

A experiência de um centro de atenção psicossocial infanto juvenil regional do interior do Paraná: avanços e desafios na luta antimanicomial”

The experience of a psychosocial care center infantile juvenile and youth regional countryside of southern Brazil: advances and challenges in the anti-asylum”

DOI:10.34119/bjhrv4n4-283

Recebimento dos originais: 25/07/2021

Aceitação para publicação: 25/08/2021

Jackeline Lourenço Aristides

Doutoranda em Ciências da Educação (UNLP)
Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana (PR)
Endereço: Rua Padre Tadeu Wrobel, 75- Apucarana (PR)
E-mail: jackeline.aristides@gmail.com

Tânia Tanus Salvadori

Pós graduação em gestão pública em saúde
Centro de Atenção Psicossocial de Assis (SP)
Endereço: Rua dos Brilhantes, 191- Residencial Esmeralda Park- Assis (SP)

RESUMO

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSij) é um serviço de saúde comunitário do SUS, referência para crianças e adolescentes que apresentem sofrimento psicossocial, cuja severidade e ou persistência justifiquem seu atendimento. Estão incluídos nessa categoria as crianças com autismo, psicoses, neuroses graves e em uso abusivo/dependência de crack, álcool e outras drogas. Na referida experiência desse CAPS, se a equipe avaliasse que a criança/adolescente tem quadro que exigisse cuidado era desenvolvido o projeto terapêutico singular (PTS). Em casos não “capsij”, a devolutiva era realizada para os responsáveis, ou órgão encaminhador. Também houve a realização de reuniões em rede (saúde, escola, assistência social, conselho tutelar e justiça), e o desenvolvimento de grupos terapêuticos com crianças e adolescentes em dependência ou uso abusivo de substâncias. Avançou-se na integralidade do cuidado, porém ainda se deparou com obstáculos impostos por profissionais da rede de atenção psicossocial, que ainda possuem uma visão biologicista do processo saúde doença.

Palavras-Chave: Centro de Atenção Psicossocial, Saúde Mental, Narcóticos, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Center Infantile Juvenile (CAPSij) is a community health service of SUS in the city of Apucarana-PR, it's a reference to children and adolescents who present psychosocial distress, whose severity and persistence justify their care. They are included in this category, children and young with autism, psychoses, severe neuroses and crack addiction, alcohol and other drugs. This is an experience report on the challenges of a CAPS at a small town, as well as obstacles and facilitators in the search

for an increasingly comprehensive care in extrahospitalar network. In the beginning, both the user and the family are evaluated, when they present framework that requires care in this service, it is agreed the unique therapeutic project (PTS) with the child / young, family and community. In cases not "capsij" the feedback is held for those responsible, or forwarder agency. We also started conducting network meetings (health, school, social assistance, protect and justice council, and we developed therapeutic groups with children and tennagers in substance abuse and or addiction. We move on comprehensive care, but still come across obstacles imposed by professionals of psychosocial care network, which still have a biologicist view of the health condition and who see the admission to psychiatric hospital as a resource of care.

Keywords: Psychosocial Care Center, Mental health, Narcotics, Psychiatric Reform.

1 INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (o CAPSij) é um serviço de saúde comunitário do Sistema Único de Saúde (o SUS). É um lugar de referência e acompanhamento às crianças e adolescentes que apresentem sofrimento psicossocial, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua assistência. Estão incluídos nessa categoria o diagnóstico de autismo moderado sem suporte social e grave, psicoses, neuroses graves, e em uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, dentre outras formas de sofrimento. Para ser um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, a assistência deve ser integral e em equipe multiprofissional, contemplando o processo saúde-doença permeado pelos determinantes e determinações sociais.

Ao longo do processo de trabalho no CAPS infanto juvenil deparou-se com algumas situações que deveriam ser melhor trabalhadas pela equipe multiprofissional, tais como: o trabalho em Rede; o fortalecimento do cuidado baseado no Projeto Terapêutico Singular (o PTS); o desenvolvimento de ferramentas de cuidado à criança e ao adolescente em uso de álcool, crack e outras drogas; o trabalho com as famílias dos usuários do serviço; o fomento à participação popular dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde sobre assuntos pertinentes à saúde mental, bem como precisávamos dar conta de um público bastante excluído dos serviços de saúde- as pessoas com diagnóstico de autismo moderado e grave. A seguir descreve-se estas readequações no processo de trabalho, afim de promover a troca de experiências e reflexões a cerca desta modalidade de serviço, seus progressos e desafios. Assim como, a possibilidade de refletir sobre as ações que contribuíram para a melhoria na qualidade de vida dos usuários, e familiares que utilizavam dos serviços em saúde mental, e as possibilidades de atuação em rede.

2 A FAMÍLIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE USUÁRIO DO CAPSIJ

Sabe-se que quando a criança adocece, adocece também a família, e que o inverso também é verdadeiro, sendo assim, o nosso trabalho em equipe de saúde mental não se restringiu somente ao usuário, mas também à família.

Na maior parte dos serviços de saúde, o que se percebe é a responsabilização da família como “culpada” dos agravos ou da situação dos seus “doentes”, porém, tem-se que ampliar o cuidado no sentido da corresponsabilização, instrumentalizando os familiares para o fortalecimento de laços saudáveis.

Segundo Brasil (2014), para que os usuários e as famílias assumam responsabilidades, eles precisam compreender o significado da relação de corresponsabilidade que queremos estabelecer, e as implicações que esse conceito pode ter. Não se trata de delegar, transferir responsabilidades que são das equipes de saúde para os usuários, às famílias e população, mas de juntos construir projetos terapêuticos solidários, de forma que tanto os usuários quanto as famílias sintam-se capazes de assumir a responsabilidade pela sua saúde e seu próprio cuidado.

Estimulou-se a inserção dos familiares e/ou responsáveis em variadas atividades desenvolvidas pelo Capsij tais como: festas, passeios, reuniões, atendimentos, e educação em saúde, e desenvolveu-se grupos de apoio aos mesmos. Disponibilizando horários flexíveis (inclusive noturno) para a participação dos responsáveis.

Os familiares e/ou responsáveis dos usuários de álcool e outras drogas eram convidados a participarem do grupo simultaneamente aos grupos terapêuticos das crianças e adolescentes com essa demanda, como forma de incentivo à participação de todos os envolvidos. Tal iniciativa se mostrou eficiente para a maior adesão tanto das crianças e adolescente como de seus familiares, gerando um sentimento de maior proximidade, e comprometimento de ambas as partes.

Diversos temas eram abordados com os familiares e/ou responsáveis, tais como: a importância do estabelecimento de limites e diálogo com afeto, segurança emocional, vínculo, corresponsabilização, estilos parentais, conscientização, orientações sobre o uso das variadas drogas na perspectiva de enriquecimento de vida por meio da redução de danos, reflexões acerca das relações e dinâmicas familiares, dentre outros.

Neste sentido, a participação dos familiares e/ou responsáveis nos grupos do CAPSij, se tornou fundamental para a melhor evolução do caso, e uma ferramenta indispensável para o trabalho da equipe na busca da integralidade.

2.1 A CRIANÇA E O ADOLESCENTE USUÁRIO DO CAPSIIJ

Interessante notar que se a rede de serviços (saúde, assistência social, educação, justiça, entre outros) ainda trabalha na culpabilização da família, também o faz na culpabilização da criança e do adolescente. Para a maior parte da rede de serviços as crianças, e os adolescentes eram concebidos como seres sem autonomia, incapazes e doentes, e em outros momentos como infratores, e perigosos. Dessa forma, era preciso ampliar a desconstrução desses estigmas e preconceitos entre os setores, e sociedade como um todo.

Assim, o que se percebia era a insensibilidade de muitos serviços, a falta de profissionais instrumentalizados em várias áreas, e uma “moral higienista de sociedade”. Havia um senso comum “que antigamente as crianças eram mais educadas, mais obedientes”, parecendo que quando mais jovens não brincávamos, não subíamos em árvores, não cabulávamos aulas, não namorávamos, e que não tínhamos desejos. Defrontou-se com professores chamando a patrulha escolar (policia escolar) diante de situações de fácil resolução (como um menino que subiu em uma árvore), sem ao menos tentar outras formas de acolhimento com esta criança, ou mesmo sem ter a preocupação de saber o que estava realmente acontecendo com ela. Foi preciso então discutir sobre a infância com os docentes, resgatando a necessidade do brincar e do sonhar, e que as crianças poderiam também se expressar de diversas maneiras.

Conforme Ferrazza (2009) e Machado (2012), não se pode dizer não, interrogar os professores ou, ainda, expor um desejo ou opinião diferente do esperado, que logo se impõe algum rótulo de transtorno, levando a uma patologização da vida e do cotidiano que leva, então, a termos como consequência a medicalização desmedida e o aumento da prescrição e uso de medicamentos psicotrópicos.

Todos podem ganhar um rótulo de hiperativo, ou com déficit de atenção, quando a aula tem um assunto debatido que não faz parte da afinidade do aluno, ou mesmo quando os professores têm dificuldades em acolher as singularidades de cada um. Abre-se aqui um parêntese, pois, não quer se culpabilizar o professor, este também está abandonado pelos estado, em salas muitos alunos, sem o respeito do piso salarial muitas vezes, sem tempo para educação permanente/continuada, atendendo sozinhos crianças e adolescentes com as mais variadas dificuldades. Ou seja, sem condições básicas de trabalho, o que potencializa este conflito em relação à “normalização” e “patologização da infância e da adolescência”.

Conforme Boarini & Borges (2009), não obstante às incertezas de caráter metodológico, e ao fato de que a forma de tratar o jovem como TDAH- transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ainda suscitarem controvérsias, a prescrição médica de psicotrópicos, especialmente do cloridrato de metilfenidato para crianças em idade escolar, avança numa linha ascendente.

Numa sociedade em que se busca corpos dóceis e normatizados, as reações que transgridam, que expressem discordâncias ou mesmo a expressão de sentimentos comuns ao ser humano como: a raiva, a tristeza ou a intensa alegria logo são transformados em patologias ou em ato infracional, restando muitas vezes as crianças e adolescentes a rotulação, a patologização e a estigmatização.

Se não forem medicados ou contidos, a criança e/ou o adolescente corre o risco muitas vezes de não frequentar a sala de aula, alguns profissionais da educação chegam a impedir os alunos de assistirem as aulas quando ficam sem receitas de ritalina, ou “calmantes” prescritos pelos médicos.

Segundo Boarini & Borges (2009), o alto consumo de medicamentos vem confirmando que o homem mantém viva sua busca secular pelas soluções pontuais para problemas complexos produzidos no intrincado de suas relações sociais. Disso são exemplos as folclóricas garrafadas, as tradicionais bruxarias, exorcismos, porções mágicas, sementes, ervas, etc.

2.2 CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS

Falando em drogas, segundo BRASIL (2011), a portaria nº 3.088, que trata da rede de atenção psicossocial pontua em um dos seus artigos que o “CAPS ij deve atender crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas”.

Assim, um dos trabalhos desenvolvido foi com o público usuário de álcool e outras drogas, trazendo-os para o CAPSji, propondo outra abordagem, utilizando a redução de danos e fazendo enfrentamento ao tratamento centrado no senso comum propagado pela mídia, centrado no remédio, na institucionalização e na internação psiquiátrica.

Conforme Boarini (2009), contraditoriamente aos avanços de caráter tecnológico-productivo, as mazelas sociais persistem em novas roupagens. Exemplos disso são a infância vítima de abandono, violência doméstica, uso de drogas ilícitas, etc, e a delinquência juvenil, fatos que vêm se transformando em notícias diárias.

Percebeu-se que muitos casos de adolescentes eram apanhados por porte de maconha uma única vez, por exemplo, e pagam medida socioeducativa por anos ou são obrigados a fazer tratamento forçado em hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas. Tal abordagem se tornou cada vez mais comum, e foi uma realidade triste e que a equipe do CAPSij não queria mais se defrontar, tal abordagem vai contra os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do trabalho proposto por este serviço. Esta realidade levou à necessidade de diálogos e negociações por parte da equipe com o restante da rede de atenção psicossocial para contrapor à essa lógica.

Segundo Alarcon et al (2012), uma das críticas da antipsiquiatria centra-se na iatrogenia derivada do hospitalocentrismo, identificado tanto nas estruturas diretamente ligadas à psiquiatria quanto naquelas instituições regidas pela mesma racionalidade de fundo (ainda que aparentemente desmedicalizante), limitações inerentes ao conceito de saúde/doença unicausal (seja biológica, moral, psicológica ou do inconsciente)- o que favoreceria determinadas relações de poder em nome das exigências da ordem social e das necessidades terapêuticas que pediam o isolamento dos doentes. É nesse sentido que os espaços fechados de tratamento ao dependente químico, como as instituições hospitalares e as comunidades terapêuticas e suas demandas “por cura”, passam a ser consideradas como espaços nos quais aparecem as relações de dominação daquele que exerce seu poder “terapêutico” e de adestramento sobre um cidadão subitamente tornado sem direitos, abandonado à arbitrariedade institucional.

Foram recebidas ligações de profissionais da rede querendo a internação involuntária de adolescentes que utilizavam o tabaco somente, foi presenciado também tentativas desse gênero para adolescentes em uso de maconha que eram produtivos e funcionais, que estavam finalizando o segundo grau, pensando inclusive em prestar vestibular.

Em consonância com Bauman (2001), os desnecessários, indesejados, desamparados- onde é o lugar deles? A resposta mais curta é: fora de nossas vistas. Primeiro, precisam ser removidos das ruas e de outros lugares usados por nós, legítimos residentes do admirável mundo consumista (...) se não for possível encontrar uma desculpa para deportá-los, ainda podem ser encarcerados em prisões longínquas ou em campos semelhantes a prisões.

Há várias distorções nessa abordagem, há um imaginário equivocado sobre o uso de drogas e uma cultura do medo sobre o uso. O que vemos é falta de discussão de um Projeto Terapêutico Singular para quem de fato precisa, e quer cessar o uso, como

dependentes de crack e álcool que perderam os vínculos sociais, e, um excesso de vigilância para aqueles que fazem o uso recreativo, e que precisariam de apoio e orientação dos serviços, assim como, falta o acompanhamento de perto para quem tem transtorno mental e é usuário de drogas.

Trata-se de uma cultura de terror e guerra contra as drogas, que pune o usuário sem refletir sobre aspectos históricos e socioculturais que envolvem esta questão. Tal imaginário só tem servido para a perpetuação de que todos os usuários têm envolvimento com o tráfico, em detrimento do cuidado humanizado e psicossocial do usuário de drogas.

O hospital psiquiátrico ganha força novamente quando é utilizado como argumento de “proteção”, quando faltam alternativas que realmente enfrentem o problema da dependência de drogas. Segregar crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos ou em clínicas, e comunidades terapêuticas não resolve o problema do preconceito, da falta de rede social, da pobreza, da miséria, da escassez na execução das políticas públicas que realmente garantam direitos, e uma vida com qualidade para estas crianças e adolescentes.

Resolveu-se “apostar” no cuidado deste público no CAPS ij porque este serviço tem uma “maneira” humanizada de acompanhar estes usuários, e porque vários destes já eram “conhecidos” do CAPS, e o vínculo muitas vezes já estava pré-estabelecido.

Conforme Silva (2012), o ambiente é preparado para se tornar acolhedor e assim, favorecer as questões terapêuticas e facilitar ao máximo a adesão ao tratamento, possibilitando a construção corresponsável (entre equipe e paciente) das estratégias para o enfrentamento dos agravos que surgem com o uso abusivo e ou patológico do álcool e outras drogas.

Nos grupos de crianças e adolescentes em uso de álcool, crack e outras drogas, desenvolveu-se o trabalho na perspectiva da redução de danos, reconhecendo-os como sujeitos na busca de sua autonomia. Inúmeros trabalhos foram conduzidos neste sentido: rodas de conversa, trabalhos para elevação da autoestima, reconhecimento e garantia de direitos, conscientização sobre o estatuto da criança e do adolescente, além de outros temas e abordagens tais como - família e amigos, exercício da cidadania, violência, trabalho, sexualidade, relacionamentos, sociedade, etc. Desenvolveu-se também oficinas de artesanato e arte expressiva, oficina com confecção de jornal, oficinas de rap problematizando as desigualdades sociais, bem como o uso terapêutico da capoeira, e da música.

Conforme Silva et al (2012), na medida em que admite serem as drogas, em princípio, um prazer, mesmo que seja um prazer fácil ou um prazer derivado da anestesia tanto física quanto psicológica ou moral. Abandonar esse prazer deve corresponder a um objetivo cuja satisfação seja a menos abstrata possível e a mais próxima possível daquilo que podemos admitir como um afeto para o paciente. Essa construção é, portanto, corresponsável e suas estratégias necessariamente devem contar com a participação ativa e motivada do paciente.

Os grupos se mostraram como grande potencial para a reabilitação psicossocial destes usuários na medida em que flexibilizaram o cuidado conforme as necessidades dos mesmos, permitindo o vínculo das crianças e dos adolescentes com o serviço e com a equipe, melhorando a autoestima e a socialização.

2.3 TRABALHO EM REDE

Este desejo sempre foi almejado pela equipe, com esse intuito foram realizadas reuniões e discussão em redes sobre as crianças, adolescentes e famílias atendidas, seja com o CRAS- centro de referência de assistência social, com o CREAS- o centro de referencia especializado de Assistência Social, com as escolas de capacitação, escolas municipais, estaduais e particulares, com a secretaria de educação, com o núcleo regional de educação, com a vara da infância e da juventude, com o ministério público, o SAMU, hospitais gerais, unidade de pronto atendimento (UPA), com a estratégia saúde da família (ESF), com a gestão dos municípios atendidos, entre outros.

Ainda com Silva et al (2012), como em qualquer outro CAPS, a pretensão é construir articulações consistentes não apenas com a rede de saúde, mas também com diversos outros setores da administração pública, sobretudo com os responsáveis pela promoção social, justiça, educação, trabalho, cultura, esporte e lazer, para que estes tenham a oportunidade de entender o tratamento, oferecer e servir de suporte para ele, em conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica e a promoção e defesa da cidadania.

Conforme a portaria nº 4.279, de 30/12/2010, do Ministério da Saúde, as Redes de Atenção à Saúde (as RAS) “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Mendes (2011) pontua que trata-se, portanto, da reformulação de um sistema que se encontra fragmentado para um modelo que propõe um arranjo poliárquico entre

diferentes atores. Para isto é preciso haver a comunicação constante e eficaz entre todos os envolvidos, cooperação, autonomia, confiança, interdependência entre os serviços, intercâmbio de recursos e compartilhamento de objetivos comuns.

É pioneiro o trabalho que o CAPSij desenvolveu junto às escolas, na instrumentalização dos educadores para a questão da inclusão de crianças e jovens com transtorno mental grave, assim como trabalho conjunto ao dos professores de apoio. Também aproximou-se das escolas no sentido do encaminhamento correto dos casos identificados de sofrimento mental, e pela não patologização, estigmatização e medicalização da vida.

Segundo Silva et al (2012) é estimulada a construção pelo usuário e seus familiares de uma rede de apoio e proteção que inclui a utilização dos equipamentos públicos e privados disponíveis no território. Da mesma forma, estimula-se também a capacidade do autocuidado e problematização dos objetivos vitais voltados para a satisfação pessoal do paciente.

Os CAPS, em suas diferentes modalidades de atuação, têm um papel de fundamental importância na articulação entre os variados serviços da Rede de Atenção Psicossocial, assim sendo, conta com a ferramenta do Apoio Matricial para se efetivar.

Bezerra & Dimenstein (2008) referem que o apoio matricial ou matriciamento caracteriza-se pela intervenção conjunta, por discussões, pela supervisão e capacitação junto aos demais serviços da Rede, proporcionando a corresponsabilização dos casos, o atendimento das reais necessidades e demandas dos usuários e o alcance de maior resolutividade.

2.4 TRABALHO COM CRIANÇAS COM AUTISMO

Se percebeu ao longo do tempo prestando assistência às pessoas com autismo no serviço muitas dificuldades em relação aos cuidados necessários pelos familiares, bem formas de recebimento do diagnóstico de autismo para esses entes. Contudo, este foi um caminho em construção, visto que ainda existem dificuldades no acesso, bem como, a fragilidade na aceitação, e responsabilização em relação a este público pelos diversos serviços. No que se refere à atenção a saúde das pessoas com diagnósticos de autismo, o cenário geral é parecido com os outros contextos de suas vidas.

O CAPS ij se tornou então a referência para esse público no município, e com isso foi percebido evolução no que se refere à vida escolar deste público, que conquistou o direito ao professor de apoio e adaptação às necessidades de cada criança e adolescente.

Neste sentido, todo esforço e disponibilidade enquanto profissionais é fundamental, pois, as pessoas com autismo necessitam de compreensão sobre suas necessidades, e para que isso ocorra, é necessário a superação de preconceitos, e receios sobre sua condição.

Sendo assim, os CAPS, estão fundamentalmente envolvidos na rede de atenção psicossocial desempenhando papel de inclusão na sociedade e nos demais serviços. Deve-se buscar que esta Rede se comunique e estabeleça um projeto que procure atender as necessidades destas crianças, adolescentes e adultos e, para, além disto, um projeto que busque reconhecer e estimular suas habilidades e potencialidades.

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. 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).

É preciso ainda estar atento e disponível, observar e conviver o máximo possível, para o reconhecimento dos gostos, vontades, afetos, sentimentos, reações, habilidades, necessidades, evoluções, entre outros. Para que se consiga assistir este grupo na integralidade, deve-se ter condições de trabalho para que as equipes possam se dedicar também a este acompanhamento. Trata-se de ter disponível uma equipe instrumentalizada, espaço físico adequado, recursos materiais que possibilitem o trabalho amplo, e a expansão das possibilidades de ação.

A realidade dos serviços de saúde, e dos CAPS nem sempre é a mais adequada para desenvolver tal cuidado, porém, tem uma grande potencialidade para um cuidado menos institucionalizado, e mais territorializado. Ainda são poucos os CAPS infanto juvenis, e estes, desempenham um papel muito importante na detecção dos casos junto às famílias, e aos demais serviços, e ainda no estabelecimento do diagnóstico precoce. A partir disto, a equipe do CAPSi precisa contar com uma gama de ferramentas, e estratégias de ação para evoluir nos casos muito além do uso de medicamentos.

Pode-se presenciar muitos casos que nos trouxe sabedoria para o cuidado desse público, possibilitando uma evolução conjunta, onde o simples “estar junto”, e se colocar disponível fizeram grande diferença. Pode-se presenciar que a música, a pintura, e as artes no geral têm efeito importantíssimo, que o apoio e orientação à família se faz imprescindível, que a rotina é fundamental, mas, que é preciso ir além, e propor novas atividades e possibilidades.

É preciso uma equipe que se apoie, que se organize em rede para o estabelecimento do melhor cuidado, tornando o vínculo com a pessoa com autismo, e familiares muito poderoso. Pode-se ver também que a evolução em termos de reinserção social dessas pessoas é possível quando a equipe unida está disposta a buscar essa integração à comunidade.

2.5 DESENVOLVIMENTO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

A maior parte dos serviços de saúde ainda trabalha na perspectiva da “prescrição do cuidado”, ou seja, poucos são os serviços que tem o usuário como pró-ativo no seu plano de cuidados, nesse sentido foi ampliado para o conceito de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para dar conta dessa dimensão da participação do usuário.

Conforme BRASIL (2014), o PTS é uma ferramenta de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário que deve considerar a singularidade do sujeito e a complexidade de cada caso, ou seja, num conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um indivíduo, família ou coletividade, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.

Foi criado um instrumento impresso para compor o Projeto Terapêutico Singular, com o planejamento do cuidado, envolvendo a corresponsabilização dos vários atores envolvidos na assistência- usuário, família, serviços, trabalhadores de saúde, e quem for preciso no cuidado mais integral. O Projeto Terapêutico Singular foi disponibilizado inicialmente para as crianças e adolescentes com transtornos mais severos, uso abusivo de drogas ou com determinantes sociais complexos, mas a intenção seria estender a todos com o passar do tempo. Pode-se observar que os primeiros resultados começaram a aparecer quando se tinham vários personagens envolvidos no projeto de cuidados. As metas à curto, médio e longo prazos eram dados pelo próprio usuário, em seu tempo, e em seu ritmo, surtindo efeitos muito positivos.

No caso de uso abusivo e dependência de substâncias, segundo Silva et al (2012), a equipe técnica elabora o projeto terapêutico de forma individualizada, respeitando cada sujeito, o que inclui a territorialização e o (s) tipo (s) de droga (s) que tenha (m) se tornado problemático (s).

3 CONCLUSÃO

Avançou-se na integralidade da assistência, na discussão de casos em rede e em equipe multiprofissional, no cuidado aos usuários em uso abusivo e/ou dependência, no modelo psicossocial, porém, ainda se depara com obstáculos reducionistas quando se almeja os preceitos da Reforma Psiquiátrica, e da Luta Antimanicomial. Encontrou-se resistência na desinstitucionalização, e na desospitalização entre profissionais da saúde mental, assistência social, educação, hospital geral, dentre outros serviços, além do forte apelo à medicalização.

Enfim, os CAPS, incluindo a modalidade de CAPS infanto-juvenil, devem ter suas ações voltadas para a Reforma Psiquiátrica, buscando o acesso aos serviços, e a integralidade na assistência, além de buscar sempre a inserção social, e o enfrentamento à hospitalização, e a exclusão. No entanto, tal aspecto acompanha um histórico social que por muito tempo excluiu, subestimou, mal tratou e, que ainda se reverbera nos tempos de hoje por meio do imaginário das pessoas, e nas atitudes de muitos gestores, e servidores.

Tratou-se de negociações diárias e constantes com os serviços, com a equipe, com as famílias, gestores e com sociedade no geral para a conscientização da importância do cuidado conjunto (usuário, família, profissionais e comunidade). São esforços pela não medicalização, e pelo reconhecimento das potencialidades do cuidado em liberdade.

Com esse artigo reflexionou-se acerca das iniciativas da equipe de um CAPS infanto juvenil, com isso acredita-se que com essa experiência pode-se colaborar com outros serviços na busca por melhores condições de vida dos usuários, e familiares. Assim, a luta por uma saúde mental mais humanitária e humanizada é possível, e que basta braços e mentes unidas com este fim.

REFERÊNCIAS

Alarcon, Sérgio e Belmonte, Pilar R e JORGE, Marco A. Soares. O campo de atenção ao dependente químico. In: Alarcon, Sérgio e JORGE, Marco A. Soares. **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: editora fiocruz, 2012.

Bauman, Zygmunt. **Vida para o consumo- A transformação das pessoas em mercadoria**. Rio Janeiro: Zahar, 2008.

Bezerra, Edilane e Dimenstein, Magda. **Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica**. *Psicol. cienc. prof.*, v.28, n.3, 2008.

Boarini, Maria L; Borges, Roselania F. **Hiperatividade, higiene mental, psicotrópicos: enigmas da caixa de pandora**. Maringá: Eduem, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=12&Itemid=397> Acesso em 19 de nov 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30/12/2010**. Brasília: 2010. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em 20 nov 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23/12/2011. Brasília: 2011

Brasil. Ministério da Saúde. **Caminhos do Cuidado- Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica**. 2014

Ferrazza, Daniele de A. **A medicalização do social: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos na rede pública de saúde**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista, 2009.

Mendes, Eugênio V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Silva, Simone P; Loyola, Cristina M Douat; Bellizzi, Lannia S; Pereira, Jurema; Belchior, Márcia A. CAPS AD de Nova Iguaçu: a história de implantação de uma política de álcool e outras drogas. In: Alarcon, Sérgio.; Jorge, Marco A. Soares. **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: editora fiocruz, 2012.