

A clínica no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: na adolescência, o diagnóstico se escreve a lápis

Clinics at Psychosocial Care Center for Children and Adolescents: diagnoses on adolescence is written in pencil

Fabiane Machado Pavani¹, Christine Wetzel¹, Agnes Olschowsky¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112809

RESUMO O artigo tem como objetivo analisar a prática da clínica com adolescentes na atenção psicossocial, em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. Utilizou-se a Avaliação de Quarta Geração como percurso teórico-metodológico, tendo como parâmetros avaliativos os seguintes aspectos das práticas em saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial: o cuidado em liberdade, intersetorial, territorial, multiprofissional, e singular, buscando como resultados a inserção social, a autonomia e a cidadania. Foram realizadas entrevistas com os profissionais do serviço, e observação participante. A análise ocorreu mediante o Método Comparativo Constante. Evidencia-se a tarefa de construir uma clínica que supere os saberes e as práticas da psiquiatria tradicional, que incorpore o contexto dos adolescentes, e que não tenha como eixo central o diagnóstico. Os resultados sugerem o deslocamento do foco da atenção na doença para o adolescente, considerando seus desejos, suas relações e os sentidos que atribuem às possíveis perspectivas e aos caminhos resultantes dos saberes da clínica. Conclui-se, sobre a necessidade da manutenção do processo de constante questionamento em relação à clínica psicossocial com adolescentes, sua repercussão e sua incorporação enquanto uma possibilidade terapêutica transitória e singular.

PALAVRAS-CHAVE Adolescente. Avaliação em saúde. Serviços comunitários de saúde mental.

ABSTRACT This article aims to analyze the practice of the clinic with adolescents in psychosocial care, in Psychosocial Care Center for Children and Adolescents. The Fourth Generation Evaluation was used as a theoretical-methodological approach, having as evaluative parameters the following aspects of health practices, from the perspective of psychosocial care: care in freedom, intersectoral, territorial, multi-professional and singular, seeking as results social inclusion, autonomy and citizenship. Interviews were conducted with service professionals and participant observation. The analysis was performed by Constant Comparative Method. The task of building a clinic that overcomes the knowledge and practices of traditional psychiatry is evident, which incorporates the adolescents' context, and that does not have diagnosis as its central axis. There is essential to change the attention from the disease to the adolescent, considering their desires, relationships and the meanings attributed by them to possible perspectives and paths resulting from clinic's knowledge. It is important to maintain the process of constant wondering regarding the psychosocial clinic with adolescents, its repercussion and its incorporation as a transitory and singular therapeutic possibility.

KEYWORDS Adolescent. Health evaluation. Community mental health services.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil. fabianepavani04@gmail.com



Introdução

O título deste artigo é inspirado na obra do psiquiatra Allen Frances, intitulada 'Diagnoses in Kids Should Always Be Written in Pencil', e convoca os profissionais da saúde a (re)pensarem o que tem sido feito com as populações específicas – crianças e adolescentes –, em relação às suas necessidades e aos considerados problemas em saúde mental infantojuvenis. Este autor revela preocupação com o processo de medicalização dessas faixas etárias, e os diagnósticos psiquiátricos atribuídos aos adolescentes e às crianças¹.

Entende-se que 'escrever a lápis' se refere à dinamicidade necessária na dimensão da clínica em saúde mental voltada à infância e adolescência, pois estas são fases marcadas por diversas mudanças, que ocorrem de maneira rápida, variada e singular. Logo, isto deve ser considerado na construção da prática clínica em saúde mental voltada a tal população. Com a expressão 'a lápis' se questionam as práticas clínicas normativas da psiquiatria, nas quais rótulos são produzidos, desconsiderando outras possibilidades explicativas de determinada condição de sofrimento dos adolescentes.

As questões que envolvem a clínica estão relacionadas ao lugar que ela ocupa no campo das intervenções em saúde mental, onde ora é supervalorizada, ora é subvalorizada. Também são consideradas como clínica em saúde mental as intervenções psicológicas, psiquiátricas e/ou psicanalíticas produzidas por estruturas assistenciais que, por vezes, se reduzem a práticas individuais ou grupais centradas na doença².

A clínica na atenção psicossocial possibilita a abertura desses horizontes, considerando as interações do sujeito com: outro sujeito; os aspectos sociais; e os contextos de vida e suas especificidades, de maneira equivalente

às intervenções do campo 'psi', principalmente em relação ao nível de prestígio e importância dado às próprias práticas pelos profissionais que as realizam.

Para ampliar as discussões sobre a clínica nos serviços de saúde, enquanto prática realizada por todos os profissionais que lidam com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção, o conceito de clínica ampliada surge visando deslocar a atenção da doença para o sujeito, com seus aspectos biológicos, sociais, individuais e históricos, e com a responsabilização de diversos serviços que prestam assistência a um mesmo usuário³.

Com isso, na transformação das práticas da clínica em saúde mental das últimas décadas, a perspectiva psicossocial permitiu visualizar o transtorno mental para além de sinais e sintomas, como forma de expressão do sofrimento e de diferentes experiências humanas. Pode-se observar o seu sentido experiencial, mediante a busca e a ampliação de estratégias terapêuticas voltadas ao protagonismo e ao respeito às singularidades dos sujeitos.

Diante disso, questiona-se se a prática da clínica em saúde mental voltada aos adolescentes está sendo realizada sob essa perspectiva, constituindo um dos maiores desafios estabelecidos no campo da saúde mental relativa à adolescência. Neste sentido, o objetivo do presente artigo é analisar a prática da clínica com adolescentes na atenção psicossocial, a partir do trabalho desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi).

Material e métodos

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, que utilizou a Avaliação de Quarta Geração⁵ como percurso teórico-metodológico, e a perspectiva da atenção psicossocial como parâmetro avaliativo, conforme o *quadro 1*.

Quadro 1. Parâmetros avaliativos, tendo como eixo norteador a atenção psicossocial

Parâmetros	Perspectiva da atenção psicossocial
Políticas públicas de saúde mental	Problema de saúde pública na perspectiva existência-sofrimento
Desinstitucionalização	Cuidado em liberdade Territorial e intersetorial
Clínica ampliada	Multiprofissional e interdisciplinar Foco no sujeito/subjetividade Abordagens terapêuticas
Reabilitação	Inserção social Autonomia e cidadania

Fonte: Pavani⁴.

A Avaliação de Quarta Geração tem seu enfoque em um processo participativo, no qual as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como focos organizacionais para determinar quais informações são necessárias. É implementada através dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista, e os grupos de interesse são definidos como pessoas que têm alguma conexão com o objeto da avaliação⁵.

Na presente pesquisa, o grupo de interesse incluído foi composto pelos profissionais da equipe do serviço, à medida que a avaliação envolvia as suas próprias práticas. Entendeu-se que tal participação seria fundamental, tanto na direção de sua expertise, em relação ao objeto da avaliação, quanto de seu protagonismo, na utilização dos seus resultados.

Como cenário, optou-se por um Capsi localizado no município de Porto Alegre (RS), no território norte/nordeste, que atende, em média, 200 pacientes por mês. Referência entre as unidades de saúde da região, funciona das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, e possui equipe multidisciplinar composta por: enfermeiros (2), assistentes sociais (2), terapeuta ocupacional (1), médicos (3), nutricionista (1), técnicos de enfermagem (2), psicólogas (3), professor de educação física (1), professor de artes plásticas (1), pedagoga (1) e auxiliares administrativos (2). Como também se configura em um espaço de formação, por

ele circulam alunos da residência multiprofissional e estagiários de enfermagem.

O trabalho de campo ocorreu no período de agosto a dezembro de 2018, sendo desenvolvido de acordo com os passos adaptados da Avaliação de Quarta Geração⁶: contato com o campo; organização da avaliação; identificação do grupo de interesse; desenvolvimento e ampliação das construções conjuntas; e preparação e execução da negociação.

O ‘contato com o campo’ foi caracterizado, inicialmente, pelos encontros com a coordenadora e a equipe do Capsi, quando a pesquisa foi apresentada, visando ao aceite em participarem. Essa fase foi fundamental, no estudo participativo, para que todos entendessem a proposta e se comprometessem como participantes.

Na ‘organização da avaliação’, a tarefa principal foi ganhar o direito de entrada e a realização da etnografia prévia, esta que pode ser compreendida como o período em que o avaliador vive e experiencia o contexto do serviço a ser pesquisado, sem ainda estar engajado nas atividades de avaliação, mas conhecendo normas sociais, políticas e culturais dos costumes, das práticas e das convenções do contexto a ser pesquisado. Isto possibilita ir além do senso comum, aprofundando percepções e observações que auxiliam na interpretação das entrevistas e dos resultados. Esta etapa envolve a construção de uma relação de confiança do avaliador com o grupo

de interesse e o conhecimento do contexto do cotidiano do serviço, sem ainda iniciar a avaliação⁵. Para isso, foi utilizada a observação participante, totalizando cerca de 150 horas. Concomitantemente a essa etapa, foi realizada a identificação do grupo de interesse, incluindo todos os profissionais que compunham a equipe do Capsi no momento da pesquisa, totalizando 15 participantes.

Em seguida, partiu-se para a etapa de ‘desenvolvimento e ampliação das construções conjuntas’, que consistiu em entrevistas mediante a aplicação do Círculo-Hermenêutico Dialético. O termo ‘hermenêutico’ se refere ao caráter interpretativo, e o ‘dialético’, à possibilidade de comparação e contraposição de pontos de vista divergentes no processo, tendo como objetivo a obtenção de uma síntese elaborada por todos os participantes⁵. A primeira entrevista foi realizada com uma questão aberta, solicitando ao participante que falasse livremente sobre as práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes no Capsi. Posteriormente, durante a transcrição e a análise da primeira entrevista, foram obtidas questões, preocupações e reivindicações iniciais. Na segunda entrevista, com outro participante, solicitou-se, inicialmente, que ele também falasse sobre a questão aberta apresentada ao primeiro entrevistado. Ao término de sua manifestação, foram apresentadas questões que não haviam sido abordadas espontaneamente por ele, mas que surgiram na entrevista anterior, sendo-lhe solicitado que manifestasse a sua opinião a respeito. Isso se repetiu com os demais participantes, de modo que cada entrevista foi seguida imediatamente pela sua análise. Isto tornou o material das entrevistas prévias disponível para as seguintes, nas quais, além de falar sobre as suas próprias construções, os participantes foram convidados a comentar os assuntos citados nas entrevistas anteriores. Já a ampliação das construções conjuntas buscou o aprofundamento e a sofisticação das questões que emergiram no Círculo-Hermenêutico Dialético, através do segundo momento da

observação participante. Esta etapa focou nas práticas desenvolvidas no Capsi voltadas aos adolescentes, e totalizou 150 horas.

Por último, a etapa de preparação e execução da negociação envolveu a organização do material empírico e sua apresentação a todos os participantes. Essa apresentação ocorreu no dia da reunião de equipe, o que possibilitou que todos pudessem participar. A negociação foi realizada de forma a honrar os princípios da avaliação participativa, na qual o avaliador foi um mediador e facilitador, e tudo o que emergiu do grupo foi considerado resultado da deliberação e decisão dos participantes. A negociação é um mecanismo que propicia aos participantes da pesquisa modificarem ou afirmarem a credibilidade das construções realizadas⁵.

O método utilizado exigiu que a análise e a produção de dados fossem concomitantes, tendo sido escolhido o Método Comparativo Constante⁷. As questões que emergiram no processo avaliativo foram agrupadas em duas grandes categorias: organização e processo de trabalho no Capsi; e redes e políticas. Neste artigo, apresentam-se os resultados que constituíram uma das subcategorias da organização e do processo de trabalho no Capsi: as práticas em saúde mental relacionadas à clínica no Capsi. Esta subcategoria é composta por temas relacionados às práticas clínicas voltadas aos adolescentes, tais como: a despatologização das adolescências; a consideração do seu contexto de vida; a ênfase nas suas potencialidades, em detrimento das incapacidades; e a relação dos adolescentes com a medicação.

O presente estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAEE – 88236718.0.0000.5347, parecer – 2.728.346) e da instituição coparticipante (CAEE – 88236718.0.3001.5530, parecer – 2.805.823). Os princípios éticos foram assegurados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. A confidencialidade destes foi garantida pela substituição dos nomes pela letra ‘P’, de profissional, seguida pelo número da entrevista.

Resultados e discussão

As características da adolescência podem ser compreendidas a partir de mudanças em âmbito individual, como o desejo de originalidade, a constituição da identidade e a afirmação da autoimagem, e alterações biológicas. Já em nível social, podem ser citadas a busca pela autonomia, autenticidade, a construção de novos códigos de conduta e comportamento social⁸.

No processo avaliativo, a equipe considerou que um dos desafios da prática da clínica com adolescentes no Capsi está relacionado à necessidade de identificação e reconhecimento das características que são esperadas nessa etapa da vida.

É complicado porque os pais patologizam muito questões da adolescência: 'Ah, porque ele faz tal coisa, o quarto está uma bagunça, porque está sujo, tem meia fedorenta, não sei o quê'. 'Tá, mas só um pouquinho, isso faz parte da adolescência'. Ela quer colocar aquilo dentro do processo de adoecimento, e aquilo é dentro de um processo normal de uma adolescência. (P11).

A gente tenta fazer com que eles pensem sobre o que é que está acontecendo, que esse adolescente está dessa maneira, porque a adolescência é uma fase que passa, e assim como ela passa, ela pode passar os sintomas também. Depende como os adultos vão trabalhar essas manifestações, que estão sendo apresentadas por 'N' motivos. A gente fala bastante da questão, que o comportamento dele é que se assemelha a uma patologia, que ele apresenta. (P12).

Dessa forma, destaca-se a importância de considerar os modos de desenvolvimento e os diferentes marcos que cada adolescente possui na trajetória criança/adulto. A individualidade e a imaturidade não devem ser confundidas com doenças¹. A partir disto, sugere-se que uma avaliação cuidadosa e criteriosa seja um aspecto considerado importante na prática da clínica em saúde mental com adolescentes, na direção psicossocial.

Essa questão está relacionada à linha tênue entre normalidade e anormalidade estabelecida com o movimento de patologização da adolescência, em que os comportamentos dessa fase podem estar desvinculados das formas de interação com a vida e com o mundo, desconsiderando, assim, todos os outros fatores que estão envolvidos nessas manifestações.

A patologização da adolescência pode ser compreendida pela busca do enquadramento dos adolescentes 'desviantes', mediante explicações organicistas, métodos estatísticos de classificação, diagnósticos de cunho fisiologista e terapias de adaptação para quem foge às regras, às normas e ao padrão estabelecido pela sociedade⁹. Isto é, todos os que não se comportam adequadamente frente ao padrão normativo são passíveis de serem desviantes, e por isto, são submetidos a processos que identificam e lhes atestam transtornos mentais e, em consequência, a incapacidade de corresponderem a expectativas sociais: crescer, estudar, trabalhar, casar etc.

A patologização da adolescência vem ocorrendo por processos de julgamento, condenação e sentença, comumente relacionados à medicalização, ao controle e à judicialização do adolescente, com respaldo em laudos médicos, psicológicos e fonoaudiólogos, entre outros¹⁰. Aponta-se, ainda, o caráter tendencioso da patologização, não só dos adolescentes, no atual contexto político-social brasileiro, mediante a culpabilização das pessoas pelos problemas estruturais relacionados às condições socioeconômicas precárias em que vivem¹¹.

Uma constante análise crítica das práticas realizadas nos serviços, principalmente de saúde mental, é fundamental, buscando o enfrentamento dos processos de patologização, os quais, sob a ótica da normalização, representam um retrocesso nos movimentos de desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica no campo da infância e da adolescência.

Isso não significa que não haja adolescentes em grave sofrimento mental, e a necessidade de diagnosticar como uma das dimensões das práticas de saúde mental. O problema está no

diagnóstico de transtorno mental superficial e precoce, diante de manifestações da própria fase adolescência, vistas como ‘aborrescência’. Almeja-se alertar sobre a existência de um movimento gradual¹¹ que vem ocorrendo, com o constante ingresso à carreira psiquiátrica precoce, em internações psiquiátricas, como principal forma de cuidado em saúde mental à população infantojuvenil.

Nem todas as manifestações comportamentais, físicas e psicológicas devem se referir a quadros patológicos. A inclusão das especificidades da fase adolescência, somada a seu contexto e a uma avaliação detalhada, longitudinal e singular, pode auxiliar na identificação precoce de casos, aperfeiçoando, assim, o rastreamento efetivo para diagnosticar casos moderados/graves, em detrimento do rastreamento, ainda impreciso, como proposto pela Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017^{10,12}.

Nesse sentido, a importância de o diagnóstico não se sobrepor às práticas do Capsi é defendida no processo avaliativo. Identifica-se que o diagnóstico em saúde mental é importante, mas não é tudo.

É um dilema difícil, que eu enfrento muito, e os colegas também devem enfrentar: dar ou não dar um diagnóstico? Quando dar um diagnóstico? Que diagnóstico dar? [...] Na adolescência, existe até uma questão d’eles não aceitarem determinados rótulos. Às vezes, tu arranja um problema. Tu resolves uma questão legal para os pais e arranja um conflito tremendo com o teu paciente. Ele se revolta contigo porque tu disse que ele é tal coisa. Não é fácil. (P5).

Diagnosticar certamente é uma coisa fundamental, e eu diria que nós fazemos. Isto é bastante polêmico... Diria que nós fazemos muitos diagnósticos aqui. Diagnosticar é dar uma palavra, um nome ou até vários nomes, várias palavras para o que está acontecendo com o adolescente, e isso não necessariamente precisa ser um transtorno psiquiátrico em específico. O diagnóstico é uma coisa importante, mas não é tudo. (P10).

Diagnosticar na adolescência é considerado uma prática com desafios por se tratar de uma fase em que o adolescente atravessa situações que vão além do ato de definir qual o seu diagnóstico, ou as opções terapêuticas.

Na prática da clínica com adolescentes, o diagnóstico não é uma construção somente nosológica, mas também referente às condições sociais, familiares e institucionais que envolvem cada caso, e que, de fato, possibilitam construir intervenções úteis aos adolescentes, pois conhecer o nome da enfermidade raramente ajuda na integração das ações de cuidado. Uma das principais dificuldades reside, em alguns casos, em diagnosticar quadros sintomáticos, diferenciando-os, estruturalmente, das alterações subjetivas e comportamentais ocorridas na própria adolescência. As práticas podem ser orientadas por hipóteses diagnósticas que não engessem a escuta e que orientem a intervenção^{12,13}.

No geral, ressalta-se que a avaliação em saúde mental com adolescentes deve ser feita gradualmente, e, acerca do diagnóstico, este deve ser construído de maneira contextualizada, pois “um episódio de grave desorganização na adolescência, por si só, não define o diagnóstico”¹⁴⁽⁹⁸⁾.

A clínica tradicional também pressupõe a sua relação com determinada etiologia e a perspectiva futura em termos de prognóstico. Quando as práticas são direcionadas na perspectiva da clínica ampliada, torna-se fundamental a desconstrução de modos explicativos fechados e cristalizados, de forma que o diagnóstico não se sobreponha a uma série de questões do entorno do adolescente.

Tem a confusão entre diagnóstico, etiologia e prognóstico, que, às vezes, as pessoas não entendem tão bem, colocam tudo isso junto. [...] Por exemplo, o paciente está com o quadro depressivo e o pai, que espanca, maltrata, abusa dele. Pode até ser que ele tenha sintomas de depressão, tristeza, desvalia, desesperança, que ele tenha todas essas coisas, mas isso é apenas o nome da síndrome. A etiologia disso podem ser muitas coisas: genéticas, maus-tratos

e, às vezes, se confunde um pouco, pensando no diagnóstico como se fosse uma questão etiológica. As pessoas também confundem que diagnóstico também não é prognóstico. Então, a pessoa pode receber um diagnóstico em determinado momento, mas isso não quer dizer que ele vá ser para o resto da vida aquilo, e que ele não vá poder fazer isso e aquilo. A gente aprende que o diagnóstico é feito no gerúndio. (P10).

O prognóstico de adolescentes é uma questão importante, relacionada à preocupação com o seu futuro. No modo asilar, o transtorno mental é relacionado às deficiências, desvantagens e inabilidades, entre outras características que marcam a pessoa como doente/incapaz. O prognóstico sentencia a impossibilidade de o sujeito viver em sociedade, dada sua insanidade mental. Já no modo psicossocial, centrado no sujeito e não na doença, trabalha-se com um universo de possibilidades para a sua vida, considerando potencialidades, necessidades e desejos do adolescente¹⁵.

Ao mesmo tempo em que há uma preocupação para que o diagnóstico não se configure como um rótulo a ser carregado por toda a vida, definindo esse adolescente, o diagnóstico é considerado uma importante ferramenta no direcionamento da prática clínica, no cuidado em saúde mental. Isto leva a um grande dilema, identificado pelos participantes.

Tu colocares um rótulo num adolescente, ele vai carregar isso para a vida inteira, de alguma forma. Então, não é fácil, não é fácil. Isso é um dilema bem presente aqui. (P5).

A gente tem que pensar de uma maneira mais ampla: será que nós também estamos cheios de preconceitos e achamos que um certo diagnóstico é tipo um palavrão? Então, certamente a gente teria que trabalhar com questões das pessoas, da sociedade, em si, aceitar que pudesse ser dado nome aos bois. As coisas têm que ser ditas, porque senão elas ficam num limbo muito escuro, e que fingem não estar ali. (P10).

Para além da necessidade da superação da clínica tradicional, existem as questões do preconceito e do estigma relacionados a ter um diagnóstico psiquiátrico, já amplamente estudado no campo da saúde mental¹⁶⁻²⁰. Porém, o estigma relacionado ao transtorno mental com o público de adolescentes continua sendo um tema pouco pesquisado, tanto na ciência do desenvolvimento quanto na literatura sobre saúde mental^{21,22}.

O contexto social de adolescentes é identificado como fator que influencia a compreensão do desenvolvimento e da manutenção do estigma, juntamente com as necessidades e habilidades que estão em desenvolvimento nessa fase²¹.

No processo avaliativo, a relação estigma-diagnóstico evidenciou tensões no campo das práticas da atenção psicossocial, oriundas da incorporação dos saberes da clínica. Um exemplo são as políticas sociais, que exigem que o seu beneficiário tenha um diagnóstico estabelecido, como a política de Benefício de Prestação Continuada, da Assistência Social²³.

Existe uma cobrança muito grande, por diversos interesses – às vezes, até financeiros –, de estabelecer um diagnóstico, de definir se o paciente tem isso, tem aquilo, tem direito ao benefício, tem direito ao passe livre, não tem direito a passe livre, coisas assim. Esse é um conflito quase que diário aqui dentro, principalmente para os médicos, porque, quando chega a questão legal, na frente do juiz ou na frente do perito do INSS, diz que querem um atestado de um médico que o paciente tem tal coisa. (P5).

Acho que tem que se ver caso a caso e em que sentido está fazendo o benefício para aquela pessoa, naquele momento. Para essa mãe, foi uma luz no fim do túnel, a forma como ela estava se vendo diante as situações com o filho dela. (P8).

Nesse caso, trata-se de possibilitar acesso a essas políticas, dando respostas às necessidades reais da família, perpetrando a visão da doença como incapacitante. Diante disto,

questiona-se: como é possível trabalhar essa questão na perspectiva da atenção psicossocial?

O ato de diagnosticar um adolescente deve considerar o impacto desse diagnóstico para a família e o sofrimento que ele poderá desencadear. Informar o diagnóstico exige sensibilidade do profissional, para avaliar a repercussão que essa revelação causará na família.

Uma coisa é diagnosticar o problema, a outra coisa é passar este diagnóstico para o familiar. Isso também faz parte da nossa avaliação. A gente diz para o familiar tudo que ele tem condições de ouvir. Se a gente detecta que o familiar tem uma dificuldade ou um medo muito grande, ou não quer saber do diagnóstico de jeito nenhum, é claro que a gente não vai dar o diagnóstico. Ou, se o familiar está muito a fim de saber o que o caso é naquele momento, também acho que não tem problema d'a gente dar. (P10).

Os aspectos discutidos, relativos à clínica nas práticas com adolescentes em um Capsi, suscitaram reflexões sobre a organização dessas práticas. Identificou-se que as avaliações devem incluir uma multiplicidade de dimensões, entre as quais: o diagnóstico, o funcionamento da família, as questões sociais e o estigma, atentando para as singularidades de cada caso. O tempo demandado para um atendimento, nessa perspectiva, vai de encontro à lógica produtivista, focada no número de atendimentos, ainda presente.

As consultas psiquiátricas, elas demoram 45 minutos, uma hora, um pouco mais. Hoje, eu estive, numa primeira avaliação, sentado duas horas. Se fosse todo mundo igual, eu não precisaria ficar essas duas horas aqui, conversando com paciente. Se fosse todo mundo igual, eu poderia dar medicação igual ou falar as mesmas coisas, e isso não é assim. (P10).

Difícilmente, as estratégias de cuidado do adolescente seguem um padrão, sendo necessário flexibilizar as intervenções durante todo o seu percurso no Capsi, considerando que é

um sujeito em constante modificação (física, psicológica e social) e que, quase sempre, há instituições envolvidas (escola, serviços de saúde, assistência social, justiça)¹².

Aponta-se, também, a necessidade de que a avaliação dos aspectos relacionados à clínica não se restrinja aos atendimentos individuais, mas que possa ser contextualizada, nas suas implicações, nos modos de o adolescente se relacionar com as pessoas e na forma como esses modos impactam no seu cotidiano. Para isto, por um lado, os profissionais que, tradicionalmente, mais dominam as ferramentas da clínica, devem participar de atividades cujos focos não sejam a dimensão 'psi' do cuidado, e, por outro, os profissionais que não têm, em sua formação, esta centralidade, devem ressignificar tais avaliações em outra direção, que não a centrada na doença.

A gente acaba priorizando essa questão individual, em detrimento dos grupos. Se eu pudesse trabalhar metade da minha carga horária com grupo, certamente eu faria, é muito rico. Ano que vem, quando tiver o planejamento de novo, certamente vou entrar para algum grupo ou bolar alguma ideia para ter isso. Isso é muito importante. (P10).

Eu não tenho formação de psicoterapia, então, eu, num grupo, às vezes, prefiro essa coisa da música, da oficina, onde essas realidades vão poder ser transmutadas, vão poder ganhar um outro colorido, uma melodia, uma rima. E aí, nesse trabalho mais sutil, talvez esses temas vão poder aparecer, mas não necessariamente eu vou ter que enfiar o dedo da ferida. (P2).

Além disso, julga-se necessário que a avaliação contemple os aspectos físicos dos adolescentes.

Ah, eu atendo questão clínica. Se vê que um paciente está muito constipado, me mostra, que eu também posso estar atendendo [...] falei isso na reunião de enfermagem, junto com os médicos, para ver se conseguem fazer isso também. (P11).

Ainda há desafios para concretizar as políticas de saúde mental, na direção de práticas voltadas à integralidade do cuidado nessa área, e atender às demandas das pessoas.

Esse é, provavelmente, o ponto de maior discussão entre atenção primária e atenção especializada em saúde mental. Embora as doenças metabólicas, as cardiovasculares, as de disfunção sexual, os cânceres e a obesidade sejam prevalentes na população em geral, o impacto dessas doenças é significativamente maior em sujeitos com transtornos mentais, pois essas comorbidades os tornam mais propensos a muitos problemas de saúde²⁴.

Por fim, é ressaltada a importância da avaliação da saúde do adolescente, na medida em que utilizam inúmeras medicações, e que precisam ser assistidos também frente às necessidades desenvolvidas pela própria administração dos psicofármacos e os efeitos colaterais que ocorrem. Portanto, a questão das comorbidades e a saúde física dos adolescentes atendidos no Capsi precisa ser considerada no desenvolvimento das práticas, assim como mais estudada, a fim de subsidiar a integralidade do cuidado na atenção psicossocial.

Em relação às medicações, foi avaliado que a falta da construção de um consenso implica a não adesão do adolescente e da família ao tratamento, o que envolve um desafio, conforme o exposto a seguir.

A maioria diz que não precisa de remédio: 'Eu não tenho que estar aqui. Não dá para tirar o remédio?'. Eles não gostam de tomar remédio, então, eu sempre me questiono sobre a relação do adolescente com o remédio, se eles perceberem que o remédio está em função do outro, para facilitar o outro - 'Ah, isso é para ficar me emboletando, para não ficar enchendo o saco deles'. (P1).

Ele dizia que só precisava de remédio para dormir, porque não conseguia dormir, estava sempre ligado. Aí, tu dizes: 'Olha, o Capsi não é para isso'; explica: 'O Capsi é assim, vai ser um tratamento assim, assim'. E nenhum concordava com os termos que era para ser o tratamento no Capsi. Tanto é que

eles (adolescente e família) não vincularam. Eles não compareceram para nenhum atendimento, nem para o psiquiatra, e isso acontece porque a mãe que vive com o filho, ele faz uma coisa, ela acha que é outra, e não entram num consenso. E aí, vêm para um serviço achando que vai ser 'eu quero exatamente isso, eu defino o tratamento', sem saber realmente o que o adolescente precisava. E sumiram, de novo... Então, isso acontece. (P4).

Um menino, há muito tempo, ele tem seus delírios, suas questões, não quer tomar sua medicação. Já tomou várias medicações, mas veio e disse: 'Ah, essa me deu sonolência, essa me deixou acelerado'. Opa, o que tu fazes? (P13).

Observa-se que não há uma banalização do uso da medicação, mas uma preocupação constante em considerar a compreensão e expectativa do adolescente acerca do seu tratamento, no qual a medicação deve ser pactuada entre ele, os profissionais e os responsáveis.

A melhor prática, nesses casos, é baseada na relação terapeuta-adolescente, em que há a pactuação e repactuação de um conjunto de ações entre os diferentes atores²⁵, o que pressupõe organização da rotina e definição de quais ações participam, além da assunção de responsabilidades e do compartilhamento de tarefas. Isto se dá porque sempre existirão divergências entre os integrantes. Pode ocorrer de a equipe querer escolher uma conduta e os adolescentes ou familiares terem resistências para realizá-la.

As práticas em saúde mental voltadas às adolescências são construídas com um trabalho artesanal, contínuo e gradual, em que o vínculo é a tessitura do trabalho em saúde mental, e é nele que a equipe deve investir como caminho para acolher, acompanhar, tratar e pensar, junta, formas melhores de cuidar da saúde mental da população a que assiste.

Considerações finais

O processo avaliativo, ao evidenciar como um dos focos da avaliação a questão relacionada às

práticas da clínica voltadas aos adolescentes em um Capsi, traz à cena alguns dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira: além da constituição de serviços abertos, comunitários, e que possibilitem o cuidado em liberdade, vale transformar, de fato, o modelo de atenção. Nesta direção, a superação da psiquiatria tradicional e a incorporação dos seus saberes e práticas na perspectiva da atenção psicossocial não têm sido tarefas fáceis. No entanto, é a sua avaliação no cotidiano dos serviços e nas práticas das equipes que possibilita que se lance um olhar para os seus desdobramentos. Este olhar precisa considerar as singularidades de cada contexto, e, em particular, as relacionadas ao cuidado em saúde mental dos adolescentes.

Destaca-se a questão da patologização da adolescência, de forma que a interpretação diagnóstica é estendida à maioria dos comportamentos considerados desviantes, sem relacioná-los às formas de interação desse adolescente com a vida e com o mundo. Além disto, considerando-se o momento importante de transição e mudança, qualquer avaliação diagnóstica também precisa ser situacional, evitando rótulos cristalizados e permanentes, que pouco orientam a ação. Nesta direção, tem-se a proposta da clínica ampliada, considerando eventuais sintomas e diagnósticos de forma contextualizada, e sem ter como foco central a doença e a incapacidade.

O estigma e o preconceito também são preocupações importantes à medida que, com frequência, podem impactar negativamente a vida e as perspectivas futuras desses adolescentes. Contraditoriamente, a equipe avalia que algumas políticas sociais vão na contramão da atenção psicossocial, pois o acesso a elas está condicionado ao diagnóstico psiquiátrico.

Essas transformações na incorporação dos saberes da clínica, em um Capsi, exigem que a organização das práticas também se transforme. A crítica à separação dos atendimentos voltados à avaliação diagnóstica e terapêutica, das atividades focadas no desenvolvimento de potencialidades além da

doença, possibilita questionar também o papel dos próprios profissionais. O trabalho multiprofissional, oriundo de diferentes núcleos formativos, atuando em conjunto, às vezes, reforça essa compartimentalização. Mesmo que algumas categorias profissionais tenham, na sua formação, um foco maior na clínica, esta deve ser ressignificada através de diferentes olhares e práticas.

Enquanto caminho teórico-metodológico, destaca-se que a potência da Avaliação de Quarta Geração possibilitou o aprofundamento pela equipe, considerando a especificidade das práticas em um Capsi e as experiências de sua equipe, enquanto um grupo de interesse central no processo avaliativo. Contribuiu também, ao longo da sua condução, a inclusão do processo de ensino-aprendizagem, tanto para os participantes quanto para a própria pesquisadora, sobre os temas que emergiram.

Em relação às limitações do estudo, aponta-se que, apesar de não ter tido como proposta esgotar a discussão sobre a clínica, foi possível observar que alguns assuntos poderiam ser abordados mais de uma vez, como por exemplo, as implicações das internações hospitalares nas práticas do Capsi e o trabalho com aspectos legais (menor idade) na tomada de decisão do cuidado. Diante disso, alguns aspectos compreenderam a limitação da pesquisadora, dado o tempo necessário para que pudesse se apropriar desses assuntos e para buscar materiais, visando à qualificação necessária para as discussões.

Colaboradoras

Pavani FM (0000-0002-3858-8036)* e Wetzel C (0000-0002-9125-0421)* contribuíram para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Olschowsky A (0000-0003-1386-8477)* contribuiu para a análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Frances A. DSM-5 Diagnoses in Kids Should Always Be Written in Pencil. [internet]. [acesso em 2020 out 31]. Disponível em: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/saving-normal/201610/dsm-5-diagnoses-in-kids-should-always-be-written-in-pencil>.
2. Pitta AMF. O que é Reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta AMF. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 27-36.
3. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(4):849-59.
4. Pavani FM. Avaliação das práticas em saúde mental voltadas às adolescências em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019. 286 p.
5. Guba E, Lincoln Y. Avaliação de Quarta Geração. São Paulo: Editora da Unicamp; 2011.
6. Wetzel C. Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo Participativo [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto; 2005. 291 p.
7. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications; 1985.
8. Marcelli D, Braconnier A. Adolescência e psicopatologia. Porto Alegre: Artmed; 2009.
9. Nader AR, Machado AM. Derrubando muros: processos de singularização nas práticas de um CAPS infantojuvenil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.* 2019; 30(11):43-54.
10. Moysés MAA, Collares CAL. Controle e medicação da infância. *Desidades.* 2013; (1):11-21.
11. Martins RWA, Silveira L. Internações de crianças e adolescentes usuárias de drogas: um desafio para o campo da saúde mental infantojuvenil. *Episteme Transver.* 2019; 10(1):213-27.
12. Oliveira SBC, Monteiro R, Saggese E. O sofrimento psíquico de crianças e jovens nos dias atuais. *Revista Electrónica de Divulgación Científica de la Infancia y la Juventud.* 2019; (22):51-62.
13. Associação Brasileira de Saúde Mental. Saúde mental infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência. Santos: Unifesp; Abrasme; 2019.
14. Oliveira RC. O que leva um adolescente a precisar de internação psiquiátrica? In: Saggese E, Oliveira FH, Teixeira SBS. *Proadolecer: pesquisa e clínica com adolescentes na rede de saúde mental*. Rio de Janeiro: 7 Letras; 2013. p. 95-104.
15. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amaranthe P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 141-68.
16. Bard ND, Antunes B, Roos CM, et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. *Rev. Latino-Americ. Enfer.* 2016; (24):e2680.
17. Luiz C, Leal E, Galletti M. Desafios enfrentados por usuários da saúde mental. *Rev de Terapia Ocup.* 2018; 29(1):63-9.
18. Camargo PO, Oliveira MM, Herreira LF, et al. O enfrentamento do estigma vivido por mulheres/mães usuárias de crack. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas.* 2018; 14(4):196-202.
19. Silva JJ, Carvalho JCM. Pontes para a inclusão: O combate ao estigma na doença mental. *Rev Pró-UniversUS.* 2017; 8(2):47-51.
20. Nascimento LA, Leão A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos.* 2019; 26(1):103-121.

21. Heary C, Hennessy E, Swords L, et al. Stigma towards Mental Health Problems during Childhood and Adolescence: Theory, Research and Intervention Approaches. *J. Child Fam. Stud.* 2017; 26(11):2949.
22. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: a systematic review. *Psych. Research.* 2016; (243):469-94.
23. Instituto Nacional de Seguridade Social. Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social [internet] 2020 [acesso em 2020 jan 31]. Disponível em: <https://www.inss.gov.br/tag/loas/>.
24. Silva JC, Moraes MH, Mendes CF. Percepção de cuidadores sobre a medicalização da infância e adolescência. *Rev. Inter. Promo. Saúde.* 2018; 1(3):153-62.
25. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique.* 2018; 8(1):173-90.

Recebido em 02/03/2020

Aprovado em 07/12/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento: 001