocupem o lugar outrora preenchido somente pela substância, isso é, tomando as palavras de nossa supervisora institucional, “Esvaziar o lugar da boca!”. Essa é a tarefa do CAPSij, ao menos, uma das tarefas: escapar de narrativas homogêneas, ampliar os espaços de vida.

*Diário, fevereiro de 2021*

*“Jessica, queria te contar uma coisa que me deixou feliz. Ontem no final da tarde, depois que o K. cansou de jogar ping pong, eu chamei ele pra conversar, queria estar mais próxima, né? Ele falou pra mim que o dia tinha sido muito bom, que não tinha sentido vontade de usar. Ele passou no jovem aprendiz, né? Disse que tava feliz com isso. Ele virou pra mim e disse assim: ‘tia, acho que eu não preciso mais ir pro hospital, né? Eu tô conseguindo ficar aqui’. Era isso que eu queria te contar que ele tá mudando a percepção dele que na verdade ele não quer hospital, ele quer limite, cuidado forte e ele tá tendo, tá? Esse é o trabalho de vocês.*

“Na sutileza do trabalho é que vamos encontrando o sentido” – seguiu a colega de trabalho. Desta vez, conseguimos investir de outras maneiras sem usar de tecnologias duras e manicomiais, mas nem todos os dias terminam assim.

Estes personagens vão compondo um cenário de muitas tensões entre a expectativa - de familiares, instituições e da própria equipe - de regulação dos comportamentos e corpos desviantes e o que emerge da relação serviço-usuário e se concretiza em projetos de vida. Por tal complexidade, foram eles que inicialmente contribuíram para o desenho das trajetórias de cuidado neste CAPSij III.

### **Parada técnica: pouso que movimentata**

Afinada à proposta já citada sobre a clínica-acontecimento de Ferigato (2013), encontramos junto a Liberman e Lima (2015) outra mais, além de uma pista sobre como prosseguir: o acontecimento é um encontro que desestabiliza uma organização subjetiva, mas, ainda assim, nos impele à criação de novos mundos.

O acontecimento dá-se por um encontro que desestabiliza um estado de coisas, desterritorializa uma organização subjetiva, uma corporeidade, uma teia de sentidos. Para acompanhá-lo, é preciso ir além do momento de desestabilização ou crise e poder criar novos corpos, ritmos, mundos à altura do acontecimento feito de simultaneidades. Muitas camadas estão implicadas: ecologias físicas, afetivas, sociais, antropológicas, culturais, históricas, tecnológicas, políticas, de poderes e valores(...)os diversos corpos presentes ao acontecimento se encontram, afetam-se e põem-se em devir (LIBERMAN; LIMA, 2015, p.187).

Essa desestabilização, já citada como “o caos de 2018”, nos desterritorializou enquanto equipe de saúde mental. Neste momento da escrita, revisitando anotações, transcrições de entrevistas e reencontrando as produções materiais, é possível improvisar alguns acoplamentos entre elas. O caos de 2018 esteve relacionado à abertura de um novo serviço para a comunidade, mas também a um acontecimento traumático para a equipe e para alguns adolescentes que naquele momento eram cuidados no *Tô Ligado*: a tentativa de suicídio de uma adolescente dentro do serviço, seguida de sua morte algumas semanas depois. Esse acontecimento se encontra na linha do tempo com a lembrança dos adolescentes sobre aquele momento “caótico”, além disso, as crises, as brigas entre os adolescentes e deles com a equipe eram frequentes neste período. Poderíamos pensar que esse caos se tratava de uma resposta produzida por eles – na relação com o serviço – na tentativa de ressignificar aquela experiência tão dolorosa? “*Essa equipe tem que mostrar que sobrevive às bombas*”, anotei em um cantinho do caderno a frase dita por nossa supervisora durante esta época. Mas de que maneira?

Lançamos mão de um dispositivo que nos permitiu olhar para os processos de trabalho, para a configuração da casa e de que maneira ela estava organizada: a parada técnica.

Kastrup (2009) ao pensar as variações da atenção do cartógrafo, propõe quatro gestos atencionais: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento. Como habitantes de um novo território, convocados pelo fluir dos acontecimentos que não nos pedem licença, estávamos, enfim, naquele 2018, já dito caótico e precisávamos de uma pausa. Um pouso *no* movimento, não *do* movimento, como sugere a autora, uma possibilidade de certo enquadramento no campo perceptivo, um zoom, sem, no entanto, focalizar um problema específico. Tínhamos a demanda de repensar o processo de trabalho sem nos afastar dele. Para isso, nos disponibilizamos a estar no espaço do CAPS sem atendimentos agendados, sem rotina definida, parar o que era automático e assumir inteiramente o compromisso de olhar para o que mais nos incomodava naquele momento. Éramos corpos diante do acontecimento pondo-se em devir, como recomendaram Liberman e Lima (2015).

Neste período, a sala de equipe era localizada no andar de baixo, onde havia uma divisória com uma sala do antigo gestor. Os quartos ainda eram localizados no andar superior, onde também existia uma sala com televisão, alguns jogos e sofás, onde eram realizados grupos

e onde alguns adolescentes permaneciam quando estavam de HD ou em acolhimento. Nossa primeira decisão foi alternar esses dois espaços: a sala de convivência passou ao andar térreo, compondo o cotidiano do serviço, com o ir e vir das pessoas na recepção, indo ao banheiro, à cozinha ou ao jardim. Além da televisão e DVD, o videogame, – doado por uma estagiária – o computador, livros, alguns jogos e também um varal de desenhos de trabalhadores e usuários, passaram a habitar os tons daquela ambiência. A “sala do gestor” também foi transformada em outro espaço, em diversos momentos e para diversas funções ao longo dos anos: inicialmente era a nova “sala de música”, com alguns instrumentos musicais que tínhamos e também com material de artes; nos dias de hoje, essa sala é usada para guardarmos os produtos de nosso Bazar.

Já que a estrutura geral da casa não seria modificada, usamos o nosso corpo para ressignificar o que também estava dolorido no espaço de trabalho. Foram dois dias de sobe e desce escada, carregando sofás, armários, mesas e estantes. Amassamos e jogamos fora muitos papéis antigos, reativamos memórias e construímos outras tantas: os vínculos entre alguns trabalhadores também puderam ser ressignificados, rompidos ou fortalecidos.

O primeiro semestre de 2018 também se caracterizou pela entrada das crianças ao serviço e início do matriciamento. Havia uma proposta de criar grupos para conhecer esses novos usuários e suas famílias, entretanto, poucos eram os profissionais que estavam disponíveis, – a lógica do especialismo também ronda o atendimento infantil – sobrecarregando alguns, mais do que outros. Com a demanda aumentando cada vez mais, as ofertas de grupos não eram suficientes, pois era muitos encaminhamentos vindos das UBS. Recordo uma das primeiras reuniões de equipe que participei: a gestora substituta perguntou quem aceitaria ir representando o CAPS em uma reunião entre UBS e escolas de determinado território e eu concordei, sem ter ideia do que era aquilo que chamavam de apoio matricial. Uma das entrevistadas também relembra esse início:

*“As pessoas se recusavam a ir, simplesmente não iam. A gente tinha discussões de ‘pra quê que eu vou na Atenção Básica?’ (...) e aí você bancou o matriciamento o primeiro ano inteiro e depois em 2019 a gente começa o matriciamento quando entrou a equipe que está hoje.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2017)*

Essa experiência do matriciamento não se esgotaria em um capítulo, entretanto, parece interessante demarcar algumas trajetórias percorridas na construção desse dispositivo: em

Santos, com a presença do já citado PSE, há a presença das orientadoras educacionais de cada escola do território durante o matriciamento, produzindo, muitas vezes, um encontro guiado pela lógica do encaminhamento e não do cuidado compartilhado; com a sustentação da presença de alguns trabalhadores do *Tô Ligado* nas UBS e estreitamento de vínculos com esses profissionais, foi possível marcar um lugar de discussões e de trocas, nem sempre tranquilas, mas abertas para que pediatras, agentes comunitários de saúde, enfermeiros e trabalhadores da saúde mental infantojuvenil possam se apoiar mutuamente dentro de seus mandatos. Essa relação entre Atenção Básica e CAPSij nunca está dada e não é a mesma em todos os territórios, já que, como dissemos no capítulo II, há uma baixíssima cobertura de equipes NASF em nosso território, o que dificulta ainda mais a entrada do CAPS no cotidiano das UBS.

*“Mudou com as tentativas de agenda institucional. Com as conversas, com muita briga, com muita discussão e depois com a mudança de equipe. A gente só conseguiu de fato fazer alguma coisa mais concreta com a mudança de equipe.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2017)*

Retornando aos cenários da parada técnica, a segunda delas foi principalmente o acolhimento para a nova equipe que se constituiu em 2019. Alguns trabalhadores se aposentaram e outros foram transferidos para outros serviços. Foi um momento de olharmos para o que tínhamos construído até o momento, quem era essa nova equipe e o que ainda desejávamos construir.

O gesto de pouso indica que a percepção, seja ela visual, auditiva ou outra, realiza uma parada e o campo se fecha, numa espécie de zoom. Um novo território se forma, o campo de observação se reconfigura. A atenção muda de escala (KASTRUP, 2009, p. 43).

Dessa vez era necessário mais tempo de pouso: reservamos dois dias para *parar* sem parar, o exercício do pensamento era constante. Em um primeiro momento, falamos de nós, nossas trajetórias e constituição em trabalhador da saúde mental, narrativas que se materializaram em produção coletiva (Figura 01). Seguimos a pista de Merhy (2013) sobre os alívios produtivos e, acompanhados por uma mesa de café da manhã, repactuamos toda agenda institucional, nos organizamos em mini-equipes divididas a partir dos territórios, lançamos mão de alguns dispositivos até então negligenciados, reparamos e abandonamos outros. Os grupos para crianças, antes divididos entre “avaliação” e “terapêuticos e intervenção” foram encerrados e optamos por um modelo de grupos de convivência, como espaços mais livres e de mediação,

onde a avaliação também estaria presente, já que percebemos como a falta de espaço para avaliação dos processos terapêuticos cronificava muitos casos.

Encontro em minhas anotações pessoais, escritos durante uma reunião de equipe em que avaliamos esse percurso:

*Diário, junho de 2019*

*O que avançamos? Passagem de plantão, livro de plantão, matriciamento, convivência, relatório de produção; construção e registro de PTs, pouquíssimo; definir equipes de referências, mais ou menos. Passagem de plantão foi divisor de águas, gestão do tempo: o que deve ser passado? Mini-equipe: coletivizou o trabalho; Livro de plantão: escrita e leitura é um mecanismo institucional com sentido de cuidado. Acolhimento inicial nunca é sozinho, sempre em duplas, no mínimo. A convivência “largada”: coloca a criança que está em acolhimento inicial. Convivência é a única oferta de cuidado?*

Em um serviço acelerado pelo seu cotidiano, o dispositivo da parada técnica se torna tão desafiador como estratégico, pois a lógica da produtividade captura a todos nós. É preciso estar atento para atenuar a intensidade do movimento.

### **Habitar um território**

*“Acredito no trabalho territorial, no esvaziamento das salas e que a gente ocupe os espaços de território. A gente tem tentativas importantes, quando vocês saem e vão pra Vila Criativa, quando vai pra praia, pra praça, quando vai dar uma volta no quarteirão com o fulano, na casa. É esse cuidado que faz sentido pra eles, né?”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2017)*

Falar sobre território é falar sobre um dos principais mandatos do CAPSij, já mencionado anteriormente: o mandato gestor ou *ordenador da rede*. Elia (2005) atenta para que esta função não seja confundida com um tipo de poder que o CAPS exerceria sobre os outros serviços que compõem a rede de cuidados, mas para que seja um *locus* que incorpora e faz valer as diretrizes da política de saúde mental infantojuvenil em determinada região. Indica que esta função de ordenador sempre gera conflitos e sugere um significado possível:

encarnar, nos confins mais capilares do território, a lógica e a política de atenção psicossocial, articulando serviços, intervindo o mais desinibidamente possível – mas sem nenhuma pretensão de comando – em qualquer instância, por mais privilegiada que seja (uma Vara de Justiça, por exemplo [...]) ou por mais perigos que apresente (o poder do tráfico de drogas, [...] milicianos[...]) (ELIA, 2015, p. 257).

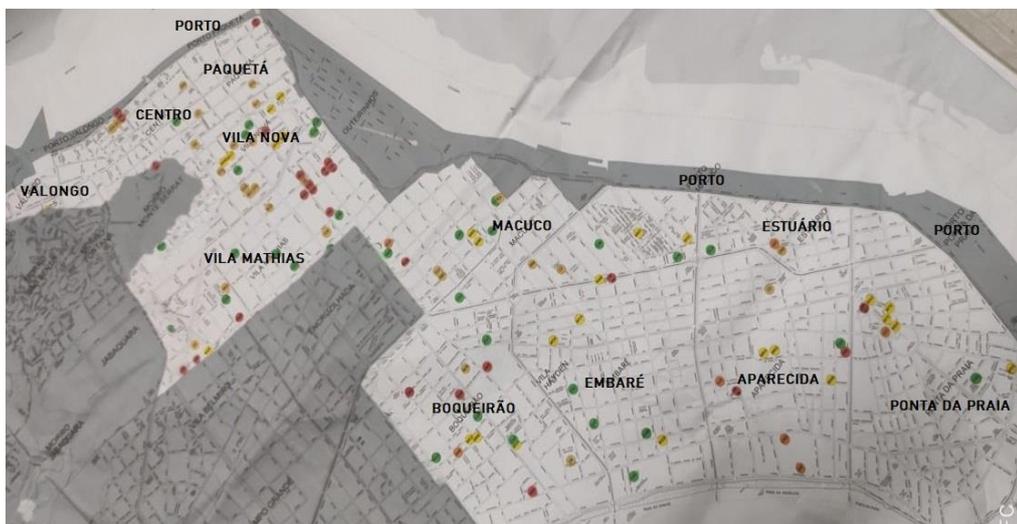
Ou seja, o CAPS não deve recusar o poder da micropolítica, das pactuações coletivas, o poder – ou, como sugere o autor, a potência – em fazer cumprir seu mandato de porta de entrada do sistema de atenção e ordenador da rede.

O autor também propõe pensar em uma dimensão transunitária e territorial da equipe do CAPS: ela não é um todo fechado, mas deve fazer continuar o fora no dentro e o dentro no fora, como o exemplo da Banda de Moebius, embora às vezes também se faça necessário delimitar o interior e exterior; por transunitária, quer dizer, ultrapassa a definição de equipe de saúde mental, pois “todo ato clínico será também territorial, deverá inscrever-se em uma lógica territorial, no tecido urbano da cidade (...) como os territórios subjetivos dos usuários, que tem, cada um, mais de uma cidade em seu mapa como sujeito.” (ELIA, 2015, p. 253). Assim, sugere uma leitura em que o território faz parte de seu íntimo interior, não é apenas algo exterior ao serviço.

São muitas as leituras para compreender o conceito de território no âmbito do CAPSij e, mais do que isso, a clínica possível de operar nesta instituição. Para além de uma área geograficamente demarcada sobre a qual o serviço se responsabiliza pelas questões de saúde mental de crianças e adolescentes, deve existir uma presença ativa neste território e uma receptividade afetiva ao campo (ALVAREZ; PASSOS, 2009), ainda que em um lugar já conhecido. Auxilia-nos a concepção de territórios existenciais, proposto por Deleuze e Guattari (1997), cujo espaço físico não é preexistente, mas possui uma dimensão processual que pode se configurar ou reconfigurar a partir da relação entre as pessoas. Para os autores importa mais as expressões territorializantes do que as funções territorializadas, ou seja, suas descrições e explicações. Consideremos, desta maneira, as dimensões subjetivas de usuários e trabalhadores e o que se permite de deslocamento nesta relação, na tentativa de compreender as maneiras de trabalhar no – e com o - território.

A partir de 2019, entre saídas e chegadas de trabalhadores, houve uma redistribuição dos territórios de referência para cada CAPS infantojuvenil do município. Além da responsabilização pelo cuidado aos sujeitos que faziam uso prejudicial de álcool e drogas, os três CAPSij tiveram que se aproximar e adentrar territórios antes desconhecidos. A figura 3 mostra uma parte do mapa produzido pela PMS após esta redistribuição, sinalizando os territórios de referência e de responsabilidade do *Tô Ligado*, – com exceção dos bairros de

Caruara e Monte Cabrão, localizados na área continental de Santos - totalizando seis UBS e quatro USF, compondo um mapa extenso e múltiplo sobre o qual pretendemos olhar neste momento, considerando a expressividade desta formação territorial, como sugerem Alvarez e Passos (2009).



*Figura 3: Mapa dos territórios de referência do CAPSij Tô Ligado*

O território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, (...) cuja importância é função da relação do sujeito com cada uma delas, incluindo, centralmente, portanto, o próprio sujeito na construção do território. Trata-se de um campo interinstitucional, mas também intersubjetivo, que constitui o lugar psicossocial do sujeito (ELIA, 2005, p.51).

Como, então, agir com essas múltiplas expressões territoriais (ALVAREZ; PASSOS, 2009, articulando demandas em saúde mental e recursos para ampliação de vida?

Durante muitos anos os bairros que compõe a região centro-histórica – Vila Nova, Paquetá, Vila Mathias, Centro, Porto e Valongo – eram considerados territórios nobres, hoje abandonados pelo poder público e pela migração de famílias com mais recursos para a orla da cidade (COSTA; IMBRIZI; KURKA, 2015). Seus moradores, em sua maioria, vivem em cortiços ou casas com mínimos recursos, assim como o território ao redor. Apesar da região centro-histórica abrigar diversos equipamentos públicos, incluindo a Secretaria de Saúde e de Educação, por exemplo, os recursos abertos para a comunidade são pouquíssimos, sendo a rua o espaço coletivo mais habitado por crianças e adolescentes que ali vivem. Não são raras as demandas escolares advindas deste território, principalmente sobre meninos no Ensino Fundamental, em que notamos um inegável discurso sobre a patologização da pobreza. Nesse território também estão a casa de acolhimento infantojuvenil (casa de passagem), um abrigo

para famílias e um abrigo protetivo para mulheres e crianças vítimas de violência. É também nesse território que estamos localizados.

Há um segundo bloco neste vasto território, composto pelos bairros da Ponta da Praia, Aparecida, Boqueirão e Embaré, em que são maiores as possibilidades de circulação devido à proximidade da praia, centros de compras, shoppings, aquário municipal, SESC, museus, clubes e praças. Neste território percebemos que as famílias possuem um pouco mais de recurso econômico em relação aos outros territórios.

As crianças e adolescentes da área continental – Caruara e Monte Cabrão – frequentemente nos desafiam menos pela distância, do que por sua singularidade. Somos convocados a nos despir de pré-conceitos sobre a infância e sobre a violência para adentramos suas casas, seus quintais com bananeiras e, ao final de uma visita, receber camarões e mariscos de presente, frutos do trabalho de algumas famílias.

*Diário, 17 de julho de 2020.*

*Me deparei com a dura realidade das palafitas de Santos, com as condições em que vivem aquelas pessoas, com a escassez de políticas de habitação, entre manguezais e a imponente orla da praia. Talita nos recebeu em sua recém comprada casa, sem piso, sem luz, mal conseguíamos enxergar dentro. Contou orgulhosa que em uma semana conseguiu fogão e gás. Abriu uma porta que estava próxima do fogão e vimos quatro palmos de terra, uma área que não tinha meio metro de espessura, cercada de água. Ela falou que queriam ampliar ali, porque as crianças gostavam de brincar ali. Eu vi lixo nas águas e tentei imaginar como o pequeno William brincaria ali. Agradei mentalmente por a conselheira tutelar não estar conosco naquela visita.*

A SECERPA, em sua agenda institucional, também contemplava passeios pontuais à museus, equipamentos públicos e algumas atividades fixas no território, em sua maioria, a partir de acordos informais dos trabalhadores. O grupo de canoagem, lembrado por todos os adolescentes entrevistados, não acontece desde 2019, após a saída da trabalhadora que praticava canoa havaiana e mediava esses encontros. Apesar de conseguirmos, a partir de um projeto escrito por dois trabalhadores do *Tô Ligado*, diversos materiais para atividades de praia, até o momento, o “grupo da praia” não acontece regularmente pois, não há lugar físico adequado para guardar estes materiais. O grupo de cinema também era uma atividade fixa, agenciada por

uma estagiária com um dos cinemas da cidade: todas às quartas feiras, um grupo de adolescentes e uma dupla de trabalhadores tinham entrada gratuita em um determinado horário, geralmente o primeiro do dia, mais vazio. Após a saída da estagiária, este contrato informal permaneceu até segundo semestre de 2018, quando fomos informados sobre a impossibilidade de seguirmos com o grupo de cinema.

*“A gente não pode ser um lugar de adaptar gente, de normalizar gente. A gente tem que ser um espaço que garanta que ele possa ser quem ele é, mas também não pode ser uma Disneylândia, que é só dentro que o mundo da fantasia acontece. A gente tem que garantir que ele possa ser quem ele é nos espaços da comunidade, onde ele vive, no território dele, onde faz sentido pra ele, onde ele habita. Nisso acho que a gente teve muito avanço.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2017)*

A partir da transição do serviço, cresceu a preocupação com a produção de saúde costurada ao território. O que fazer lá e qual a abordagem? Com o que nos comprometemos no território? Eram muitas dúvidas quando o tema era pautado, ao mesmo tempo, dentro da equipe não havia um consenso sobre a importância de estarmos mais fora do que dentro do serviço.

Compreendemos que o trabalho do CAPSij *no e com* o território se concretiza em cenários bastante singulares: a visita domiciliar, para intervenção terapêutica ou busca ativa e a circulação pelos espaços deste território, seja em atividades/passeios pontuais ou nesta presença permanente do serviço para fora de seus muros. A busca ativa, ainda que rotineira para os serviços de saúde no geral, na saúde mental não se faz sem questionamentos sobre nossa medida para o cuidado: buscamos por um sujeito que não vem ao serviço ou buscamos por um sujeito que está na tentativa de circular por territórios distintos a este serviço?

*Diário, 17 de julho de 2020*

*Outra ação de território. Dessa vez partimos para outro lado da Zona Noroeste: Vila São Jorge, em busca de Celina. Estava com a técnica de enfermagem, a residente e um motorista bastante bem humorado. Fomos ao local já conhecido de uso, uma moça disse que ela estava por lá, mas não na biqueira. Fomos à UBS da área, articular com as agentes comunitárias e pedir, caso a vissem, para chamá-la para um cuidado na unidade. Voltamos à cena de uso. Dessa vez, adentramos um pouco mais, havia um muro demarcando o fora e o dentro. Nos apresentamos como profissionais da saúde, procurando Celina.*

*Disseram que ela estava ali, mas foi embora com um ‘coroa’. Disseram pra gente “tirar essa menina de lá”. Sugeriram que ela estivesse na linha amarela e pensamos na Gruta, perto do túnel por onde passa o VLT, apelidado de “cracolândia” pela população. Era a primeira vez que eu entrava lá e estava mais vazio do que imaginei. Fomos adentrando o túnel, conversando com as pessoas que estavam ali e disseram que “criança não fica aqui não”. Retornamos ao CAPS, já era quase meio-dia.*

*Diário, 24 de julho de 2020*

*Nova busca por Celina. Dessa vez o motorista não contribuiu com o bom humor, estava incomodado, pois estávamos entre o território de Santos e São Vicente. Encontramos as mesmas pessoas da semana passada. Nos reconheceram e disseram que Celina saiu ontem à noite com um amigo para ir para uma clínica. “Eles chamam o CAPS de clínica às vezes”, pensei. Saímos de lá com a sensação de que se tratando da Alice, estamos sempre um passo atrás.*

O transporte é uma questão estrutural importante, cuja insuficiência – um carro para todos os serviços da saúde mental – muitas vezes nos impede de estar de maneira mais frequente em territórios mais afastados do CAPS, sendo necessária, como em tantas outras cenas narradas nesta pesquisa, a articulação pessoal e financeira de cada trabalhadora/trabalhador.

Com a constituição de alguns grupos de convivência para diferentes faixas etárias, a proposta de ocupação dos espaços públicos era pensada em cada encontro, sem grades fixas. O “grupo de quarta”, composto principalmente por meninos adolescentes, propôs circular por alguns espaços da cidade a partir do desejo de cada participante: gibiteca municipal, praia e praça com pista de skate. Crianças com algum tipo de agitação corporal, com autismo, com deficiência intelectual compunham o grupo de terça à tarde e quinta de manhã. Com essas crianças experienciamos diferentes maneiras de habitar os espaços da cidade, desde equipamentos públicos circunscritos à área do CAPS, até o Jardim Botânico, ultrapassando os limites territoriais para a região da Zona Noroeste. Equipamentos que apesar de públicos são pouco habitados por essas crianças.

A praia, nessa cartografia, ocupa um lugar fundamental como espaço de produção de vida: Santos, apesar de possuir vasta extensão de praia, para estas crianças, o acesso não é algo

do comum. Em uma dessas aventuras com as crianças, trabalhadoras, estagiários e residentes sustentaram toda aquela energia que circulava, mas bexiga de água e pic-nic não foram suficientes certo dia: nossos corpos também rolaram entre areia e mar.

Pensar as possibilidades de circulação dos sujeitos que cuidamos, nos faz pensar em nossa responsabilidade de ampliar as trocas afetivas e materiais destes e é aqui onde nos deparamos com a potência em ocupar “o território da cidade com a loucura” (YASUI, 2006, p. 116). No momento em que emprestamos a eles – crianças, adolescentes, famílias - nosso poder contratual com um território que possibilita outras experiências com a cidade, além das já rotineiras, estamos costurando novos territórios existenciais: em uma exposição na Pinacoteca, em uma mesa redonda no SESC durante o dia da visibilidade TRANS, no museu da Vila Belmiro, em um bloco de carnaval organizado no bairro onde está o *Tô Ligado*, pela UBS, Consultório na rua, Centro pop e CAPS adulto.

Há construção de território psicossocial quando o barbeiro do salão localizado na rua do CAPS abre as portas para um adolescente aprender a “fazer uns cortes”; quando uma criança sai em disparada durante um grupo para a rua e os feirantes ajudam os técnicos a busca-la; quando somos o lugar que “*tem doido*”, mas também o lugar que “*deveria ter uma placa!*”. O território é tecido quando viramos a noite com a molecada no CAPSij; quando, durante o grupo do Bazar, a população de rua que busca o almoço na ONG vizinha, encontra alguma peça de roupa na caixa de doações ou adentra o *Tô Ligado* “*só pra dar uma olhadinha*”, para usar o banheiro ou beber água. Adolescentes, transeuntes, feirantes e trabalhadores se misturam, criando certa porosidade entre serviço e recursos do território (YASUI, 2006). Essa porosidade entre serviço e território é o que possibilita o estabelecimento de trocas sociais e aquisição de lugar social positivo, elementos inerentes ao processo terapêutico em saúde mental (LYKOUROPOULOS; PECHY, 2016).

Devemos, portanto, ser norteados pela premissa da inserção social como direito inegociável, especialmente em situações que os sintomas provocam a exclusão social. Quando mães de meninos com autismo sentem-se tão à vontade durante uma ida à praia e se permitem apenas sentar nas cangas e observar seus filhos com outras crianças, sabemos que ali está operando a heterogênes<sup>33</sup>, sem planos definidos, enrijecidos. Estamos, enfim, ensaiando e nos desafiando a firmar um compromisso de estar *estando*, à deriva. Mais atentos e mais

---

<sup>33</sup> Heterogênes<sup>33</sup> diz respeito à produção do diferente, do diverso, daquilo que escapa da homogeneidade, do comum, do medíocre. Recomposição de territórios existenciais, reterritorialização, ou seja, é desfazimento de um território existencial e produção de outros simultaneamente (YASUI, 2006, p. 116).

interessados em sustentar a nossa presença no – e principalmente com o - território do que, capturados por uma lógica do fazer.

*“(...) e com o tempo a gente vai aprendendo que aquilo é importante também, né? fui fazendo outros vínculos com os pacientes também, outros tipos de atividades. A enfermagem geralmente é uma coisa mais tensa, né? Aí você chega aqui e vai pro orquidário com eles, no aquário... (muito risos). Fui vendo que isso era o serviço da saúde mental também, faz parte, não só da doença.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2013)*

**PARTE IV**  
**UM CAPSij III-ACONTECENDO**

*Ela é o signo sempre presente que a humanidade do homem não repousa somente sobre sua força e poder, mas, de maneira mais secreta, mas essencial, sobre suas faltas e suas fraquezas. É porque a infância não é a humanidade completa e acabada que ela nos indica o que há de mais verdadeiro também no pensamento humano: a sua incompletude, isto é, a invenção do possível.<sup>34</sup>*

---

<sup>34</sup> GAGNEBIN, J. M. Sete aulas sobre linguagem, memória e história. Rio de Janeiro: Imago, 1997, p. 182-183.

## O papo reto: participação e controle social

*Diário, julho de 2020*

*“Olha, papo reto. Vocês me chamem só quando for pra pôr a mão na massa. Dessas reuniõezinhas, blablá eu não participo mais” (adolescente no CAPSij durante assembleia on-line).*

Lembro da primeira assembleia que participei no *Tô Ligado*, que também era a primeira assembleia do serviço, em 2018. Éramos mais profissionais do que adolescentes e falávamos muito mais que eles. Percebemos o erro e ao passo que as assembleias se tornaram frequentes, um certo clima de êxtase tomava conta do serviço durante os dias que antecediam esses encontros. “*Vocês vão ver, vou falar tudo na assembleia!*”. Naquele momento sabíamos que a sensação de pertencimento, ao menos para aquela adolescente, estava dada, embora isso incomodasse muitos profissionais da equipe.

Ainda que a participação social e o protagonismo do sujeito em sofrimento psíquico sejam basais nas práticas de saúde mental, esbarramos em algumas dificuldades para garantir espaços onde a fala dos usuários tenha eco e faça parte do cotidiano do serviço. Neste, as assembleias se constituem como principal ferramenta-espço para aproximar as políticas da vida na comunidade, possibilitando o aumento do poder contratual de crianças, adolescentes e seus familiares, através de experiências mais coletivas e emancipatórias (TAÑO, MATSUKURA, 2015; BRAGA; LUCAS D’OLIVEIRA, 2019).

Em 2018 também, a equipe começou a refletir sobre a necessidade de ocuparmos espaços de controle social para dar voz às demandas e compartilhar a realidade do serviço. Assim, neste mesmo ano, iniciei participação nas Assembleias do COMAD e devido à organização da X Conferência Municipal, pudemos agenciar a presença e colaboração de alguns adolescentes durante essa construção: G., era uma menina de 15 anos, cujo período de acolhimento integral no *Tô Ligado* – devido ao uso abusivo de álcool – coincidiu com um dia de reunião preparatória da Conferência e por esse motivo, propomos que ela pudesse participar deste encontro com suas experiências intrinsecamente ligadas ao tema da discussão ali proposta. Naquela manhã, G. disse o quanto nós, adultos, não entendíamos o adolescente que fazia uso de alguma substância e todos conselheiros, presidente e secretários pararam para escutá-la e receberam orientação sobre como fazer uma Conferência de políticas públicas sobre drogas que acolhesse as demandas de crianças e adolescentes. Nossa pré-conferência foi organizada no espaço do *Tô Ligado* em conjunto com a equipe e usuários do CAPSad, nossos vizinhos de

território. Naquela tarde debatemos propostas em comum para o cuidado no campo do álcool e outras drogas e elegemos os delegados para representação na Conferência. Um dos adolescentes eleito delegado - nosso usuário e também participante desta pesquisa – estava determinado a fazer-se escutar durante a aprovação das prioridades para o Plano Plurianual: não foram poucas as vezes em que levantou a mão e o corpo da cadeira para falar. Como a adolescente em nossas primeiras assembleias no CAPS, ele parecia ter compreendido seu papel ali:

*“Lembro que eu falei da maconha. Perguntei por que a maconha é ilegal e não souberam me responder.”*

Sáímos da Conferência em êxtase, com muitas propostas aprovadas para o fortalecimento da política de redução de danos, do protagonismo do adolescente, uma nova presidenta para o Conselho e uma redutora de danos na vice-presidência. Trabalhadores dos serviços assumiram algumas cadeiras também e assim iniciou um novo capítulo na história do controle social na política de álcool e outras drogas em Santos.

O início das reflexões sobre a participação nos espaços de controle social coincidiu com o início do atendimento às crianças e não tardou muito para que suas famílias, em sua maioria mães, questionassem a estrutura física do *Tô Ligado*, a falta de recursos e em determinada época, a falta de médicos, além de outras tantas demandas em relação ao acesso a diversos serviços da rede. Definimos que iríamos agenciar a participação das famílias no CMDCA, mas quais famílias teriam a disponibilidade de permanecer em uma reunião quinta-feira das 9h às 12h? Um lugar de disputa e talvez, desenhado dessa maneira, para obstaculizar participações outras...

Retornando à primeira assembleia, um dos temas que muito falávamos era sobre a eleição do Conselho Gestor da unidade. No dia, havia um representante do conselho de saúde para nos ajudar nesse processo, mas, como não houve interesse ou como não conseguimos usar uma linguagem acessível, que pudesse produzir o interesse, naquele dia não houve eleição e entendemos que não era o momento para isso e talvez, a urgência fosse mais nossa do que dos usuários. Finalmente, a eleição do Conselho Gestor ocorreu um ano depois, em 2019, composta por adolescentes e profissionais, pactuando a horizontalidade na tomada de decisões relacionadas ao serviço, entretanto, esta equação entre princípios, plano das leis e a dinâmica cotidiana do CAPSij se manteve em equilíbrio por pouco mais de um ano. Talvez tenha sido a pandemia, talvez nossos desejos e necessidades neste momento não disponham da força necessária para sustentar esse espaço.

*Diário, 02 de agosto de 2021*

*Assembleia presencial depois de tanto tempo. K., que estava em acolhimento falava ininterruptamente sobre o suco ser péssimo e o arroz e feijão ok. C., acompanhado no serviço há muitos anos, disse que notava as tantas mudanças. Alguns trabalhadores falaram sobre a luta contra a terceirização da saúde mental e o que a terceirização poderia significar. “A gente já demora pra conseguir falar com alguém, quando consegue, querem tirar de nós? Quem tiver com a saúde mental meio blah, pode vir aqui que o CAPS acolhe”, manifestou uma das jovens que estava em pé, na porta da sala de convivência.*

O desafio principal parece ser fazer ver na realidade e no dia a dia do serviço o potencial de decisão da assembleia, concretizar no real o que pactuamos em coletivo. Precisamos – trabalhadores, usuários e familiares – testemunhar no dia a dia a materialidade de nossas discussões, mudanças reais que se concretizam nos espaços e nas práticas.

Seguimos com o desafio de reescrever essa linha de fuga em nossa construção de um serviço público, aberto e, de fato, comunitário.

### **Transferências e transições: meninos e meninas que nunca se vão por inteiro**

*Diário, 11 de junho de 2019*

*Um aparecimento repentino e saudoso nos faz pensar sobre a continuidade do vínculo e o que o sustenta por tanto tempo, mesmo após a saída do profissional de referência deste ou daquele usuário. O que o CAPS representa para eles nunca saberemos. Certamente são forças distintas das que nos ligam a eles. Por que é tão difícil nos despedir de alguns usuários?*

Uma tragédia pede passagem nesta escrita. Não há como seguir e borrar o ocorrido em 22 de julho de 2020, dia em que soubemos da morte de um jovem que acompanhamos durante muitos anos, tanto na SECERPA, quanto no CAPSij *Tô Ligado*, onde ele vez ou outra aparecia na unidade para nos abraçar, conversar ou somente para comer. Nossas brincadeiras giravam em torno do tanto que ele comia ou do meu tamanho - ele adorava fazer piadas sobre minha altura. O conheci quando iniciei na Prefeitura, no serviço de acolhimento/casa de passagem

para crianças e adolescentes. Foi um dos primeiros adolescentes que convivi na casa e me ensinou “como as coisas funcionavam”. No primeiro dia contou sobre a mãe que havia falecido muito jovem, o pai que estava em regime prisional e sobre a canoagem que fazia em outro serviço, a SECERPA. Foi através dele que conheci este lugar e mantive contatos pontuais. Lembro de seus olhos caídos - iguais aos da avó, que recentemente pude conhecer, quando fomos oferecer nosso apoio. Lembro-me também das mãos emagrecidas e das unhas carcomidas, aquele toquinho de unha que combinava com sua maneira de falar, às vezes, ininterruptamente.

Este jovem, a quem não será atribuído nenhum nome fictício, era negro, pobre e se envolveu com o tráfico de substâncias antes de chegar à maioridade. Uma tarde, após o fim de seu período de internação na Fundação Casa, apareceu no *Tô Ligado* e nos disse que desejava voltar a tomar a medicação que tomava na instituição pois o ajudavam a dormir. Os meses que seguiram foram de muitas presenças espontâneas, o que incomodava uma parte da equipe, provocava certo desconforto e fazia refletir outro tanto. “*O que a gente tá oferecendo pra ele, nesse momento? Ele só vem, come, fica um tempo na sala de tv, conversa com quem está na convivência e vai embora*”. Eram muitos questionamentos e poucas propostas. Alguns profissionais pensavam que, enquanto ele estivesse procurando por nós, deveríamos estar disponíveis e articulados com a rede que o atendia – ele era acompanhado por diversos serviços da Assistência Social: CREAS, abrigos, Conselho Tutelar e Abordagem de rua. De repente, não apareceu mais. Após sua morte estes serviços se reuniram na tentativa de elaborar algo, como uma tática de guerra, para que não fosse mais um jovem negro atendido pela rede de Santos que teve sua vida interrompida pela negligência do Estado e pelo racismo estrutural<sup>35</sup>. Até o momento desta escrita não conseguimos elaborar algo concreto, além de uma narrativa coletiva que, de certa maneira, fez parte do processo de elaboração do luto. Processo porque, vez ou outra, ao encontrarmos outro jovem acompanhado de narrativa semelhante, somos atravessados por um sentimento de impotência e corrida contra o tempo, como se estivesse em nossas mãos adiar ou frear a chegada ao que parece ser um destino inevitável. Sobre esse destino, Rosa e Vicentin (2010) advertem a impossibilidade de uma instituição isolada – ainda que seja a de saúde mental - desemaranhar a complexa trama em que esses jovens se inserem e indicam a

---

<sup>35</sup> O Atlas da Violência produzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) tem denunciado o aumento de mortes da população jovem negra. “Em 2017, 75,5% das vítimas de homicídio eram pretas ou pardas. Entre os adolescentes e jovens de 15 a 19 anos do sexo masculino, os homicídios foram responsáveis por 59,1% dos óbitos” (p.31).

necessidade de problematizar os seguimentos de cuidado que estejam alinhados à lógica individualista.

Estes acontecimentos, sua presença no serviço para *fazer* nada, seguido de sua morte, despertou em nós a necessidade de refletir como um serviço para crianças e adolescentes deve agir com seus usuários que alcançam a maioridade, principalmente em relação aos jovens que foram “herdados” do serviço SECERPA – cujas demandas não eram necessariamente de agravo em saúde mental para seguir em acompanhamento no CAPSij mas, apesar disso, sustentavam o vínculo com aquele espaço e relatavam um sofrimento inerente a recém chegada fase adulta, encontrando desamparo do Estado e da sociedade. Após os 18 anos, todos parecem fechar suas portas.

A falta de consenso em relação à classificação etária do que se considera criança e adolescente<sup>36</sup>, assim como a ausência de portaria federal ou marcos legais que regulamentem o funcionamento do CAPSij III parecem ser basais para esta questão rotineira no serviço: que linha traçar quando os adolescentes acompanhados alcançam à maioridade? Como desenhar neste acompanhamento o que se convencionou nomear *porta de saída*?

A questão complexifica quando se trata de jovens com deficiência ou com autismo: percebe-se certa resistência dos CAPS em acolher e acompanhar estes jovens adultos. Leite, Oliveira e Silva (2007) sugerem que esse movimento acontece devido ao grande número de usuários acompanhados e em circulação em um CAPS adulto, mas, principalmente, pelo imaginário de que para cuidar de pessoas com deficiência ou autismo é necessária certa tecnologia muito específica que não caberia em um CAPS adulto, cujo funcionamento tende a ser um pouco mais enrijecido que o serviço infantojuvenil. Do lado de cá, fortalece a ideia de que *só nós sabemos cuidar*, fazendo com que muitos jovens com estas demandas permaneçam acompanhados no CAPSij e pelo que percebemos, com o cuidado exclusivo medicamentoso, delineando a lógica ambulatorial dentro do CAPSij.

---

<sup>36</sup> “Os regramentos jurídicos e algumas políticas sociais apresentam divergências nos limites das faixas etárias da infância e da adolescência. (...) Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), criança é toda pessoa até 18 anos de idade. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente considera criança a pessoa até 12 anos incompletos e adolescente aquele entre 12 e 18 anos. O Ministério da Saúde segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo as quais criança é a pessoa que tem entre 0 e 9 anos de idade completos e adolescente aquela entre 10 e 19 anos completos. Essa divisão tem sentido a partir das especificidades de saúde de cada público específico, alinhada ao perfil epidemiológico de cada grupo populacional” (BRASI, 2014, p.16).

*Diário, junho de 2019*

*“Usuário autista adulto no SUS vira unicórnio, somem! Somem porque não olham, não sabem como trabalhar com ele, só quando dá trabalho, quebra tudo.” (trabalhadora do Tô Ligado em reunião de equipe)*

Parece que não há dúvidas, entretanto, quando são sujeitos psicóticos ou com algum sofrimento psíquico intenso, cujo olhar para a fase adulta, a convivência com outros jovens de sua faixa etária podem ser facilitadores no processo de cuidado. No momento que essas questões de maioridade atravessavam nosso cotidiano, alguns usuários nos guiaram e mostraram possibilidades de uma transferência cuidadosa em parceria com diferentes CAPS III da cidade. Um jovem que acompanhávamos desde os seus 16 anos, ao completar 18, ainda não dispunha da autonomia que se espera para essa idade e tão pouco era visto como adulto por sua mãe. Sofria com pensamentos delirantes desde que presenciou uma cena de violência bastante grave protagonizada por seu pai. Poderia ser um caso clássico de esquizofrenia, mas não era. Este jovem trazia muitos desafios para a equipe, além das medicações não aliviarem seus pensamentos e ideias, as queixas de violência contra a mãe passaram a ser frequentes, deixavam pistas de que agravaria.

*Diário, 10 de dezembro de 2019*

*Ontem, quando chegou ao CAPS, I. entrou na sala de equipe e sentou para conversarmos. Me perguntou se era normal sentir saudades do CAPS. Falou sobre uma relação de amor e ódio com o serviço e relembrou de outros atendimentos. Ria de alguma coisa que eu falava, que não tinha muita graça, mas ria mesmo assim. Nesse riso parecia haver algo diferente, algo de possibilidade para enfrentar o mundo lá fora.*

Após três anos de acompanhamento, articulações com a escola, visitas domiciliares, passeios na praia e vários períodos de acolhimento integral, pensamos na transferência para o CAPS adulto de seu território como maneira concreta de reafirmar essa mudança na vida de I.: não se tratava de um adolescente, por mais temerosa que essa ideia fosse para sua mãe. Ele seria fortalecido nesse sentido, reposicioná-lo enquanto sujeito adulto, propor que busque sua própria medicação, conviver e criar laços com outros jovens da sua idade e, de alguma maneira, interceder neste movimento de agressão à mãe, referindo que, em algum momento, ele seria responsabilizado por este ato.

*Diário, 12 de fevereiro de 2020*

*(...) depois de tudo isso e após o bolinho de chuva feito pela técnica de enfermagem, segui com o terapeuta ocupacional, a enfermeira, I. e sua mãe para o CAPS PRAIA – seu acolhimento inicial já estava combinado com um técnico do serviço que ficaria na referência do caso. No caminho, além da dúvida se ficaria internado lá, contou sobre como se sentiu expulso do CAPSij – ficamos em dúvida se isso era um conteúdo da mãe ou dele. “Entrada abrupta, saída abrupta”, respondeu quando perguntaram como ele se sentia em relação à transferência. Muito se falou sobre morte simbólica. Morte da adolescência, entrada na vida adulta. Abrupta. Como tornar esse momento mais leve? Saímos de lá mais tranquilos. Nós, por fazermos a transferência de maneira cuidadosa e em parceria; ele, com a proposta de retornar na semana que vem, após a escola, que ficava há poucas quadras do CAPS; e sua mãe, que pôde reagendar sua consulta médica que há dois anos não conseguia. Quando o deixamos em casa, me olhou e após um abraço disse: “Tchau, gostei das suas terapias.”*

Não perguntei o que o fez gostar das terapias. Essa foi sua surpresa terapêutica pra mim.

De todo modo, cada CAPSij - e cada profissional – definem maneiras distintas em relação às transferências de seus usuários. Em alguns serviços, caso o adolescente tenha 17 anos, mas próximo a completar a maioridade e busque acompanhamento em saúde mental, ele é orientado a procurar o CAPS adulto de seu território: efeito da falta de políticas, marcos legais e uma teia de serviços que conversem continuamente. Em nosso caso, optamos por acolher primeiro, compreender depois.

### **Entrada abrupta, saída abrupta: a crise escancara a porta**

*Diário, maio de 2018*

*A primeira crise de uma adolescente de 17 anos. Ninguém entendeu como, nem o porquê. Após um atendimento comigo (...), inicia uma briga com a chefe do serviço e eu tenho que intervir. Em poucos minutos, ela se direciona a mim e tenta agredir, chuta geladeira, porta e o que vê pela frente. É contida pelo amigo, tenta se trancar no*

*banheiro, mas conseguimos impedir. Ficamos eu, uma colega, a chefe e o técnico de enfermagem do lado de fora, tentando alguma via de diálogo, enquanto seu amigo, do lado de dentro do banheiro, a segurava no chão. O humor se alterava em um espaço muito curto de tempo: ora estávamos no chão da sala de equipe e ela se aninhava em nós, ora gritava o quanto nos odiava por não a ajudar. Pedia que a deixássemos ficar sozinha no banheiro. Falamos sobre remédio e isso a deixou mais nervosa. Oferecemos comprimido e negou, sem sair do chão do banheiro. Conseguimos que saísse de lá e falamos novamente sobre remédio. Sentou no corredor e parecia criança fugindo de injeção – dessa vez ria. Informamos o que havia na seringa e emprestamos nossas mãos e braços para que ela apertasse. Haldol e Prometazina na coxa esquerda. Ela consentiu e aquilo parecia fazer sentido no momento. Pensando melhor, aquela não foi sua primeira crise - as marcas se embaralham - mas a primeira em que a intervenção química foi a resposta possível. Alguns minutos depois, dormia aninhada no colo do amigo no chão do corredor em frente aos quartos.*

As marcas que produzimos em outros corpos e as que são produzidas em nós. No *Tô Ligado* costumamos dizer que saímos do CAPS, mas o CAPS não sai de nós. Deixamos o serviço impregnados de histórias, dores, desejos e medos que nos exigem a criação de um novo corpo para o dia seguinte, nos exige treinar e afinar o que Lancetti (2015) chamou de plasticidade psíquica – a partir de Freud - e atletismo afetivo – a partir de Artraud. O primeiro termo refere-se à flexibilidade e inventividade diante de situações-limite; o atletismo afetivo diz respeito à potência do corpo da trabalhadora/trabalhador diante do corpo do sujeito que sofre. Entendo tratar-se de uma exposição e disposição, mais do que conceitos, operadores do agir, com os quais, trabalhadores de saúde mental, cedo ou tarde, se encontrarão em seu cotidiano.

As marcas produzidas a partir de um momento de crise talvez sejam as mais duras composições que se constituem em nossos corpos. Ela escancara porta, quebra janelas, pula muros, mancha o chão, derruba divisórias *drywall*, movimentada o conjunto arquitetônico do serviço e, para além das intervenções estéticas, a crise nos encontra, colocam em xeque nossas apostas e nossos recursos frente ao sofrimento alheio.

Nesta cartografia do sofrimento psíquico, parece-nos importante traçar, primeiro, o conceito de crise que nos dispomos a cuidar: um afeto que deve ser combatido e anestesiado ou um momento de importante abertura ao vínculo com o sujeito que sofre? Dias, Ferigato e Fernandes (2020) nos mostram que a noção de crise no contexto biomédico está associada a casos agudos no que diz respeito à intensidade, gravidade e frequência, além de, historicamente, colaborar com a relação entre periculosidade do sujeito e internação psiquiátrica como resposta. Propõe-se, entretanto, outra definição e outros referenciais para balizar o que se chamou Atenção à crise no contexto da atenção psicossocial: “inclusão, vínculo, conhecimento da história e contextos do sujeito, valorização dos aspectos subjetivos e respeito à temporalidade da crise” (p. 596), em contraponto à objetividade e intervenções protocolares de outros setores da saúde, como a urgência e emergência. Atenção à crise, portanto, diz respeito a

ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos (BRASIL, 2013, p.8)

A pesquisa de Rossi *et al.* (2019) sobre crise a partir da perspectiva de adolescentes acompanhados em um CAPSij, retrata esse momento de complexa situação existencial, composta por diversos elementos, ambientais e psíquicos. Chamam para alguns aspectos importantes neste cenário da crise: na infância e adolescência o sofrimento é sempre definido por um outro, geralmente um adulto responsável, podendo validá-lo ou não; esse reconhecimento de que crianças e adolescentes podem sofrer de maneira intensa muitas vezes leva às respostas individualizantes, atrelados a diagnósticos psiquiátricos, negligenciando o olhar para a dimensão social a qual o complexo processo de adolecer está conectado.

A complexidade do adolecer e do sofrimento psíquico também reside nas diversas tonalidades existentes entre o pólo de que a “adolescência é assim mesmo” e o outro, de que a medicação em si resolve, reduzindo a crise à desordem biológica, desconsiderando o efeito dos eventos ocorridos ao longo da vida, e minimizando o saber individual sobre o próprio sofrimento (ROSSI *et al.*, 2019, p. 8).

São muitas as portas de entrada da crise: através da urgência e emergência; - UPA ou retaguarda psiquiátrica - quando a criança ou adolescente é levado espontaneamente pelos responsáveis; quando somos acionados pela família ou serviços de acolhimento institucional para ir até a residência ou instituição – nesse caso temos a oportunidade de inverter o pedido para um “*pode vir, estamos aqui!*”; e também dentro do serviço, cenário principal de muitos

episódios de crise, a partir de um atendimento ou do contato com outros sujeitos compartilhando aquele mesmo espaço.

A adolescência aponta para uma crise que pode encontrar ou reativar a crise da geração anterior, como a dos pais, tios, professores, que frequentemente encontram-se enfrentando suas próprias rupturas(...). Ela pode suscitar uma crise nas instituições, como lares abrigados, escolas, clubes, associações, instituições de cumprimento de medidas socioeducativas, igrejas. E, não se pode esquecer, a adolescência se encontra, também, no contexto de uma crise da sociedade, dos valores e regras em constante transformação (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2013, p. 667).

As roupagens que ela veste também são muitas: primeira crise psicótica; abuso de substância, seguido de episódios de alucinação ou outra desorganização psíquica; tentativas de suicídio; rompimento de vínculo com a família, com a escola, com amigos, etc. Crise é ruptura. De si, das relações, do mundo interno e externo. Seu cuidado, portanto, deve permear ações de construção e desconstrução, morte, criação, e, sobretudo, sustentação psíquica grupal (PEREIRA *et al.*, 2014). Sobre essas tantas roupagens que o CAPSij III precisa estar disponível para o cuidado, há discordâncias e angústias que puderam ser elaboradas durante a roda de conversa dos trabalhadores. Para melhor compreendê-las, traremos o diálogo entre duas trabalhadoras:

*“(...) quando a gente tem uma crise psicótica ou crise do humor bipolar, eu tenho uma ação direcionada. Eu vou cessar a crise, a inserção na família, na comunidade, então esse é o trabalho que tenho um direcionamento de como fazer. Para o usuário [de SPA] eu não tenho uma resolução que eu vou ter algo que vai melhorar, porque vai depender dele (...), não depende do meu saber, (...) da minha observação. (...) então são ações diferentes, direcionamentos diferentes, ficar com essas divisões dentro do serviço é muito desgastante pra gente. (...)o usuário é outra demanda, os profissionais tem que ter um outro movimento pra isso e aí não vai depender só da medicação, vamos esperar o tempo passar, (...) pra mim fica muito desagradável trabalhar numa situação dessa.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2009)*

*“(...) me lembrei de situações em que eu tive que pedir pra pessoa ir embora porque estava um caos. Era situação de crise e não chegou a me constranger, mas me angustia esses vários papéis que a gente tem que ocupar e me angustia no sentido da gente se responsabilizar (...), é nosso papel de construir projetos tão variados(...).”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2010)*

*“Quando tem uma M. ou um G. em crise, vai enlouquecer todo mundo, mas aí você faz uma medicação, contem fisicamente, dá uma atenção. Você sabe o que vai acontecer, (...) sabe que isso vai melhorar, (...) restringe ele num lugar físico da casa pra que ele possa ser respeitado nesse momento de sofrimento. (...) aí vem um outro (...) completamente enlouquecido porque usou um monte de droga a noite inteira e vem pra cá. Eu não sei como a medicação vai reagir pra ele, (...) porque no psicótico a gente entende como (...) pode chegar nele pra tentar dar uma quebrada naquela perturbação, no usuário de drogas a gente não consegue chegar, não sei o quanto ele usou, o que ele usou, que mistura ele fez, a quanto tempo ele tá usando, aí você faz uma medicação nele, eu não sei como a medicação vai agir naquele indivíduo (...). ele veio aqui pra pedir ajuda, mas qual é a nossa ajuda expondo ele no meio de um monte de gente que tem outra (...) idade?”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2009)*

*“(...) entendo quando você fala isso da exposição, do cuidado - mas entendo que precisa ter espaço aqui também, são ordens diferentes, caminhos diferentes que trouxeram ao sofrimento.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2010)*

Poderíamos nos questionar, no entanto, por que não pensar o uso e abuso de substâncias como uma fase que também “vai passar”? Esse diálogo revela, para além da angústia em cuidar do sujeito usuário de álcool e outras drogas, uma certa *previsibilidade* sobre o sujeito psicótico, que poderia refletir em um cuidado prescrito, pouco ou nada singular para ele. Como enfim, fazer caber todos os que sofrem em um mesmo espaço, oportunizando a abertura e respeito a sua singularidade para agir diante da crise sem respostas padronizadas, protocolares?

Uma cena salta em minha lembrança enquanto transcrevo essa conversa entre as duas trabalhadoras: certo dia, estava ao telefone com a mãe de um adolescente e combinávamos um dia para nos vermos. Em poucos segundos percebi uma agitação na casa e um *corre-corre* para o portão principal. Não pensei duas vezes: desliguei o telefone e saí correndo para o portão também, vi que um dos adolescentes em acolhimento integral estava deixando o serviço. Logo ele voltou e o dia seguiu. Chega o dia do atendimento daquela mãe do telefonema e, durante a conversa, escutamos um burburinho do lado de fora da sala, no quintal: *“Volta pra dentro, cara! Você vai cair da janela e se machucar!”*. O mesmo menino que saía pelo portão no outro dia, estava, naquele momento, tentando sair pela pequena janela do banheiro do segundo andar. A mãe me olha e diz: *“Vai lá, vai lá!”*.

Nos questionamos se é papel do serviço anestesiar esses sentimentos, se temos estrutura, – física e emocional – e qual o lugar das medicações neste momento. Sem romantizações ou prescrições, nossos caminhos, vez ou outra, se cruzam com as linhas de aprisionamento.

*Diário, 18 de maio de 2020*

*Existe uma falta na rede de Santos: leitos psiquiátricos em hospital geral. Essa falta nos coloca em um lugar de onipotência, de que tudo cuida, traz insegurança para todos na equipe. Em pleno 18 de maio, durante a reunião de equipe, nos deparamos com a discussão sobre o único aparato disponível na rede para uma internação - quando o nosso recurso de acolhimento integral não se mostra suficiente - ser uma enfermaria psiquiátrica administrado pelo governo do Estado. Uma emboscada parecida com a que o CAPSad se depara: frequentemente encaminhar seus usuários para comunidades terapêuticas.*

Falamos, portanto, da coexistência de diferentes lógicas de cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil e da persistência da internação psiquiátrica de crianças e adolescentes em contextos asilares - hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e em instituições de longa permanência para pessoas com deficiências (VICENTIN; BLIKSTEIN, 2019). Sobre esse aspecto, Rotelli (1990) atenta para a falsa desinstitucionalização, em que se criam novos dispositivos de atenção para onde são deslocados os modos de gestão manicomial, de modo que as intervenções dos CAPS se somam às instituições manicomial, ou seja, o isolamento na instituição total foi substituído por uma dupla circulação entre CAPS e hospitais psiquiátricos.

Em uma reunião de equipe, dessas em que nos sentimos tão sobrecarregados e sem saídas, um trabalhador deixou escapar: “*Preferimos dialogar com o hospital psiquiátrico do que com a nossa angústia*”. Ele se referia à angústia da equipe, muito conhecida pelos serviços de saúde como “tentamos de tudo”. O sujeito em crise chuta a porta de vidro, tenta sair pela abertura do ar condicionado, agride trabalhadores, é medicado por diversas vezes com medicação intramuscular e nós nos refugiamos solicitando a internação – com a duração prevista para, no máximo, quinze dias – neste serviço que compõe a RAPS do município. É certo dizer que essas solicitações são exceção no cotidiano, e não regra, de maneira que são muitos os momentos em que a crise é vivida no e pelo CAPSij, como vemos nas produções desta pesquisa. Ainda assim, devemos estar atentos para que não nos apoiemos em “pequenas

seguranças” como a presença do médico/médica psiquiatra na unidade ou instrumentais da lógica hospitalar, para que não nos tornemos “satélites sem vida e impotentes, gravitando em torno do hospício, justificando-se, assim, sua existência prática e ideológica” (SOUZA, 2012 apud SILVA; DIMENSTEIN, 2014, p. 44).

Os estudos que tem se debruçado sobre a questão da crise na infância e adolescência ainda são poucos (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2013; ROSSI *et al.*, 2019) mas todos apontam para um caminho semelhante ao que vemos em nosso cotidiano: o cuidado à crise deve manter um movimento flexível, de acordo com sua realidade local, territorial e em diálogo com sua singularidade.

*Diário, 06 de junho de 2020*

*Como cuidar de uma adolescente que pede o cuidado, negando? Ela se trancou no banheiro, engoliu a lâmina do apontador, foi para a UPA. No sábado, negou a medicação. Na segunda-feira, aceita no fim da tarde. Nos expulsa e nos convoca com a mesma intensidade.*

*“Toda crise expõe nossas fragilidades, essa instituição nasceu pra lidar com essas contradições!”* – nos disse um colega em reunião de equipe. A superação do aparato manicomial refere-se à mudança da atenção e cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Nesse sentido, a atenção à crise ocupa lugar estratégico no processo de desinstitucionalização desses sujeitos quando os serviços substitutivos se posicionam enquanto espaços continentais para sua sustentação, evitando a entrada ou permanência no circuito de internações psiquiátricas.

Chegamos à principal - e provavelmente a mais desafiadora – característica do *Tô Ligado*, a sua singularidade em relação aos outros CAPSij da RAPS em Santos: ser modalidade III e, portanto, dispor de camas para acolhimento noturno de seus usuários e de outros CAPSij do município.

O recurso do acolhimento integral, também chamado de hospitalidade integral (HI), é utilizado em projetos terapêuticos de usuárias/usuários que necessitem de cuidados intensos, sejam momentos de crise ou situações delicadas como rupturas familiares ou comunitárias que objetiva a acolhida nos CAPS por, no máximo, 14 dias (BRASIL, 2013). Durante esse período, muito além da remissão de sintomas ou diminuição do sofrimento, o acolhimento integral é o momento em que se abrem as possibilidades de fortalecimento de vínculos entre as redes do sujeito, o momento em que a crise pode ser vivida em seu território existencial.

Esse fazer do acolhimento integral desperta inúmeras discussões entre as equipes de saúde e, certamente, em uma equipe recém constituída como CAPS III não seria diferente. Dois adolescentes entrevistados compartilharam suas experiências:

*“Ah, horrível, horrível. (...) Eu sinto tipo um clima muito pesado nesses quartos que dormem, sei lá, não sei...clima pesado, tenso, tenso, (...) prefiro muito mais a minha cama (...) E também eu não gostei de forma alguma do serviço à noite. Achei o pessoal da noite muito estranho, entendeu? Não dá conversa, muito na deles. É, não dá conversa, nem nada, muito estranho. Sei lá, o pessoal da noite, nada a ver, sabe? Mais enfermeiro, entendeu?”*

*“Quando eu estava internada aqui, os quartos tinham que ser mais aconchegantes porque é muito estranho dormir numa maca. (...) A comida aqui é muito ruim, (...) parece comida de hospital.”*

Essas falas, assim como a pesquisa de Rossi *et al.* (2019), nos sinalizam a necessidade de abrir a escuta para compreender quais aspectos e ações são consideradas adequadas e valorizadas por crianças e adolescentes que utilizam o serviço de saúde mental. Se a presença de camas hospitalares – as “macas”, ditas pela jovem – causa desconforto às pessoas que estão em acolhimento, porque não problematiza-las? Outra vez, a composição única do corpo de trabalhadores no período noturno aparece na pesquisa como algo a ser repensado, desta vez, evidenciando que o incômodo também é sentido pelos adolescentes. Para quê e por que o esforço em se assemelhar a um hospital?

Na medida em que o serviço se transformava e os meninos e meninas notavam a presença de quartos, camas e, algumas vezes, a permanência de pessoas que dormiam ali, percebemos um movimento particular de algumas crianças e adolescentes apropriando-se de um discurso sobre a crise para justificar sua permanência em acolhida integral no serviço. Esse movimento, que dialoga muitas vezes com o já conhecido ímpeto salvacionista das equipes de saúde, também nos alerta para certa relação de dependência que esses sujeitos podem construir conosco. Por um lado, pensamos que essa espontaneidade em nos procurar e buscar acolhimento, diz de um vínculo em que se reconhece a disponibilidade de um lugar para estar em um momento de maior necessidade ou fragilidade psíquica.

Tantas foram as questões sobre o espaço do acolhimento integral que apareceram nas entrevistas individuais e na roda de conversa que neste momento iremos refletir sobre elas.

A primeira delas diz respeito à aposta na mudança do paradigma da internação para hospitalidade/acolhimento integral, questionando para além de um nome, o fazer. Santos (2015)

afirma que o conceito de hospitalidade foi inspirado no processo de desinstitucionalização italiano, na qual o conceito de *hóspede* era fundamental por se tratar de um sujeito que necessitava de alojamento e assistência – que não a do hospital – sem estar atrelada a um motivo médico, necessariamente. Entretanto, não são raras as vezes em que diante da chegada de um novo acolhimento, as primeiras preocupações se debruçam sobre a avaliação e prescrição médica como condição para a acolhida; ou quando o encerramento do uso do leito está atrelado à alta médica. Esses mecanismos de controle do cuidado têm sido revistos permanentemente e podemos dizer que o início ou encerramento da acolhida integral não é determinada, somente, pelo profissional médico, mas principalmente pela equipe de referência do sujeito em crise.

*“No começo eu ficava com medo de ficar aqui com um internado e só três técnicos. (...) a gente ficava assustada, não com a crise, mas (...) preocupada com o paciente, (...) antes não tinha grade nessa janela de vidro, então tinha que ficar tudo trancado, um minuto que você vira, cadê o paciente(...) e a casa, (...) não tem a guarda [municipal]. (...) antes a gente descia, ficava vistoriando, principalmente quando tinha paciente aqui.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado)*

Uma das principais questões que aparecem nesta pesquisa e também em outras que estudaram sobre a hospitalidade integral nos CAPS, (SANTOS, 2015; SILVA et al., 2020) diz respeito à importação do modelo adulto para a infância: a exclusividade da equipe de enfermagem no período noturno – das 19h às 07h – incluindo em tempo integral durante o final de semana, o que limita a possibilidade de um cuidado interdisciplinar, sobrecarregando a equipe de enfermagem, especialmente a diurna, que também assume a função de referência técnica de alguns sujeitos. Essas discussões sobre a presença exclusiva da equipe de enfermagem na linha de frente do cuidado com o sujeito em hospitalidade integral abriu a possibilidade para os técnicos de enfermagem dizerem de sua dificuldade em identificar seu papel dentro da equipe, para além da função de *“estar com o pessoal internado, dar apoio”*, como disse uma técnica durante a reunião de equipe.

*“Você fica se questionando: ‘ah, se a equipe estivesse aqui tomaria outra postura’, mas (...) eu vejo quem tá aqui no momento e o que a gente pode fazer (...), depois posso até dividir, (...) podem até não concordar, mas no momento, (...) a gente faz o que dá. (...) o paciente tá se colocando em risco,(...) você já medicou, você vai ligar: ‘posso medicar?’ , é*

*complicado, o médico não tá ali no momento pra ver. (...) você pode até repetir a medicação, uma, duas vezes, mas se acontecer coisa mais grave, (...) tem momentos que não tem como.*

*(trabalhadora do Tô Ligado)*

A equipe demanda pela presença de técnicos de enfermagem nas reuniões, que assumam o papel de referência e permaneçam na convivência durante um acolhimento inicial, mas quando é necessária maior continência diante de uma hospitalidade diurna ou integral, acaba-se por deixar à cargo exclusivo desta mesma equipe, como “*mero fazedor de coisas*”, nos disse em reunião outro técnico do período diurno, como se a função de higienizar, limpar, alimentar – quando necessário – fosse atribuição exclusiva desta categoria profissional, afinal, “*psicólogo não pode auxiliar no banho?*”. Nesse sentido, um movimento importante da equipe diz respeito a uma maior porosidade entre outros trabalhadores de diferentes disciplinas e a equipe de enfermagem, de modo que a primeira assuma e se apresente mais para permanecer e intervir em outros campos com o usuário/usuária que está em acolhimento integral.

Ser um CAPS de dia e outro CAPS à noite é mais um ponto excessivamente discutido ao longo desses anos de constituição do serviço. A única atividade em funcionamento durante o período noturno é o acolhimento integral. Poderíamos questionar – e ser questionados – sobre o cumprimento de nosso mandato de atenção integral se, a partir das 19 horas, o portão da unidade está fechado. Estamos, de fato, a postos para receber alguém que necessite de acolhimento – não de cama, mas de uma conversa, um colo, um outro afeto – durante à noite? Realizamos grupo noturno para famílias que não conseguem estar em outro horário convencional? Além da chegada pela crise e da hospitalidade integral, que outros dispositivos poderiam ser inventados durante o período noturno em um CAPS III? Estes poderiam ser indicadores importantes de avaliação sobre o cuidado em saúde mental 24 horas.

*Diário, 16 de junho de 2020*

*Em um atendimento junto com a médica, propomos para D. o seu retorno para a casa e encerramento do acolhimento. Ela disse que queria voltar, mas depois se fechou e não falou nada por uns minutos. Saiu da sala quando chamamos sua mãe e se negou a falar comigo. Quando encerramos com a família, D. reaparece, com outro humor e sobe para o quarto para arrumar suas coisas. Se despede de todos, repete algumas vezes que não vai nos esquecer.*

*– Me ajudou muito*

– *Você disse outra coisa lá dentro*

– *Às vezes quando as coisas estão difíceis eu sou meio ingrata*

*E cruzou o portão.*

*A “alta” para D. significava voltar para a vida real, não ser mais o centro do cuidado. A gente ofereceu aqui o que ela não tem lá fora: assistir filme com alguém, comer pipoca, dançar, conversar. Uma disponibilidade que nunca lhe foi ofertada.*

“Às vezes parece que o HI é meio esquecido. Fica ali e pronto”. Encontrei essa frase anotada em um dos cadernos de campo, seguido de muitas discussões em reunião de equipe sobre o fazer durante a hospitalidade integral e seu encerramento. Vai ficar acolhido para parar de usar droga? Não. Vai acolher pra sair do *surto*? Tão pouco. O estudo de Santos (2015) sobre a hospitalidade integral em um CAPS adulto verificou que os sujeitos se sentem tão mais acolhidos, na medida em que podem propor a maneira que gostariam de ser cuidados. As equipes devem, portanto, compreender a oferta do leito como recurso, um meio, uma possibilidade para o sujeito se apropriar também de seus modos de sofrer, ao invés de uma ação fim incluída no PTS.

*Diário, 30 de março de 2020*

*(...) nos últimos dias de acolhida, a A. estava fazendo “lições” de matérias que ela gostava: matemática, história e português (“caligrafia pra treinar minha letra”, me disse uma vez); já sabia aferir sua pressão, batimentos (“ninguém me ensinou, não, aprendi vendo”). Estudava história copiando um texto que encontrou na internet que, quando reparei melhor, vi que era um artigo científico sobre a escrita na história da humanidade: “vou escrever isso aqui e depois vou mostrar para o Brasil a minha história.”*

O espaço físico da casa sempre é questionado, para além das janelas, portas de vidro e escadas, os quartos estão localizados no andar superior e por muitas vezes, a criança ou adolescente acolhido permanece somente ali, isolado do cotidiano do serviço.

*Diário, 29 de novembro de 2019*

*Nunca é agradável a hospitalidade integral. Sugerir que aquela pessoa tem que dormir em um lugar estranho, deixar sua casa, suas coisas,*

*fica mais difícil quando o adolescente já teve outras experiências de HI. “Mas não tem nada pra fazer aqui”, disse I. com os seus delírios que enchiam de racionalidade o nosso cotidiano.*

Diante da necessidade de rediscutir e repactuar o acolhimento integral para usuários de outros CAPSij, o Fórum de Trabalhadoras e Trabalhadores da Saúde Mental Infantojuvenil foi organizado em 2020 – de modo on-line – e após sucessivos encontros mensais e muitas discordâncias, elaboramos conjuntamente o documento que organizava as diretrizes necessárias para utilização deste recurso: após a conversa inicial sobre a situação da pessoa que será acolhida, o profissional do *Tô Ligado* que recebe o caso durante o plantão assume o papel de referência; comunicação diária entre as duas equipes; elaboração conjunta do projeto terapêutico, assim como a avaliação para o encerramento do acolhimento e a garantia da presença semanal da equipe do CAPSij de referência. Definimos essas pactuações na tentativa de investir no cuidado compartilhado para que “*não sejamos só uma cama!*”, como bem nos lembrou uma colega durante o Fórum. O diálogo abaixo registrou algumas inseguranças que atravessaram tanto o serviço de referência, quanto o serviço para o acolhimento integral.

*Diário, junho de 2020*

*- “Quando a gente pede HI, a gente sente que tá levando problema pra vocês.” (trabalhadora de CAPSij II)*

*- “Por muitas vezes o Tô Ligado tem que costurar essas rupturas que o usuário faz quando deixa a unidade de referência e vem pra um território novo.” (trabalhador do Tô Ligado)*

Ainda que a proposta e o conceito de hospitalidade integral venham da experiência italiana, um serviço comunitário de base territorial 24 horas para crianças e adolescentes é uma experiência brasileira. Com este mandato inédito e radical de ser CAPSij III, o único do município de Santos e um dos poucos no Brasil, coube a nós certos modos de fazer diante do inesperado, invenções que são propostas perante à radicalidade do sofrimento humano. Assim, apostamos em detalhes e delicadezas no ato da chegada para o uso do leito: dentro da disponibilidade, a escolha do quarto, permanecer com seus pertences, negociações de circulação pelo território – acompanhada pela equipe ou família – um almoço de domingo ou uma pizza no sábado à noite.

*Diário, 20 de maio de 2020*

*Outra crise de identidade da (e na) equipe: Ser o CAPSij de referência do município para acolhimento integral. Recebemos uma ligação comunicando que uma menina de outro território estava chegando para nós com o SAMU. Primeira tensão: G. estava bem melhor, dormindo em um quarto sem divisórias, que ele mesmo derrubou. Temos estrutura? Temos equipe? Tem indicação para o acolhimento? “Então não tem o que discutir, a gente tem que aceitar e pronto” – disse uma colega, enquanto pensávamos como organizaríamos esta nova chegada reunidos em um dos quartos. Foram tantas pactuações e repactuações sobre o acolhimento integral para outros CAPSij que nós estávamos perdidos nos combinados e sobrecarregados por ter que assumir integralmente a referência de um usuário que não possuía vínculo conosco. Passou, a menina chegou, nos apresentamos e ela parecia à vontade conosco e com G. Segunda tensão: às 18h30, outro telefonema. Uma menina e seu gato chegariam com a equipe de outro CAPSij em alguns minutos. Troca de plantão, chega a equipe noturna. Mal tivemos tempo de conversar sobre os acontecimentos, fiquei nervosa pensando na reação de todos. Não havia espaço para negociação, a equipe do outro CAPSij estava lá, a menina estava lá e o seu gato também. “Se nem o serviço de saúde mental vai acolher essa menina, imagina um serviço da assistência social?” – nos disse uma das profissionais do outro CAPS. Chamamos a menina e fizemos as pactuações sobre a permanência do gato, que estava diretamente ligada ao surgimento da crise. Percebemos uma movimentação mais agitada do lado de fora da sala e, enquanto encerrávamos as pactuações com a outra equipe, a segunda adolescente começou a se debater, pedindo que a deixássemos morrer. Corredor, pé da escada e chão do banheiro no andar superior. Longos minutos de mediação e acolhimento. Ela disse que não queria ajuda. Respondi que aquilo não era um favor. Queria mostrar que seu sofrimento era válido e compreendia seu desejo de morte. Não lembro o momento, mas ela aceitou descer e encontramos G. com a menina e seu gato na cozinha. Fui embora acompanhada de uma colega e compartilhamos a estranha*

*sensação de cansaço e satisfação de que foi possível cumprir nosso papel. “Um dia extraordinário de CAPS, mas sim, um dia de CAPS.” – disse e se despediu.*

### **Coronavírus: um repentino capítulo em nossa história**

*Diário, 30 de março de 2020*

*Faz duas semanas mais ou menos desde que foi decretado o estado de calamidade pública devido ao novo coronavírus, o covid-19. Semana passada fiquei afastada, em casa, com as crianças sem a escola. Trabalhei o que era possível, sem contato com os usuários, mas com a rede, apesar de todos os serviços trabalhando de maneira reduzida. No CAPS revezamos, cumprindo uma carga horária de 12 horas por dia.*

Um cansaço se impõe após um ano e meio de pandemia. Demorou certo tempo até compreendermos que sim, estávamos na linha de frente dos cuidados em saúde neste cenário de pandemia e suas afetações na vida de crianças e adolescentes. Pensando em possíveis contribuições de um Mestrado que se faz entrelaçado com a maternidade, com o trabalho ameaçado no SUS, durante uma pandemia e um Brasil caótico, optamos por trazer a linguagem dos diários que foram produzidos nesse período – em uma constância bem menor em relação ao ano anterior – com a aposta de narrar sobre os caminhos seguidos neste momento tão singular de nossa história.

*Diário, 30 de abril de 2020*

*Fomos acionados – quem estava em casa – para comparecer ao CAPS devido a uma situação de crise. Cheguei alguns minutos depois e V. estava se preparando para ver filme e comer pipoca. “Crise?” – pensei. O DVD não funcionou, “Vamos jogar wii?”. Nunca tinha jogado aquele jogo de dança, mas depois de duas músicas, eu e outra colega estávamos tão animadas que V. se juntou, só para dar risada de nós. Como mudam os afetos tão rápido neste lugar? Já eram 20 horas quando ela voltou acompanhada pela técnica do abrigo.*

Inicialmente, para seguir os protocolos de biossegurança, nosso modo de organização foi o revezamento de trabalhadores: optamos por nos dividir e permanecer por 12 horas no serviço, em dias alternados; os atendimentos em grupo e oficinas foram suspensos e mantivemos a hospitalidade diurna, noturna e integral, além do plantão, para situações de crise e acolhimento inicial. Fizemos algumas tentativas de assembleia, grupos de família e reuniões com o recém formado conselho gestor através de plataforma on-line, menos para encaminhamentos de organização do serviço e mais como outra possibilidade de escuta para a população. Os atendimentos de referência eram feitos por telefone, as receitas médicas, replicadas. Tudo feito de maneira quase mecanizada, como quem segue o fluxo sem saber onde – ou quando – vai parar. Para lidar com as incertezas e com a falta de respaldo e respostas do poder público, a equipe comprou coletivamente duas webcams para possibilitar o acompanhamento dos sujeitos: uma delas, logo desapareceu e a outra, se mostrava mais eficiente para as reuniões intersetoriais, participação em audiências do que no acompanhamento das pessoas. Uma das psiquiatras dizia estar gostando de ter mais tempo para conversar com as pessoas – por conta do intervalo de tempo entre uma consulta e outra. Um trabalhador disse certa vez, durante a reunião de equipe: “*Eu tô ligando, a pessoa tá bem? Tem comida na mesa? Então tá bom.*” Nossos determinantes se ampliaram para pensar o sofrimento, saúde e doença.

*Diário, 06 de maio de 2020*

*Fomos acionados de novo. Outro menino, de outro território precisava de acolhimento a equipe no CAPS estava muito reduzida; ele estava contido na cama e essa é sempre uma cena dolorosa para todos. Quando cheguei à tarde, a equipe havia tirado a contenção e foi a primeira vez que tive contato com ele. Queria abraçar bastante e nós tivemos que relembrá-lo várias vezes sobre a pandemia: “abraço não pode” e ele ficava muito bravo. Mudamos sua cama para uma sala maior onde jogamos videogame por horas.*

Nossa reunião de equipe permaneceu no mesmo dia e mesmo horário, uma parte da equipe on-line, outra no CAPSij. Foi neste período que decidimos sustentar um espaço de educação permanente com frequência quinzenal, a partir da escolha de um tema comum, alguns profissionais se responsabilizavam por conduzir a discussão. Foram momentos de intensa troca, discussões e discordâncias, as quais sustentamos por alguns meses até sermos, novamente, engolidos pelo cotidiano. Os trabalhadores que não estivessem presencialmente em

determinado dia, poderiam ser acionados para a retaguarda no serviço, caso houvesse uma situação de crise. De fato, houve e não foram poucas. Durante esse período inicial de pandemia, pela primeira vez as quatro camas do CAPSij foram ocupadas – e um colchão “extra”, também.

*Diário, 27 de maio de 2020*

*Não somos suficientes. A pandemia tem se mostrado fatal em termos psíquicos também. A molecada tá mal, tá acreditando que a vida não vale a pena, a sua própria vida não vale a pena. Ontem recebemos mais um: tentativa de suicídio. Eram quatro, contando um antigo conhecido nosso que chegou na sexta-feira da casa de acolhimento, e, em silêncio, andava pela casa cobrindo seu rosto. Já o conhecíamos, mas não daquele jeito. Ontem topei a ideia de treinar parkour no quintal e (...) no fim de tarde, após comermos bolo, vejo ele e as residentes conversando em roda. Outra foto mental. Somos insuficientes. Descobrimos hoje de manhã que um garoto acompanhado por nós se suicidou. Não sabemos mais nada.*

Essa insuficiência era sentida na medida em que observávamos os efeitos do isolamento social e da ruptura de rotinas. Além do período com a permanência extensa de acolhimento integral, durante os telefonemas de acompanhamento notávamos algo interessante: as crianças, apesar da ociosidade relatada pelos responsáveis, que poderia causar certa agitação, estavam bem, muitas deixaram de tomar medicação e por vários meses não tínhamos demanda deste campo. Nos questionamos o que poderia ter acontecido com todas aquelas crianças cuja demanda é anunciada pela escola. Os adolescentes, por outro lado, apareciam cada vez mais, uns sem máscara, desacreditando na letalidade do vírus, outros tão paralisados pelo isolamento, pela inoperância do sistema escolar que foram levados a desistir do ano letivo.

*Diário, 09 de junho de 2020*

*Último dia de revezamento. Semana que vem voltaremos a trabalhar todos os dias (...), os processos de trabalho estavam muito fragmentados, não conseguíamos acompanhar todos de maneira próxima. Essa é outra tentativa. Hoje também foi o último dia de G. no acolhimento integral. Se não fosse a pandemia, faríamos uma festa de*

*despedida! Ele estava tão bem e tão tranquilo, depois de tantas situações desafiadoras, desentendimentos e discordâncias com a rede, cada profissional da equipe parecia ter a certeza de que tinha feito seu trabalho da melhor maneira e agora ele voltaria pra casa da avó. “Você vai fazer falta, G.!” , acho que ao longo do dia todo mundo falou isso pra ele.*

O CAPSij se viu na função – não uma função nova ou desconhecida, mas talvez mais desafiadora - de auxiliar o acesso às políticas socioassistenciais, já que CRAS e CREAS, principalmente, tiveram seu funcionamento reduzido a teleatendimentos em horários restritos, impossibilitando o acesso de muitas famílias acompanhadas conjuntamente por essa rede. O cadeado no portão até o presente momento é emblemático.

No campo da Educação, com as aulas suspensas, permanecendo apenas através de ambiente virtual, o *Tô Ligado* foi um lugar possível para acolher essas novas experiências educacionais: lugar para acessar o sistema virtual do cursinho pré-vestibular, curso preparatório, profissionalizante ou mesmo um lugar de auxílio para as tarefas escolares, momento em que éramos convocados à função-educador.

As ações com a Atenção Básica também foram prejudicadas pois, inicialmente, as UBS suspenderam todos atendimentos de rotina<sup>37</sup>, os ACS interromperam as visitas em território, além da superlotação de pessoas buscando orientações com sintomas e após o início da vacinação, mais uma atividade sobrecarregava o cotidiano. O matriciamento, portanto, não era uma prioridade para as equipes e também foi suspenso por mais de um ano e até a data desta escrita, em muitos territórios não foi retomada.

O tema da ação em território foi mobilizado diante da publicação de uma pesquisa da PMS constatando que, o maior número de óbitos por covid-19 estava no bairro da Vila Nova, território em que já testemunhávamos pobreza, miséria e abandono, somado ao discurso da patologização da vida e da pobreza. Qual seria nossa inventabilidade neste momento? Permanecemos meses sem grupos dentro do CAPSij, com exceção do acolhimento integral que parecia ocupar todo o cotidiano do trabalho.

---

<sup>37</sup> “Policlínicas de Santos suspendem atendimento de rotina.” Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/policlinicas-de-santos-suspendem-atendimento-de-rotina-vacinacao-e-mantida> . Acesso em 03 de outubro de 2021.

*Diário, 15 de junho de 2020*

*Reunião de equipe. “A gente tá lidando com uma gangorra muito perversa que os dois lados precisam evitar a morte. Estamos falando de morte”, desabafou um trabalhador. Segundo caso de covid na equipe nos coloca em dúvida sobre processo de trabalho. Silêncio na hora de pautarmos sobre as ações em território. “Qual o propósito de uma ação em território em uma pandemia?”, questionou a enfermeira. Talvez devêssemos retornar para o que cada um entende como território.*

Já nesta semana, estávamos de volta à unidade, atendendo presencialmente, virtualmente, nos territórios, distribuindo kits de higiene e proteção junto à equipe de redutores de danos da Unifesp (Campus Baixada Santista)<sup>38</sup>, nas residências e nos abrigos, na tentativa de que as normas de biossegurança não nos inibam da responsabilidade de cuidar.

### **Ser manicomial, ser ambulatorial, ser CAPSij III**

os trabalhadores que interrogam de modo produtivo o seu fazer manicomial, o que lhes entristecem e exaurem, abrem a oportunidade de se re-situarem em relação a novas possibilidades antimanicomiais (MERHY, 2013, p. 213).

Muitas cenas do cotidiano trazidas nesta pesquisa – e outras tantas que não caberiam aqui - mostraram como somos atravessados diariamente pela lógica do manicômio e como, muitas vezes, elas se fixam em nós, seja como um encaminhamento para a enfermagem psiquiátrica; quando supomos que a Fundação Casa poderia “*dar um jeito*” naquele sujeito; quando administramos medicação injetável porque o adolescente se recusou a conversar com a médica e iniciou “*agitação psicomotora*”; quando supomos que a comunidade terapêutica é o lugar mais adequado para aquela adolescente; quando não explicamos para o sujeito o que são aqueles comprimidos que lhe oferecemos todos os dias, ou porque estamos isolados no andar superior, enquanto todo o cotidiano acontece no andar térreo; quando, sem nos dar conta, estamos reunidos com todos equipamentos da saúde mental da cidade, entre adultos, crianças, adolescentes e idosos em uma festa de carnaval, isolados, protegidos, restritos a um espaço à

---

<sup>38</sup> A experiência junto ao grupo de redução de danos Div3rso pôde ser compartilhada no ebook “POR UMA REDUÇÃO DE DANOS DECOLONIAL” (SURJUS, L. T. L. S.; PASSADOR, L. H. (Orgs.)). Disponível em: [https://www.unifesp.br/campus/san7/images/pdfs/ebook%2023082021%20\(1\)\\_compressed.pdf](https://www.unifesp.br/campus/san7/images/pdfs/ebook%2023082021%20(1)_compressed.pdf)

margem da comunidade. Por esse conjunto de práticas e discursos, assim como Merhy (2013), concordamos que o fazer manicomial não é um lugar, mas prática política e cultural.

*“(...) uma contenção, seja espacial, física, isso precisa estar muito bem articulada pra que funcione e pra que ninguém se coloque em situações difíceis, tanto emocionalmente, quanto fisicamente (...). Essa é uma questão do CAPS III, (...) porque envolve uma agressividade sempre, faz parte da coisa em si, tanto você lidar com a agressividade da pessoa que tá na crise, quanto é uma intervenção que é agressiva de qualquer forma por mais que você faça com cuidado, com carinho, sabendo que é uma coisa necessária. (...) talvez a coisa mais difícil em um CAPS III é esse momento (...).*

*(trabalhador do Tô Ligado desde 2014)*

Zambenedetti e Silva (2011) também propõem pensarmos o manicômio para além de um lugar em determinado momento da história, mas de pensarmos em desejos de manicômio, em nossos manicômios mentais.

Trata-se de retirar da história aquilo que deve permanecer nos interrogando, constituindo uma dimensão de simultaneidade (o que do nazismo ainda nos interroga) e não apenas de sucessividade (o nazismo como algo localizável e estanque no tempo, com o qual não temos mais relação). Somente assim poderemos buscar estratégias de diferenciação, resistência e constituição de linhas de fuga (p. 459).

Em situações de intenso sofrimento, em que é necessário a contenção, – não a violenta, mas do limite do corpo e do ambiente – qual nosso pacto no momento da intervenção com o sujeito que não consente? Podemos transformar essas cenas em cenas de cuidado? Frequentemente, outra questão nos ronda: quantos casos mantemos em acolhimento integral e em quantos lançamos mão de medicamentos intramusculares? O que em nós também deseja a interrupção a qualquer custo do sofrimento alheio? O que em nós também busca anestesiá-lo com doses abruptas de substâncias, por vias musculares, orais, táteis?

*“(...) essa coisa da contenção física, (...) é uma coisa que tá melhor estruturada no CAPS adulto, por exemplo. (...) as pessoas já estão mais prontas, é uma coisa que era muito coletiva, muito grande, muita gente da equipe pra fazer. (...) essas coisas são sempre horríveis de fazer...(...) tem que ser horrível mesmo, não é um negócio pra você se acostumar, (...) não é um negócio legal e se você achar que tá tudo bem, tem alguma coisa muito errada, né?”*

*(trabalhador do Tô Ligado desde 2014)*

Nesses encontros com as forças selvagens infantojuvenis, SILVA (2018) propõe pensarmos na oferta de proteção às experiências de desmoronamento de sentidos, como por exemplo, ao invés da contenção mecânica, ser amarrado à uma cama, ser segurado pela equipe ou quem sabe até, ninado, acariciado?

*Diário, abril de 2020*

*Reunião de equipe: “A gente até pode fechar tudo, a diferença é que no CAPS a gente se fecha no quarto junto com o moleque”, refletiu o terapeuta ocupacional. Quebra tudo, mas eu tô aqui contigo.*

No dia desta anotação, discutíamos em equipe sobre os desdobramentos da restrição espacial, recurso utilizado quando os sujeitos em acolhimento integral estão muito desorganizados psiquicamente e sua saída espontânea do serviço é avaliada como fator prejudicial para o seu cuidado. Este momento demanda do corpo da equipe para se expor nesta cena, muitas vezes colocando-se ante à porta, negociando a permanência do sujeito em um ambiente mais *contido, controlado*. Quando há muita desorganização, a restrição é uma estratégia possível, entretanto, a questão se complexifica quando dizemos de crianças e adolescentes que não estão em um momento agudo de crise, mas em acolhimento integral contra sua vontade, – ou mesmo de acordo com a acolhida - porém, em uma fração de segundos, deseja sair do serviço, pular o muro, sem aberturas para negociação.

Como discutimos na primeira parte dessa dissertação, não estamos livres da armadilha entre o estatuto da proteção e a lógica do controle dos corpos infantojuvenis. Decisões sobre saídas espontâneas durante o acolhimento integral quase nunca são pactuações tranquilas, principalmente entre os trabalhadores. Um impasse sempre se acerca a essa decisão: insistir a todo custo e usar todas as tecnologias disponíveis para a criança/adolescente permanecer em acolhida, arriscando o vínculo entre usuário-serviço ou permitir que o sujeito deixe o serviço quando assim desejar ou quando a relação com a equipe se desgasta tanto que qualquer tentativa de insistir em sua permanência pode suscitar um conflito ainda maior do que aquele que inicialmente determinou seu acolhimento integral?

Durante a entrevista, quando foi questionado sobre o trabalho no CAPSij, um dos trabalhadores trouxe essa reflexão sobre a possibilidade do fazer manicomial atravessar o cuidado aos usuários e, em certa medida, confortar os trabalhadores.

*“(...) aqui, por ser um processo em construção, isso [estrutura de controle] não estava dado ainda e muitas pessoas que vieram tinham essa preocupação de cuidar em liberdade.*

*Esse é o princípio fundamental da Reforma Psiquiátrica, né? A lógica manicomial não é simplesmente a estrutura do hospital, eu acho que a lógica manicomial pode se estabelecer nos CAPS, muito facilmente, até. (...) A própria estrutura dá um certo poder para essas pessoas que estão cuidando, seja a coisa da medicação, das regras, a instituição dá esse poder, né? E se as pessoas não tem esse incômodo, não tem essa preocupação, se não é uma coisa constante de se questionar, isso vai tomando conta, até porque é o caminho mais fácil. (...) muito mais fácil se já tá tudo completamente engessado, completamente amarrado, né? (...), mas muito menos saudável, muito menos significativo”.*

*(trabalhador do Tô Ligado desde 2014)*

Outro aspecto que também se fez presente em diversos momentos da pesquisa, seja nas entrevistas com profissionais atuais e antigos, familiares e adolescentes, assim como nas escritas dos diários, foi o da característica ambulatorial atribuída a algo de menor valor terapêutico, negativo ou até mesmo que deve ser evitado dentro de um CAPS, tanto quanto a lógica manicomial. Durante a roda de conversa com os trabalhadores, ao falarem sobre o grande movimento na sala de espera da SECERPA, alguns lembraram a atuação de um dos médicos: “Eu tinha que levar o paciente na sala dele, porque ele não levantava nem pra chamar o paciente”, lembrou uma trabalhadora. Embarcando nessa memória, outra trabalhadora continuou:

*“Ele era o médico ambulatorial, sabe? Fazia aquela parte ortodoxa, que senta na mesa, chama o paciente, prescreve, tchau e benção (...). [um médico não-ambulatorial] é um médico que está com o conhecimento junto com a equipe do caso que está atendendo, que tem conhecimento um pouco a mais do que simplesmente a parte orgânica. Conhecimento do paciente, um histórico familiar, tem um contato com a família mais do que apenas em relação ao paciente.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2009)*

Sobre esse modo ambulatorial, destacamos algumas de suas práticas que divergem explicitamente da proposta de cuidado integral, territorializado e comunitário:

(...) modo de marcação de consultas (...) pelo critério único de ordem de chegada, sem qualquer consideração pela especificidade da demanda de cada usuário (a)(...); filas intermináveis no serviço e listas de espera com nomes de centenas de usuários(as) que aguardavam consultas que nunca ocorriam; (...) consultas padrão, de poucos minutos, com retornos em longo prazo(...); os profissionais abrigavam-se nos consultórios, sempre com suas agendas cheias, sem poder nunca admitir novos casos (...) (CFP, 2020, p. 6).

Yasui e Costa-Rosa (2008) narram sobre o início dos Ambulatórios de Saúde Mental nos anos 80 em que estes eram apresentados como instrumentos promissores para o avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo constituídos por equipes multiprofissionais e também pela experiência de formação de equipes de saúde mental em UBS no estado de São Paulo. Ao longo dos anos, entretanto, essa proposta de trabalho se transformou em dispositivo burocrático, hierarquizado cuja prática não alterou a lógica hospitalocêntrica, ao contrário, “produziu um aumento na demanda de internações ao ampliar o acesso da população às consultas psiquiátricas” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 31).

*Diário, 30 de outubro 2018*

*Encontro entre equipe do Tô Ligado e Gabi Barreiros, uma mulher, profissional da saúde mental e supervisora clínico-institucional. Nos deu alguns chacoalhões necessários. Apontou que a história do serviço ambulatorial poderia fortalecer o papel de cada um em determinado lugar, mas alguns trabalhadores não pareciam concordar, disseram que antes atendiam mais pessoas e com mais qualidade.*

Os autores também apontam que a prática ambulatorial ainda é bastante presente nos CAPS, principalmente onde estes foram implantados a partir de ambulatórios de saúde mental, como vimos acontecer na história do *Tô ligado*. Parece tarefa difícil subverter essa lógica quando a portaria que rege os CAPS nos diz que somos “serviço ambulatorial...” e quando os CAPSij do município de Santos compõem o Departamento de Atenção *Especializada* da Secretaria de Saúde.

*Diário, fevereiro de 2019*

*Anoto algumas falas de antigos trabalhadores durante a reunião de equipe:*

*“Não é assim como falam, ‘ai, ambulatório!’, os profissionais pensavam a lógica CAPS, mas atender crianças foi mais complexo”;*

*“O resgate histórico tem equívocos: a proposta 24 horas surgiu do CAPS, mas a habilitação foi feita goela abaixo, sem contato com os trabalhadores”.*

Nesta mesma reunião, a supervisora clínico-institucional mostrava como a história do serviço estava impregnada em todos nós: *“Se só funciona como ambulatório, a lógica é querer internação clássica”*.

Ao refletirmos sobre esta lógica ambulatorial nos parece importante olhar para os processos de divisão social do trabalho e para a hierarquização dessas relações no campo da saúde, na qual o saber médico está acima de outros tantos saberes deixados à margem, reproduzindo uma típica divisão da lógica capitalista de produção (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Essa lógica não está restrita ao campo médico, mas se enraíza por todos os saberes. Logo em meu primeiro dia de *Tô Ligado*, fui recebida pelo antigo gestor com uma pilha de casos que estavam aguardando atendimento. Em poucas semanas fui capturada por essa lógica da produção, com uma agenda lotada de atendimentos individuais.

Isso produz uma espécie de divisão de atividades e tarefas em compartimentos com pouca ou nenhuma relação entre si. Isso gera uma agenda repleta, atendimentos de curtíssima duração e com grandes intervalos de tempo entre uma consulta e outra, visando uma alta produtividade, medida pelo número de consultas. Há, também, a consulta, geralmente individual, com o psicólogo, que tem longa lista de espera, repetindo o modelo da prática liberal típica de parte do trabalho desse profissional; por fim, há os grupos de orientação, coordenados pela enfermeira ou pela assistente social, sempre pedagógicos e geralmente à margem das demandas subjetivas específicas daqueles indivíduos (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 31).

Diante da necessária crítica em relação à divisão do trabalho, da hierarquização dos saberes e à implantação de um modo de trabalho em saúde que rompa com o discurso médico-centrado e práticas disciplinares, os trabalhadores, muitas vezes, se encontram diante de um impasse. Reencontro em minhas anotações e também nas releituras das transcrições das entrevistas, tensões do cotidiano:

*Diário, agosto de 2020*

*Parada técnica. Muitas tensões. Proposta de olharmos para as diretrizes da RAPS de Santos e discuti-las. Deveríamos pensar na seguinte pergunta: como eu quero estar neste CAPS? As médicas sentem o saber psiquiátrico desvalorizado.*

*“Sinto que a psiquiatria tem que ser combatida nesse lugar.”*

*“Não acredito que doença é construto social, a questão médica fica em segundo plano no CAPS(...) Algumas pessoas nunca colocaram o pé em um manicômio. Eu tenho experiência grande, eu já vi (...). Multiprofissional é achar que todo mundo faz tudo e não é.”*

Na entrevista com os trabalhadores, esse tema retornou:

*“A psiquiatria é incluída, mas não é valorizada. Não é valorizada. É a última coisa que existe no cuidado ao paciente do CAPS (...). Principalmente na questão que hoje a gente tem toda uma gama de observações técnicas e concretas que existem nas alterações orgânicas. Então a medicação entra pra cuidar. Lógico, se não existe toda a ação a mais, eu não tenho o cuidado completo e integral. (...) A gente não pode dizer que 'ah, só cuidar lá da forma instintiva'. Acho que não é muito assim, por isso acho que o maior desafio é isso.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2009)*

Não pretendemos iniciar uma discussão sobre o fazer da Psiquiatria em um CAPSi<sup>39</sup>, mas questionar se, ao estarmos em um serviço de saúde mental para crianças e adolescentes e por isso, atentos aos processos de biomedicalização<sup>40</sup> (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA, 2014) desses sujeitos durante esse período da vida, não seria necessária – ou imperativa – a sustentação do acompanhamento desses sujeitos sem a entrada, centralizada, no medicamento? Afinal, quais outras maneiras de atuação da Psiquiatria para além da prescrição medicamentosa?

*“(...) a prática ambulatorial, do atendimento individualizado, (...) por categoria, ela tem ganhos em alguns momentos, né? (...) só que ela não é integral, (...) o cuidado faz mais sentido pro profissional do que pro usuário, (...) não tira o sujeito do papel de usuário e de usufruário do serviço. (...) é outra perspectiva do cuidado, né? Mas estava confortável para as pessoas.”*

*(trabalhador do Tô Ligado desde 2017)*

HENZ et al. (2013) definem esse exercício de romper com as rígidas fronteiras e práticas disciplinares como uma espécie de “guerrilha contra nós mesmos”, trata-se do desafio de deformar, de tornar porosa a blindagem a que todos estamos submetidos.

---

<sup>39</sup> Lugon (2016) em capítulo intitulado “Reflexões e paradoxos sobre a Psiquiatria nos CAPSi” aborda essas questões.

<sup>40</sup> Zorzaneli, Ortega e Bezerra Jr (2014), ao debaterem as diversas transformações pela qual o termo *medicalização* passou durante seis décadas, chegam ao termo *biomedicalização* proposto por Clarke *et al.*, como “uma nova economia biopolítica da medicina, saúde e doença, por mudanças nas formas de viver e de morrer, pela formação de uma arena complexa na qual os conhecimentos biomédicos, serviços e tecnologias são cada vez mais intrincados, e por um novo e cada vez mais acirrado foco na otimização e no aperfeiçoamento individual por meios tecnocientíficos e na elaboração do risco e da vigilância no nível individual, grupal, e de população”(p. 1864).

*Diário, agosto de 2020*

*“A parte ideológica acaba interferindo na conduta técnica; a falta de entrosamento dos saberes vai gerar problemas. Estamos juntos, se completam, mas não se substituem.” (trabalhador durante reunião de equipe)*

Uma das potências existentes no CAPS é a composição multiprofissional de sua equipe, “exercendo diversas funções e atividades em um fazer clínico ampliado e, na essência, transdisciplinar” (BARBOSA et al., 2016, p. 104). Ou seja, um aglomerado de profissionais de distintas áreas do saber convivendo em um mesmo espaço físico, mas que não realizam trocas entre si, nem criam dispositivos de interação, não é interessante para o fazer que se propõe em um CAPS, principalmente em um CAPSij. Aposta-se, então, no desafio da prática transdisciplinar, em um turvamento das fronteiras disciplinares como proposta desafiadora de se constituir entre os saberes, “estabelecendo um intenso diálogo entre os diferentes campos do saber e conhecimentos acerca do humano” (p. 34), produzindo uma “flexibilidade na execução de tarefas distintas e intercambiáveis” (p. 35), por exemplo, no caso da psicóloga que pode auxiliar um banho, a psiquiatra que pode mediar um grupo, a enfermeira que coordena um grupo de famílias.

Ainda sobre esse conceito, Elia (2015) propõe um princípio mais radical que o da transdisciplinaridade, o da *desdisciplinaridade*, afirmando que a equipe do CAPS deve ser composta por profissionais de diferentes formações, mas, necessariamente desespecializada, pois seu conhecimento se constrói em ato, “no curso de seu ato” (p. 252), portanto, sua elaboração só se coloca após o ato clínico.

deve despir-se de sua posição de especialista para que cada uma se faça permeável a todo e qualquer tipo ou modalidade de intervenção, de ato clínico, de afazer que se apresente no cotidiano, ao invés de, convocado a intervir, transferir a convocação ao colega que supostamente estaria mais habilitado, do ponto de vista técnico, a fazer o que precisa ser feito (ELIA, 2015, p. 253).

Falamos de um conceito ainda muito distante da maioria dos serviços de saúde mental e que provoca discussões acaloradas entre os trabalhadores, pois diz respeito a grandes disputas entre os campos de saber.

Por ser um trabalho conduzido por tecnologias leves, do encontro entre sujeitos e por isso mais complexas, o trabalho no CAPS necessita ser revisto cotidianamente. Não basta que ele seja o espaço alternativo ao manicômio e que acolhe o sofrimento, embora isto seja basilar.

É preciso estarmos sempre atentos para que nas finas teias do cotidiano não sejamos capturados pela lógica do conformismo e da repetição, pois este é um processo que se constrói em um movimento contínuo de desfazer e fazer, desconstruir e construir. Desconstruir conceitos e categorias, redefinir as modalidades dos vínculos intersubjetivos, inventar novas possibilidades semânticas e teóricas, desfazer os limites disciplinares para tornar novas as produções (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 35).

Refazendo leituras de quando iniciei o trabalho no CAPSij, encontro um capítulo de livro que talvez tenha sido o propulsor do tema desta pesquisa: Elia (2015), ao questionar quais são as vicissitudes que deverá atravessar um coletivo de trabalhadores para se constituir uma equipe CAPS, sugere uma série de princípios – alguns deles já abordados ao longo desta dissertação - que podem acompanhar estas costuras finais sobre o que nos constitui CAPSij III.

O primeiro deles diz respeito à necessidade da equipe do CAPS não se constituir como um grupo, norteados por um líder ou ideal, mas como uma “coleção de fragmentos humanos, ativos, não caóticos contudo, não anárquicos, mas orientados por um desejo comum.” (ELIA, 2015, p. 245). O desejo, em nosso caso, poderíamos supor que esteja direcionado para a produção de saúde de crianças e adolescentes em suas múltiplas formas de existir no mundo, em conjunto com sua rede de cuidados. Nesse sentido, o autor também sugere que o cotidiano seja guiado pela responsabilidade coletiva, em que cada um se implica pelo que não fez e pelo que não se sabe, pois se está implicado em uma lógica e uma ética do coletivo.

Outro princípio diz respeito à responsabilidade da trabalhadora/trabalhador em incluir-se na trama do sofrimento do sujeito, de suportar esse endereçamento, acolhê-lo e responsabilizar-se pelo lugar inteiramente preciso e precioso que lhe é conferido pelo paciente (ibidem). Aqui, damos à transferência um lugar de potência no cuidado em saúde e por isso complexa, necessitando de constante revisão e questionamentos sobre o modo como nos deixamos atravessar e atravessamos inúmeras histórias de crianças e adolescentes em sofrimento sem nos confundir com elas, acreditando em uma suposta onipotência de nosso trabalho, nem tão pouco negligenciando-as, deixando na conta do “*é assim mesmo*”.

Elia (2015) também afirma que o volume de trabalho no CAPS não é infinito, monumental, tão pouco hercúleo, mas denominou como “infinita paciência psicossocial” a posição discursiva que o CAPS deve sustentar em relação à comunidade e aos outros equipamentos do território. Ou seja, para o autor, se o CAPS exercer bem a dimensão territorial de seu mandato clínico-político, articulando e ordenando a rede de forma eficaz e responsável, seu trabalho será menos pesado e menos oneroso. Em nosso caso, um CAPSij III deve ocupar esse lugar potente na produção de coletivos para fora de si, principalmente.

Yasui e Costa-Rosa (2008) nomeiam de “permanência micropolítica do hegemônico” os discursos, ora pequenos e sutis, ora escancarados, quase ditos automaticamente, que reproduzem essa “lógica hegemônica do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador” (p. 34) no interior dos serviços. Podemos pensar em momentos clássicos dos serviços de saúde mental: criança/adolescente que bate no técnico, pula muro, usa droga dentro do serviço, falta aos atendimentos, não atende os telefonemas e nossas repostas, enquanto equipe, são pautadas na correção, na educação e na moralidade. O usuário que rompeu o nosso pacto, quebrou o vínculo, não se implica no processo terapêutico, enquanto nós “fizemos de tudo”. Há uma infinidade de jargões próprios do cenário da saúde mental infantojuvenil e com tudo isso, poderíamos nos perguntar “quem, se não os operadores da saúde mental, poderá sustentar a possibilidade de uma nova aposta?” (COUTO, 2019, online). Algo como a pergunta feita pela trabalhadora de outro CAPSij da cidade, ao contar com o nosso acolhimento integral, – para a adolescente para o gato – relatada no final do capítulo sobre crise: “*se nem a saúde mental vai acolher essa pessoa, quem vai?*”.

Podemos dizer que o cenário atual exige tanto a superação da lógica manicomial, quanto da lógica ambulatorial, esta última ainda que mais sutil, segue produzindo efeitos pouco interessantes no cuidado, das prescrições instantâneas e dos especialismos profissionais que encontram respaldo diante da engrenagem social que vivemos, exigindo dos serviços respostas simples para questões complexas, crianças e adolescentes saudáveis, produtivos e consumidores. À saúde mental infantojuvenil, cabe, portanto, em conjunto com a rede ampliada de cuidados, reconhecer as infâncias e juventudes plurais que compõem seus territórios e extrapolar o fazer exclusivamente técnico, viabilizando experiências emancipatórias que possam possibilitar o enfrentamento de determinismos e estigmas (BRASIL, 2014).

Eliminam-se filas e listas de espera, parte-se para o território de maneira não burocratizada, ou seja, não é preciso esperar que as pessoas cheguem ao serviço para iniciarmos o cuidado e, se a pessoa não retorna, iniciamos a busca ativa pelo território, pelas redes (de serviços e virtuais, muitas vezes também). Esse último ponto nos leva a um dos princípios fundamentais de qualquer CAPS III: a porta aberta, disponível para o sofrimento independente da hora e sua importância na atenção 24 horas durante o processo de cuidado, não somente na agudização do sofrimento. Compreendemos as crianças e adolescentes da Atenção Psicossocial como sujeitos plenos de direitos e sujeitos psíquicos, porque plenamente inseridos na condição humana, “que para falar, precisam de alguém que escute”, (COUTO, 2019, online) e só conseguiremos escutar abrindo nossos olhos, ouvidos e todo o corpo despido de nossos valores morais, “suportando o insuportável de ser escutado” (ibidem).

*“Acho que a gente parte de algo que estava estagnado e assim, não tem culpas, é uma ausência total de diretrizes, de política, (...)no campo da infância a gente tem diretrizes muito frouxas. A gente saiu de um serviço que estava estagnado pra um serviço que teve que acelerar. Acho que hoje a gente tem uma lógica de cuidado muito mais aberta, muito mais interdisciplinar.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2017)*

Somado a tantas pistas sobre enredos, objetos e trajetórias que podem constituir um CAPSij III, encontramos outra mais, em Barcala (2019), que diz sobre o papel das instituições em albergar subjetividades.

en los servicios de salud estas infancias son objeto de diferentes prácticas tecnocráticas que diluyen la dimensión de la subjetividad, y de intervenciones o lógicas que patologizan tanto el malestar como las diferencias. En este sentido, dado que las formas de producción de subjetividad se inscriben en condiciones sociales y culturales específicas, son siempre situadas y se construyen en el encuentro con las instituciones en las que esa subjetividad se alberga<sup>41</sup> (BARCALA, 2019, p. 35).

Um CAPSij III deve albergar essas subjetividades e suas experiências-limite da loucura, do crack, de corpos inquietos, do *loló*, das giletes, do parquinho ao Ensino Médio, das subjetividades constituídas em cortiços, condomínio, palafitas ou conjunto habitacional. Albergar, é dizer, acolher, hospedar, cuidar e proteger, mas também reconhecer o tempo em que é necessário o fora, a ocupação do público por essas infâncias e adolescências não hegemônicas, constantemente postas à margem da sala de aula, do lar, das comunidades, da sociedade.

Temos enfim, um CAPSij III que se constitui em cada ato, em cada crise, grupo ou invenção territorial e que por lançar um olhar crítico às práticas e se propor alternativo a outros modos de produzir saúde, como nos lembra Merhy (2013), nos coloca no olho do furacão.

Semelhante à recomendação de Deleuze e Guattari (1996) sobre a necessidade de guardarmos o suficiente do organismo e nos instalarmos em uma espécie de território existencial para buscarmos “pontos favoráveis para linhas de fuga possíveis, movimentos de desterritorialização que possam, a cada momento, reinventar o corpo” (LIBERMAN; LIMA,

---

<sup>41</sup> “Nos servicios de saúde estas infancias são objeto de diferentes práticas tecnocráticas que diluem a dimensão da subjetividade, e de intervenções ou lógicas que patologizam, tanto o mal-estar quanto as diferenças. Neste sentido, dado que as formas de produção de subjetividade se inscrevem em condições sociais e culturais específicas, sempre estão localizadas e se constroem no encontro com as instituições em que essa subjetividade se alberga.” (tradução livre).

2015, p. 188), Merhy (2013), ao final de seu texto, sugere os alívios produtivos de uma equipe de saúde. Propõe que dentro do cotidiano sejam instituídos arranjos autogeridos pelos trabalhadores que permitam o reordenamento de seus sofrimentos, afinal, segundo o mesmo autor, para prospectar vida precisamos produzir vidas em nós também: O bolo no café da tarde que chega de surpresa; o “Imagem e Ação” ou o “Just Dance” que parecem divertir mais a equipe do que o usuário; a sessão de acupuntura na residente que também anuncia suas dores; um sarau mediado pelo Youtube, tão divertido que faz um adolescente crer que “*Vocês têm o melhor trabalho do mundo*”, em contraste com os dias em que nos sentimos Holden Caulfield, apanhadores em um campo de centeio, tentando impedir meninos e meninas de caírem em um precipício, tomados pela ilusão de nosso trabalho infinito e heroico.

Não há romantizações, tão pouco um desfecho duro do fatalismo, mas o desejo de seguir o caminho em que buscamos “imaginar as várias possibilidades de produção de uma alegria e um alívio no cotidiano” (MERHY, 2013, p. 222).

*“Eu quero chegar no momento em que eu não saiba quem é o psicólogo, quem é o t.o e quem é o médico. Que o cara não precise saber que eu sou a enfermeira fulana, que eu sou a psicóloga ‘não sei o quê’ ou que eu sou a medica ‘não sei das quantas’. Acho que a gente caminha pra isso, tem como chegar nisso, mas ainda não chegamos, a gente tá no meio do caminho.”*

*(trabalhadora do Tô Ligado desde 2017)*

### **Melhor deixar um desenho incompleto do que borrar**

Freud declarou um dia: (...). Escrevemos sobretudo para satisfazer algo que está dentro de nós mesmos, não para os outros. Naturalmente, se os outros aprovarem o nosso esforço, isso contribuirá para aumentar a nossa satisfação interior, mas apesar de tudo é sobretudo para nós mesmos, para obedecer uma pressão interna que escrevemos (SÉDAT, 2011, p. 17).

Ao longo do percurso da pesquisa, diferentes pessoas ofereceram diferentes motivações para pesquisar a constituição de um CAPSij III. Alguns trabalhadores de CAPS, de Santos e São Paulo contaram sobre a dificuldade em encontrar literatura sobre esse serviço; colegas do Mestrado disseram que seria importante para que a rede pudesse compreender os meandros e as singularidades desse cotidiano; para meus colegas de trabalho, sentia – e alguns verbalizaram também – que, de certa forma, ter essa narrativa documentada produziria um efeito de “missão cumprida”, algo que validaria esses anos de trabalho que fizeram - e fazem - desse serviço um

CAPS. Portanto, narrar sobre essa realidade pouco compartilhada tornou-se um dos objetivos principais da pesquisa.

(...) representá-lo de maneira caricatural, ainda que fosse de interesse para o palco, não seria honesto e além do mais, não levaria a nada. Na verdade, a caricatura é mais forte e, portanto, mais compreensível, mas é melhor deixar um desenho incompleto do que borrar (Tchekhov, 1995, p.128)<sup>42</sup>.

Deixar o desenho incompleto não lhe confere menos valor. Falamos sobre um/com um serviço de saúde que neste exato momento está se refazendo, já não é mais o mesmo de quando iniciamos a pesquisa e por isso escolhemos um método mais interessado na processualidade do que em uma representação final – que nunca seria encontrada. Em uma conversa com um amigo, dessas que também compõem indiretamente essa dissertação, me disse: “*seu texto tá pronto, não tá acabado*”. Acredito que sem saber, dialogava com esse caráter da processualidade da pesquisa.

O movimento proposto pela cartografia pôde ser experimentado nesse fazer pesquisa: algumas linhas puderam fluir mais tranquilamente na medida em que a experiência – não só do campo, do trabalho em ato, mas de seu entrecruzamento com a maternidade, pandemia, casa, família, amigos, (des)governo – era vivida de maneira mais branda. O inverso também existiu: alguns capítulos inevitavelmente encontraram as travas da escrita, já que atravessar aquela realidade estava igualmente difícil. Nesses momentos, pausa. Ou seria o pouso do pássaro como nos disse Kastrup? Ampliam-se os movimentos, desvia e segue – mas nunca para o mesmo lugar, nem permanecendo o mesmo. Pesquisar também pode ser um descobrimento de si. Outros processos, por mais doloridos que fossem, precisavam ser “expelidos”.

Por se tratar de um mergulho nas intensidades do passado para ressignificá-las no presente, é impossível falar disso tudo impassível e comportadamente. É assim. Pelo menos por ora (ROLNIK, 1989, p. 290).

Narramos sobre uma transição que se fez, no plano das leis, “do dia para a noite”, como dito diversas vezes pelos participantes, mas que no plano das intensidades, se fez – e se faz – através de uma contínua porosidade entre todos: casa-serviço, corpo-trabalhador, corpo-usuário, corpo-familiar, serviço-comunidade.

Certamente a esta dissertação sobraram *faltas*. Não há maneira de escapar da falta, tão presente em nossas vidas neuróticas e acadêmico-tradicionais. Introduzo a escrita com o que

---

<sup>42</sup> “O que pequenas narrativas de pesquisa têm a aprender com os textos, cartas e escritos de Anton Tchekhov?” Disponível em: [https://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2020/08/15/o-que-pequenas-narrativas-de-pesquisa-tem-a-aprender-com-os-textos-cartas-e-escritos-de-anton-tchekhov/#\\_ftn9](https://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2020/08/15/o-que-pequenas-narrativas-de-pesquisa-tem-a-aprender-com-os-textos-cartas-e-escritos-de-anton-tchekhov/#_ftn9). Acesso em: 01 de junho de 2021.

nomeio desejo ou abertura de um desejo de pesquisar, depois adentro a pesquisa também capturada por normas, técnicas, referências e conceitos. Talvez essas últimas linhas tenham a intenção de reposicionar este lugar de pesquisadora, mulher, trabalhadora, mãe(...).

Ainda que seja tentador para a pesquisadora, em estas linhas finais, introduzir uma certa coerência, interpretações que concluam a pesquisa como um todo homogêneo (BARROS; KASTRUP, 2009), caindo em absoluta contradição com a escolha do método, será feito esse exercício, que também nos adverte Merhy (2013), de não tornar as experiências narradas em guia de práticas, mas tomá-las como pistas, “momentos e lugares para mirarmos, como alimentos para digerirmos e ressignificarmos com os nossos fazeres, com os nossos coletivos reais, nos nosso mundos concretos” (p. 217).

Assim como os mapas, abertos e conectáveis, a maneira de acompanhar a trajetória e as transformações de um serviço de saúde mental infantojuvenil encontrou múltiplas entradas e saídas em distintos modos de cultivar o que se nomeiam *dados*, sem, no entanto, buscar pela representação e interpretação do *objeto CAPSij*. A escrita desse trabalho buscou seguir atentamente a pista sobre a política da narratividade, incluindo os conflitos e contradições que permanecem em aberto, sem conclusões homogêneas ou confirmações de modelos preexistentes, procurando lançar linhas de continuidade que possam afetar outros pesquisadores-trabalhadores (BARROS; KASTRUP, 2009).

Aceitamos o desafio de construir e constituir, cotidianamente, um serviço para além de portarias, normativas e conceitos, mas um serviço que se pauta em ofertar um cuidado que acontece na miudeza dos encontros. Seguimos, a despeito do sucateamento das políticas públicas, dos serviços estruturalmente caindo, do excesso de demandas, da chegada de sofrimentos diversos, trajando muitas roupagens. Lutamos para estar, com as portas escancaradas para o inesperado (SILVA, 2016), nem sempre com a certeza sobre o que fazer ou oferecer, mas com a disponibilidade de escutar, abraçar, chorar, afetar-se por todas as tantas infâncias e adolescências de nosso tempo.

## Referências Bibliográficas

- ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa- intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Ed. Sulina; 2009. p. 131-148.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BALDESSIM, A. F. "**De quê vocês brincavam?**" - uma cartografia sobre os brinquedos e brincadeiras de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. 2019. 154 f. Dissertação (Mestrado Profissional). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019.

BARBOSA, C. L.; LYKOUROPOULOS, C. B.; MATTOS, M. M.; VENTURA, M. F.; SIEBERT, M. O desafio cotidiano de ser equipe em um CAPSi. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 100-107.

BARCALA, A. Desigualdades y violencias en las infancias con sufrimiento psíquico y vulnerabilidad social en Argentina. In: SURJUS, L.T.L.S.; MOYSÉS, M. A. A. (Orgs.). **Saúde Mental Infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência**. Santos: Unifesp/Abrasme, 2019.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p.52-75.

BELTRAME, M. M.; BOARINI, M. L. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um caps. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 336-349, 2013.

BERTUOL, C.; CAMPOS, F.; SILVEIRA, L. Criança e adolescente: atenção integral e trabalho integrado. In: CAMPOS, F.; HENRIQUES, C. M. P.; (orgs.). **Contra a Maré à Beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. 2. ed. São Paulo, Ed. Hucitec, 1997. 138-144.

BERTUOL, C.; KINOSHITA, R. T.; COSTA FILHO, D. C. O valor imanente da criança. In: CAMPOS, F.; HENRIQUES, C. M. P.; (orgs.). **Contra a Maré à Beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. 2. ed. São Paulo, Ed. Hucitec, 1997. p.145-153.

BLIKSTEIN, F. **Destinos de crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico**. 2012. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

BRAGA, C. P; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 2, p. 401-410, dez. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). Projeto de Emenda Constitucional nº 241. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal**. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS**. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.588, de 21 de dez. de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** Brasília, DF, dez 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados - 12** [informativo eletrônico]. Ano 10, n 12. Brasília, 2015. Disponível em: [https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf). Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios.** Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial.** Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria da Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 13.840, de 5 de junho de 2019. **Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.** Brasília, DF, jun 2019.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº13.438, de 26 de abril de 2017. **Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças.** Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra :uma política para o SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, G. W. Prefácio. In: CAMPOS, F. (org.). **Contra a Maré à Beira-mar: a experiência do SUS em Santos.** 2. ed. São Paulo, Ed. Hucitec,1997.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n.4, p. 393-404, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, fev, 2007.

CARRAPATO, J. F. L.; LEITE, C. S. M. M. O.; ABIATI, M. M. Dependência de substâncias psicoativas na adolescência: um fenômeno exclusivamente biológico ou biopsicossocial? **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.12, n.31, p.353-373, 2020

CAVALCANTI, M.T. Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** Editorial. v. 35, n. 11, 2019.

CECCIM, R. B.; PALOMBINI, A. L. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 301-312, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et al. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Brasil: CFP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Nota de Posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia sobre o documento “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”**. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/12/951.1\\_Vigilia-em-Defesa-da-Saude-Mental-Carta-v1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/12/951.1_Vigilia-em-Defesa-da-Saude-Mental-Carta-v1.pdf). Acesso em: 10 de março de 2020.

CORSO, D. L.; CORSO, M. **Adolescência em cartaz: filmes e psicanálise para entendê-la**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

COSTA, S.L.; IMBRIZI, J. M.; KURKA, A. B. Território, memória e narrativa: transformações socioespaciais na região central, Ilha Diana e zona portuária de Santos. In: **Metrópoles: território, coesão social e governança democrática. Baixada Santista: transformações na ordem urbana**. BRANDÃO, M. V. M. B; MOREL, M. G. G.; SANTOS, A. R. (orgs.). - 1. ed. - Rio de Janeiro: Letra Capital: Observatório das Metrôpoles, 2015.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio- subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000, p. 141-168.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasil Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 04, p. 390-398, 2008.

COUTO, M.C.V. **Maria Cristina (UFRJ) A saúde mental infantojuvenil na agenda de políticas públicas**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3hDjU5bHjII&t=7s>. Acesso em janeiro de 2021.

CUNHA, C. C.; BOARINI, M. L. **O lugar da criança na Reforma Psiquiátrica**. Revista Psicologia e Saúde. v. 3, n. 1, jan. - jun. 2011, p. 68-76.

DAVID, E. C. **Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil**. 2018. 168 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

DAVID, E. C.; VICENTIN, M. C. G. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde Debate**, v. 44, n. 3, p. 264-277, outubro 2020.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Acerca do ritornelo. In: **Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia, v. 4**. São Paulo: Editora 34, 1997, p. 115-170.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs v. 5**. São Paulo: Editora 34, 1997b.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs v. 3**. São Paulo: Ed. 34; 1996.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 17, p. 1-4, maio 2019.

DE SOUZA, M. P. R. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtorno de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: C. B. Angelucchi & B. P. Souza (Eds.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 57-67.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 595-602, fev. 2020.

ELIA, L. **Lei 13.438/2017 – uma discussão de caráter ético-político urgente é preciso**. 2017. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/lei-13-4382017-uma-discussao-de-carater-etico-politico-urgente-e-preciso/>. Acesso em: 11 mar. 2021.

ELIA, L. A rede de atenção na Saúde Mental – articulações entre CAPS e ambulatórios. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2ª ed). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005, p. 49-61.

ELIA, L. Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS. In: KAMERS, M.; MARIOTTO, R. M. M.; VOLTOLINI, R. (orgs). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015, p. 243-264.

FERIGATO, Sabrina Helena. **Cartografia dos centros de convivência de Campinas: Produzindo redes de encontros**. 2013. 320 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

FIGUEIRA, P. L.; CALIMAN, L. V. Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.17-32, 2014.

FILHO, R. A. P. Uma breve história do controle social do sistema único de saúde em Santos e dos seis anos de conselho municipal de saúde. In: CAMPOS, F.; HENRIQUES, C. M. P. (orgs.). **Contra a Maré à Beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p.88-111.

FREIRE, M. A. B. **Notas cartográficas sobre o processo de implantação de um CAPS ad: do plano das leis ao plano dos afetos**. 2018. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Assis, 2018.

GALEANO, E. **Dias y noches de amor y de guerra**. Buenos Aires: Catálogos, 2009.

GUIMARÃES, T.A.A; ROSA, L.C.S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O social em questão**. Ano XXII – n. 44, maio-agosto de 2019. p.111-138.

HENZ, A. O.; GARCIA, M. L.; COSTA, S. L.; MAXIMINO, V. S. Trabalho entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S.; HENZ, A. O. **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 163-187.

JOIA, J. H; OLIVEIRA, A.; VICENTIN, M. C. G. O que as trajetórias de atenção a crianças e adolescentes que fazem uso de drogas nos ensinam sobre o cuidado em rede? In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 265-279.

KASTRUP, V. O Funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção da subjetividade**. Porto Alegre. Ed. Sulina, 2009. p.32-51.

KINOSHITA, R.T. Em Busca da Cidadania. In: CAMPOS, F.; HENRIQUES, C. M. P. (orgs.). **Contra a Maré à Beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p.67-77.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. Saúde e Loucura: Série Políticas do Desejo 10 ed., São Paulo: Hucitec, 2016

LANCETTI, A. **Contrafissura e Plasticidade Psíquica**. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

LEITE, R. A. V; OLIVEIRA, F. A.; SILVA, J. N. (2007). As portas de saída de um CAPSi e suas implicações com a desinstitucionalização. **Anais do Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social**, 14. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

LIBERMAN, F; LIMA, E. M. F. A. **Um corpo de cartógrafo**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 52, Mar. 2015, p. 183-193.

LYKOUROPOULOS, C. B.; PECHY, S. H. S. O que é um CAPSi? In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 87-99.

LUGON, R. **A Constituição da demanda para a neurologia nas vozes das ensinantes**. 2017. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

LUGON, R. **Caps não é lugar para autista e o jogo dos 7 ou mais erros**. Disponível em: <https://studylib.net/doc/25306216/caps-n%C3%A3o-%C3%A9-lugar-para-autista>, 2018.

LUGON, R. Reflexões e paradoxos sobre a Psiquiatria nos CAPSi. In: In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p.108-115.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 10, n. 20, p. 281-298, dez. 2006.

MASCARENHAS, C *et al.* **Sobre a Lei 13.438, de 26/4/17: Riscos e desafios**. 2017. Disponível em: <https://psicanalisedemocracia.com.br/2017/08/sobre-a-lei-13-438-de-26417-riscos-e-desafios/>. Acesso em: 11 mar. 2021

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. (Orgs.). **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 213-225.

MOYSÉS, M. A. A. A LEI 13.438 é um risco à saúde das crianças. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** [S. l.], v. 12, n. 31, p. 193-216, 2020.

MOYSÉS, M. A.; COLLARES, C. A. L. Sobre diferenças, desigualdades, direitos: raízes da patologização da vida. In: SURJUS, L.T.L.S.; MOYSÉS, M. A. A. (Orgs.). **Saúde Mental Infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência**. Santos: Unifesp/Abrasme, 2019.

NASCIMENTO, A. C. S. **Movimentos de defesa de direitos da criança e do adolescente em Santos: espaços de participação política**. 2013. 96 f. Trabalho de conclusão de curso de graduação (Serviço Social) - Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2013.

PASSOS, E; BENEVIDES DE BARROS, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção da subjetividade**. Porto Alegre. Ed. Sulina, 2009. p. 17-31.

PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção da subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PEREIRA, M.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 10, p. 2145-2154, out. 2014.

PEREIRA, M.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Adolescência, crise e atenção psicossocial: perspectivas a partir da obra de René Kaës. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 664-671 out/dez 2013.

PIMENTA, L. A. Brevíssima história da implementação do SUS em Santos. In: CAMPOS, F.; HENRIQUES, C. M. P.; (orgs.). **Contra a Maré à Beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p.29-40.

PINHO, L. **Nova Lei de Drogas e seus vetos: Indústria de leitos privados e menos transparência**. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/nova-lei-de-drogas-e-seus-vetos-industria-de-leitos-privados-e-menos-transparencia/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

RAMOS, F A C. Prefácio. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E; LYKOUROPOULOS, C V. **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016. p.19-22.

REGHIN, M. G. **Significados das práticas de cuidado e de criança na perspectiva dos profissionais de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil em Santos – SP**. 2019. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2019.

REIS, A. O. A.; DELFINI, P. S. S. D.; BARBOSA-DOMBI, C.; NETO, M. M. B. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (orgs.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.109-130.

ROBORTELLA, S. C. **Relatos de usuários de saúde mental em liberdade: o direito de existir**. 2000. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ROLNIK, Suelly. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

ROSA, M. D.; VICENTIN, M. C. Os Intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. **Psicologia Política**, v.10, n.19, 107-124, jan-jun 2010.

ROSSI, L. M.; MARCOLINO, T. Q.; SPERANZA, M.; CID, M. F. B. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 1-12, nov. 2019.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, M. F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Editora Hucitec, 1990. p. 89-99.

SANTOS, C. E.; YASUI, S. Muito além do Caps AD: o cuidado no território e na vida. In: **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil**. SOUZA, A. C. de; SOUZA, L. F.; SOUZA, E. O. de; ABRAHÃO, A. L. [orgs.]. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

SANTOS, M. F. **Hospitalidade integral e internação na reforma psiquiátrica**. 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

SCHECHTMAN, A. Exortação às mães: uma breve consideração histórica sobre saúde mental infantil no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2ª ed). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. p. 25-29.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. I Encontro municipal de Capsij, 2016, São Paulo. Anais [...]. São Paulo: [s. n.], 2016. 118 p. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/anaisiencontromunicipaldesaudeamentalinfantojuvenil22122016\\_1482430629.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/anaisiencontromunicipaldesaudeamentalinfantojuvenil22122016_1482430629.pdf). Acesso em: 20 jul. 2021.

SÉDAT, J. **Compreender Freud**. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

SILVA, G. A. **Os atravessamentos do racismo cotidiano na produção de sofrimento de usuários de um serviço de saúde mental infantojuvenil: possibilidades para reorientação do cuidado**. Santos. 2021. 57 f. Monografia (Especialização) - Curso de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2021.

SILVA, J. A. **Políticas do encontro e as forças selvagens na clínica infantojuvenil**. 2018. 170 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2018.

SILVA, M. L. B.; DIMENSTEIN, M. D. B. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 31-46, 2014.

SILVA, P. C. O Capsi de portas abertas ao inesperado. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E; LYKOUROPOULOS, C V. **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016. p.19-22.

SILVA, V. P.; BARROS, D. D. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional. **Rev. Ter. Ocup**. Univ. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 2010.

SILVA, T. C. S.; SANTOS, T. M.; CAMPELO, I. G. M. T.; CARDOSO, M. M. V. N.; SILVA, A. D.; PERES, M. A. A. Acolhimento noturno em um Centro de Atenção Psicossocial III. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. 7, p. 1-7, 2020.

SURJUS, L. T. L. S. S.; SILVA, P. C. (orgs.) **Redução de Danos: Ampliação da vida e materialização de direitos**, 2019. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/san7/images/E-book-Reducao-Danos-versao-final.pdf>. Acesso em: 05 de novembro de 2020.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde Mental Infantojuvenil e Desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015.

TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal: Revista de Psicologia**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 299-322, ago. 2013.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002.

VICENTIN, M. C. G.; BLIKSTEIN, F. Internações psiquiátricas de crianças e adolescentes: um analisador da reforma em saúde mental. In: SURJUS, L.T.L.S.; MOYSÉS, M. A. A. (Orgs.). **Saúde Mental Infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência**. Santos: Unifesp/Abrasme, 2019.

VIEIRA, M. N.; MARCOLAN, J. F. Influência dos modelos inovadores paulistas na Política Brasileira de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 69, n. 2, p. 360-367, abr. 2016.

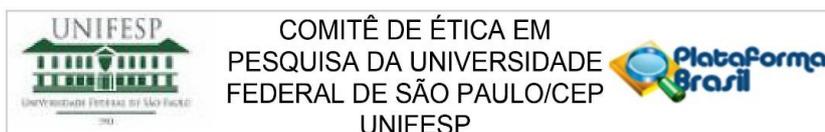
YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 454-463, 2011.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA Jr, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, 1859-1868, 2014.

## ANEXOS

## Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética



Continuação do Parecer: 4.326.697

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

-Documentos apresentados para a emenda:

- 1- carta justificativa da emenda (Carta\_de\_justificativa\_para\_a\_emenda.docx);
- 2- (CRONOGRAMA\_v2\_10ago20.pdf)
- 3- (projetodepesquisa.pdf)
- 4- (roteiroentrevista\_adolescentes.docx)
- 5- (roteiroentrevista\_familiares.docx)
- 6- (TALeadolescentes.doc)
- 7- (TCLE\_profissionais.doccx)
- 8- (TALeadolescentes.doc)
- 9- (TCLE\_responsaveis.doc)

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Emenda aprovada

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1599198_E1.pdf	06/09/2020 15:56:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALeadolescentes.doc	06/09/2020 15:55:39	Jessica Silva Gottschalk	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.docx	06/09/2020 15:54:17	Jessica Silva Gottschalk	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_familiares.doc	06/09/2020	Jessica Silva	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 740  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br

**Anexo 2: Carta aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Santos**

SECRETARIA DE SAÚDE  
GAB-SMS  
COFORM-SMS  
CAAPP-SMS

Santos, 18 de Dezembro de 2019.

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão – CAAPP-SMS concorda que a pesquisadora **Profª Drª. Andrea Perosa Saigh Jurdi**, responsável pela aluna **Jessica Silva Gottschalk**, realize a pesquisa intitulada “**Constituir-se CAPSi: trajetórias do processo de cuidado em saúde mental infantojuvenil**”, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

  
**Christiane Alves Abdala**  
REG. 21603-6  
Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão

Rua Amador Bueno, 333- 14º andar – sala 1416 Centro Santos SP  
CEP 11013-113 Tel. 3213 5127 [coform.sms@santos.sp.gov.br](mailto:coform.sms@santos.sp.gov.br)

## APÊNDICE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – EX TRABALHADORAS

Título do Projeto de Pesquisa: “Constituir-se CAPSij: trajetórias do processo de cuidado em saúde mental infantojuvenil”

Pesquisadora Responsável: Profª Drª Andrea Perosa Saigh Jurdi

Local onde será realizada a pesquisa: CAPSij “Tô ligado”

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa acima especificada. O convite está sendo feito devido ao fato de você ter vivenciado a transição do antigo ambulatório SECERPA a CAPSij “Tô ligado”. Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda porque esta pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados abaixo.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se a participar ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Andrea, no telefone 38783731 e e-mail [andreaJurdi@gmail.com](mailto:andreaJurdi@gmail.com) ou com Jessica, no telefone 32218367 e e-mail [j.gottschalk@unifesp.br](mailto:j.gottschalk@unifesp.br). Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, CEP 04023-900 – Vila Clementino, São Paulo/SP, telefones (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162, às segundas, terças, quintas e sextas, das 09:00 às 12:00hs ou pelo e-mail [cep@unifesp.br](mailto:cep@unifesp.br).

Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado). Somente a pesquisadora e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa.

Após ser apresentado(a) e esclarecido(a) sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias. Cada via também será rubricada em todas as páginas e assinada pela pesquisadora responsável, devendo uma via ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário.

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

Justificativa para realização da pesquisa: Devido à relevância histórica do município de Santos no processo da Reforma Psiquiátrica e poucas pesquisas sobre esse tema, principalmente no que se refere à saúde mental infantojuvenil, parece-nos importante compreender como se constituiu um serviço de atenção psicossocial para crianças e adolescentes nesta cidade;

Objetivos da pesquisa: Narrar o processo de constituição do CAPSij “Tô ligado” do município de Santos/SP e suas ofertas de cuidado à comunidade;

População da pesquisa: 7 profissionais do CAPSij; 3 ex-trabalhadoras do CAPSij; 5 usuários adolescentes do CAPSI e seus responsáveis;

Procedimentos aos quais será submetido(a): Será realizada uma roda de conversa em plataforma online com ex-trabalhadoras do CAPSij “Tô ligado”, com duração de duas horas;

Riscos em participar da pesquisa: Considera-se que qualquer pesquisa que envolve seres humanos está sujeita a desconfortos como cansaço e constrangimento que, no caso de ocorrência, poderá ser comunicado por você e provocar o encerramento de sua participação, em qualquer fase do processo da pesquisa;

Benefícios em participar da pesquisa: O estudo não oferece benefícios financeiros aos participantes. Espera-se que esta pesquisa contribua com reflexões sobre a saúde mental infantojuvenil, bem como suas práticas em outros territórios. Espera-se também que a pesquisa possibilite um melhor entendimento da rede intersetorial sobre o funcionamento do CAPSij e que isso reflita na qualidade dos serviços ofertados aos usuários e familiares.

Privacidade e confidencialidade: as pesquisadoras se comprometem a tratar seus dados de forma anônima, com privacidade e confidencialidade. Solicito sua autorização para a gravação de áudio durante a roda de conversa que será utilizada apenas para fins de análise de pesquisa;

Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa: Você será informado(a) sobre os resultados que sejam do conhecimento das pesquisadoras;

Custos envolvidos pela participação da pesquisa: a participação na pesquisa não envolve custos, tampouco compensações financeiras. Se houver gastos, como de transporte e alimentação, eles serão ressarcidos;

Danos e indenizações: Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais o Sr. (Sra.) será submetido(a), lhe será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

#### Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) de pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que li ou foram lidos para mim, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pela Pesquisadora Responsável.

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_; CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ local e data: \_\_\_\_\_

#### Declaração da pesquisadora

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Local/data: \_\_\_\_\_

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TRABALHADORAS E TRABALHADORES**

Título do Projeto de Pesquisa: “Constituir-se CAPSi: trajetórias do processo de cuidado em saúde mental infantojuvenil”

Pesquisadora Responsável: Profª Drª Andrea Perosa Saigh Jurdi

Local onde será realizada a pesquisa: CAPSij “Tô ligado”

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa acima especificada. O convite está sendo feito devido ao fato de você ter vivenciado a transição do antigo ambulatório SECERPA a CAPSi “Tô ligado”. Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda porque esta pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados abaixo.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se a participar ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Andrea, no telefone 38783731 e e-mail andreajurdi@gmail.com ou com Jessica, no telefone 32218367 e e-mail j.gottschalk@unifesp.br. Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, CEP 04023-900 – Vila Clementino, São Paulo/SP, telefones (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162, às segundas, terças, quintas e sextas, das 09:00 às 12:00hs ou pelo e-mail cep@unifesp.br.

Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado). Somente a pesquisadora e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa.

Após ser apresentado(a) e esclarecido(a) sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias. Cada via também será rubricada em todas as páginas e assinada pela pesquisadora responsável, devendo uma via ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário.

### **INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA**

- ✓ Justificativa para realização da pesquisa: Devido à relevância histórica do município de Santos no processo da Reforma Psiquiátrica e poucas pesquisas sobre esse tema, principalmente no que se refere à saúde mental infantojuvenil, parece-nos importante compreender como se constituiu um serviço de atenção psicossocial para crianças e adolescentes nesta cidade;
- ✓ Objetivos da pesquisa: Analisar o processo de constituição do CAPSi “Tô ligado” do município de Santos/SP e suas ofertas de cuidado à comunidade; Caracterizar os dispositivos de cuidado em saúde mental infantojuvenil; Identificar as articulações realizadas com a rede de atenção psicossocial e intersetorial; Identificar quais práticas de cuidado são reconhecidas por seus usuários e familiares;
- ✓ População da pesquisa: 5 profissionais do CAPSi, 5 usuários adolescentes do CAPSi e seus responsáveis;
- ✓ Procedimentos aos quais será submetido(a): Será realizada uma roda de conversa com os profissionais do CAPSi “Tô ligado”, no espaço da unidade, com duração de duas horas;
- ✓ Riscos em participar da pesquisa: Considera-se que qualquer pesquisa que envolve seres humanos está sujeita a desconfortos como cansaço e constrangimento que, no caso de ocorrência, poderá ser comunicado por você e provocar o encerramento de sua participação, em qualquer fase do processo da pesquisa;
- ✓ Benefícios em participar da pesquisa: O estudo não oferece benefícios financeiros aos participantes. Espera-se que esta pesquisa contribua com reflexões sobre a saúde mental infantojuvenil, bem como suas práticas em outros territórios. Espera-se também que a pesquisa possibilite um melhor entendimento da rede intersetorial sobre o funcionamento do CAPSi e que isso reflita na qualidade dos serviços ofertados aos usuários e familiares.
- ✓ Privacidade e confidencialidade: as pesquisadoras se comprometem a tratar seus dados de forma anônima, com privacidade e confidencialidade. Solicito sua autorização para a gravação de áudio durante a roda de conversa que será utilizada apenas para fins de análise de pesquisa;

- ✓ Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa: Você será informado(a) sobre os resultados que sejam do conhecimento das pesquisadoras;
- ✓ Custos envolvidos pela participação da pesquisa: a participação na pesquisa não envolve custos, tampouco compensações financeiras. Se houver gastos, como de transporte e alimentação, eles serão ressarcidos;
- ✓ Danos e indenizações: Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais o Sr. (Sra.) será submetido(a), lhe será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

#### Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) de pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que li ou foram lidos para mim, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pela Pesquisadora Responsável.

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_; CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ local e data: \_\_\_\_\_

#### Declaração da pesquisadora

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Local/data: \_\_\_\_\_

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ADOLESCENTES

Título do Projeto de Pesquisa: “Constituir-se CAPSi: trajetórias do processo de cuidado em saúde mental infantojuvenil”

Pesquisadora Responsável: Profª Drª Andrea Perosa Saigh Jurdi

Local onde será realizada a pesquisa: CAPSi “Tô ligado”

Você está sendo convidado a participar como voluntário(a) da pesquisa acima especificada. O convite está sendo feito pois durante a mudança do serviço SECERPA para CAPSi “Tô ligado”, você estava em acompanhamento e permaneceu até os dias de hoje.

Se você aceitar participar, eu irei entrevistá-lo sobre o seu atendimento no “Tô ligado”. Nossa conversa será gravada e depois eu irei escrever sobre o que conversamos. Esses registros serão usados na minha pesquisa e na escrita de artigos científicos. Nossa conversa será realizada no CAPSi “Tô ligado” com duração de uma hora. Você será informado(a) sobre os resultados desta pesquisa.

Eu não irei contar o que conversarmos aqui para ninguém, exceto para a minha professora Andrea Perosa Saigh Jurdi e quando for escrever sobre esta conversa não irei colocar o seu nome.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores informações, ou desistir de participar. Em toda pesquisa que envolve seres humanos podem acontecer alguns desconfortos como cansaço e constrangimento que, no caso de ocorrência, poderá ser comunicado por você e encerrar a sua participação. Em todos esses casos, você não será prejudicado de nenhuma forma.

Você ou seus responsáveis não terão qualquer tipo de despesa financeira, nem receberão algo para me ajudar com essa pesquisa. Se houver gastos, como de transporte e alimentação, eles serão ressarcidos. Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após a entrevista, será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Andrea, no telefone 38783731 e e-mail andreajurdi@gmail.com ou com Jessica, no telefone 32218367 e e-mail j.gottschalk@unifesp.br. Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Após ser apresentado(a) e esclarecido(a) sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar participar como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias. Cada via também será rubricada em todas as páginas e assinada pela pesquisadora responsável, devendo uma via ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário.

#### Assentimento do participante

Eu declaro que aceito participar deste estudo como voluntário(a) de pesquisa. Fui devidamente informado(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que li ou foram lidos para mim, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas. Foi garantido que posso recusar a participar a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo a minha identidade. Informo que recebi uma cópia deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pela Pesquisadora Responsável.

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_; CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ local e data: \_\_\_\_\_

#### Declaração da pesquisadora

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Assentimentos Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Local/data: \_\_\_\_\_

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha (Se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Local/data: \_\_\_\_\_





Assinatura Datiloscópica (*se não alfabetizado*)

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.  
Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: \_\_\_\_\_; Assinatura: \_\_\_\_\_

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FAMILIARES**

Título do Projeto de Pesquisa: “Constituir-se CAPSi: trajetórias do processo de cuidado em saúde mental infantojuvenil”

Pesquisadora Responsável: Profª Drª Andrea Perosa Saigh Jurdi

Local onde será realizada a pesquisa: CAPSi “Tô ligado”

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa acima especificada. O convite está sendo feito a você porque queremos saber como o familiar do adolescente em acompanhamento no CAPSi compreende a transição de SECERPA para CAPSi “Tô ligado”. Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda porque esta pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados abaixo.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se a participar ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Andrea, no telefone 38783731 e e-mail [andreajurdi@gmail.com](mailto:andreajurdi@gmail.com) ou com Jessica, no telefone 32218367 e e-mail [j.gottschalk@unifesp.br](mailto:j.gottschalk@unifesp.br). Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, CEP 04023-900 – Vila Clementino, São Paulo/SP, telefones (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162, às segundas, terças, quintas e sextas, das 09:00 às 12:00hs ou pelo e-mail [cep@unifesp.br](mailto:cep@unifesp.br).

Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado). Somente a pesquisadora e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa.

Após ser apresentado(a) e esclarecido(a) sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias. Cada via também será rubricada em todas as páginas e assinada pela pesquisadora responsável, devendo uma via ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário.

### **INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA**

Justificativa para realização da pesquisa: Devido à relevância histórica do município de Santos no processo da Reforma Psiquiátrica e poucas pesquisas sobre esse tema, principalmente no que se refere à saúde mental infantojuvenil, parece-nos importante compreender como se constituiu um serviço de atenção psicossocial para crianças e adolescentes nesta cidade;

Objetivos da pesquisa: Analisar o processo de constituição do CAPSi “Tô ligado” do município de Santos/SP e suas ofertas de cuidado à comunidade; Caracterizar os dispositivos de cuidado em saúde mental infantojuvenil; Identificar as articulações realizadas com a rede de atenção psicossocial e intersetorial; Identificar quais práticas de cuidado são reconhecidas por seus usuários e familiares;

População da pesquisa: 5 profissionais do CAPSi, 5 usuários adolescentes do CAPSi e seus responsáveis;

Procedimentos aos quais será submetido(a): Será realizada uma entrevista com o familiar responsável de cada adolescente, no espaço da unidade, com duração de uma hora;

Riscos em participar da pesquisa: Considera-se que qualquer pesquisa que envolve seres humanos está sujeita a desconfortos como cansaço e constrangimento que, no caso de ocorrência, poderá ser comunicado por você ou pelo(a) seu (sua) filho(a) e provocar o encerramento de sua participação, em qualquer fase do processo da pesquisa;

Benefícios em participar da pesquisa: O estudo não oferece benefícios financeiros aos participantes. Espera-se que esta pesquisa contribua com reflexões sobre a saúde mental infantojuvenil, bem como suas práticas em outros territórios. Espera-se também que a pesquisa possibilite um melhor entendimento da rede intersetorial sobre o funcionamento do CAPSi e que isso reflita na qualidade dos serviços ofertados aos usuários e familiares.

Privacidade e confidencialidade: as pesquisadoras se comprometem a tratar seus dados de forma anônima, com privacidade e confidencialidade. Solicito sua autorização para a gravação de áudio durante a entrevista que será utilizada apenas para fins de análise de pesquisa;

Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa: Você será informado(a) sobre os resultados que sejam do conhecimento das pesquisadoras;

Custos envolvidos pela participação da pesquisa: a participação na pesquisa não envolve custos, tampouco compensações financeiras. Se houver gastos, como de transporte e alimentação, eles serão ressarcidos;

Danos e indenizações: Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais o Sr. (Sra.) será submetido(a), lhe será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

#### Consentimento do participante

Eu declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) de pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que li ou foram lidos para mim, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pela Pesquisadora Responsável.

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_; CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ local e data: \_\_\_\_\_

#### Declaração da pesquisadora

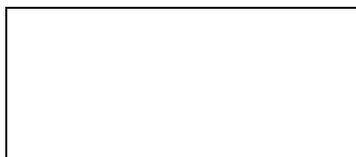
Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Local/data: \_\_\_\_\_

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha (Se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Local/data: \_\_\_\_\_



Assinatura Datiloscópica (se não alfabetizado)

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.  
Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: \_\_\_\_\_; Assinatura: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RESPONSÁVEIS

Título do Projeto de Pesquisa: “Constituir-se CAPSi: trajetórias do processo de cuidado em saúde mental infantojuvenil”

Pesquisadora Responsável: Profª Drª Andrea Perosa Saigh Jurdi

Local onde será realizada a pesquisa: CAPSi “Tô ligado”

Estamos convidando seu(sua) filho(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa acima especificada. O convite está sendo feito pois durante a mudança do serviço SECERPA para CAPSi “Tô ligado”, seu(sua) filho(a) estava em acompanhamento neste serviço.

Antes de decidir se ele(ela) deve participar, é importante que você entenda porque esta pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados abaixo.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, ele(ela) poderá solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se a participar ou desistir de participar. Em todos esses casos, nem ele (ela), nem você serão prejudicados, penalizados ou responsabilizados de nenhuma forma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Andrea, no telefone 38783731 e e-mail [andreaJurdi@gmail.com](mailto:andreaJurdi@gmail.com) ou com Jessica, no telefone 32218367 e e-mail [j.gottschalk@unifesp.br](mailto:j.gottschalk@unifesp.br). Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, CEP 04023-900 – Vila Clementino, São Paulo/SP, telefones (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162, às segundas, terças, quintas e sextas, das 09:00 às 12:00hs ou pelo e-mail [cep@unifesp.br](mailto:cep@unifesp.br).

Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais - o nome de seu(sua) filho(a) jamais será divulgado. Somente a pesquisadora e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa.

Após ser apresentado(a) e esclarecido(a) sobre as informações da pesquisa, no caso de autorizar a participação de seu(sua) filho(a) como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias. Cada via também será rubricada em todas as páginas e assinada pela pesquisadora responsável, devendo uma via ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário.

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

Justificativa para realização da pesquisa: Devido à relevância histórica do município de Santos no processo da Reforma Psiquiátrica e poucas pesquisas sobre esse tema, principalmente no que se refere à saúde mental infantojuvenil, parece-nos importante compreender como se constituiu um serviço de atenção psicossocial para crianças e adolescentes nesta cidade;

Objetivos da pesquisa: Analisar o processo de constituição do CAPSi “Tô ligado” do município de Santos/SP e suas ofertas de cuidado à comunidade; Caracterizar os dispositivos de cuidado em saúde mental infantojuvenil; Identificar as articulações realizadas com a rede de atenção psicossocial e intersetorial; Identificar quais práticas de cuidado são reconhecidas por seus usuários e familiares;

População da pesquisa: 5 profissionais do CAPSi, 5 usuários adolescentes do CAPSI e seus responsáveis;

Procedimentos aos quais será submetido(a): Seu(sua) filho(a) participará de uma entrevista individual que acontecerá no espaço do “Tô ligado”, com duração de uma hora;

Riscos em participar da pesquisa: Considera-se que qualquer pesquisa que envolve seres humanos está sujeita a desconfortos como cansaço e constrangimento que, no caso de ocorrência, poderá ser comunicado por você ou pelo(a) seu (sua) filho(a) e provocar o encerramento da participação, em qualquer fase do processo da pesquisa;

Benefícios em participar da pesquisa: O estudo não oferece benefícios financeiros aos participantes. Espera-se que esta pesquisa contribua com reflexões sobre a saúde mental infantojuvenil, bem como suas práticas em outros territórios. Espera-se também que a pesquisa possibilite um melhor entendimento da rede intersetorial sobre o funcionamento do CAPSi e que isso reflita na qualidade dos serviços ofertados aos usuários e familiares.

Privacidade e confidencialidade: as pesquisadoras se comprometem a tratar os dados de forma anônima, com privacidade e confidencialidade. Solicito sua autorização para a realização e gravação de áudio durante a entrevista. Após a entrevista, o material gravado será transcrito e os registros ficarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos.

Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa: Você e seu(sua) filho(a) serão informados(as) sobre os resultados que sejam do conhecimento das pesquisadoras;

Custos envolvidos pela participação da pesquisa: a participação na pesquisa não envolve custos, tampouco compensações financeiras. Se houver gastos, como de transporte e alimentação, eles serão ressarcidos;

Danos e indenizações: Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais seu(sua) filho(a) será submetido(a), será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

#### Consentimento do participante

Eu declaro que autorizo a participação de meu(minha) filho(a) neste estudo como voluntário(a) de pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que li ou foram lidos para mim, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas. Foi-me garantido que ele(ela) pode recusar a participar a qualquer momento, sem que isto nos cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo a identidade de meu(minha) filho(a). Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pela Pesquisadora Responsável.

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_; CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ local e data: \_\_\_\_\_

#### Declaração da pesquisadora

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Local/data: \_\_\_\_\_

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha (Se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Local/data: \_\_\_\_\_



Assinatura Datiloscópica (se não alfabetizado)

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.  
Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: \_\_\_\_\_; Assinatura: \_\_\_\_\_)