



Vanessa de Leles Pinto

O cuidado em saúde mental do adolescente: Relato de experiência de um grupo de adolescentes no CAPSij do município de Mariana

Belo Horizonte

2020

Vanessa de Leles Pinto

O cuidado em saúde mental do adolescente: Relato de experiência de um grupo de adolescentes no CAPSij do município de Mariana

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador(a): Ma. Márcia Maria Rodrigues Ribeiro

Belo Horizonte

2020

P659c

Pinto, Vanessa de Leles.

O cuidado em saúde mental do adolescente: relato de experiência de um grupo de adolescentes no CAPSij do município de Mariana. /Vanessa de Leles Pinto. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2020.

32 f.

Orientador(a): Márcia Rodrigues Ribeiro.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Adolescência. 2. Saúde Mental. 3. Serviços de Saúde Mental.
I. Ribeiro, Márcia Rodrigues. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

Vanessa de Leles Pinto

O cuidado em saúde mental do adolescente: Relato de experiência de um grupo de adolescentes no CAPSij do município de Mariana

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca Examinadora:

MESTRE EM SAÚDE COLETIVA
MARCELA ALVES DE LIMA SANTOS

ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL/ PROF. ESP-MG
RODRIGO CHAVES NOGUEIRA

MESTRE EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA
MÁRCIA MARIA RODRIGUES RIBEIRO

Belo Horizonte

2020

Dedico esse trabalho a todos os adolescentes participantes do Grupo de Adolescentes, que permitiram que eu compartilhasse de um breve momento de sua caminhada de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais por sempre me incentivarem a buscar e ampliar meu conhecimento.

As minhas queridas amigas Caroline e Natália por todo o apoio e afeto durante toda a realização da pós em Saúde Pública.

Aos meus colegas de trabalho do CAPSij, que apoiaram a realização da especialização, em especial a Rosimara, com quem dividi todo o percurso do Grupo de Adolescentes. Marcela por sempre dividir seu conhecimento de forma generosa e Carla por toda sua presteza em ajudar.

Aos professores e coordenadores do curso de especialização em Saúde Pública da ESP e demais pessoas que contribuíram para que essa caminhada fosse possível, mesmo em tempos tão difíceis.

A minha orientadora Márcia pela ajuda e paciência na elaboração desse trabalho.

E minha gratidão a todos os adolescentes usuários do CAPSij, que são o motivo da produção desse trabalho.

Something's on my mind (mind)

Always in my head space

But I know some day I'll make it out of here

Even if it takes all night or a hundred years

Need a place to hide, but I can't find one near

Wanna feel alive, outside I can't fight my fear

Billie Eilish – Lovely

RESUMO

Com o contínuo aumento das demandas relativas ao sofrimento psíquico do adolescente no cenário atual da nossa sociedade, a atenção à saúde mental do jovem vem apresentando uma crescente necessidade de discussão quanto aos problemas observados. Esse aumento foi percebido no cotidiano de atendimentos do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) do município de Mariana, demandando uma maior discussão da equipe sobre a inserção e permanência dos adolescentes no serviço. Desse modo, surge a necessidade de formular novas linhas de ação e possíveis intervenções para esse público, balizadas pela lógica da clínica ampliada e do cuidado singular. Assim, esse trabalho tem por objetivo apresentar um relato de experiência de um grupo de adolescentes desenvolvido como estratégia de cuidado da saúde mental dos adolescentes usuários do CAPSij, além de buscar contribuir com a discussão e problematização das possibilidades acerca desse campo ainda pouco explorado nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). Mostrando, através de uma construção narrativa, o desenvolvimento da intervenção realizada no período dos anos de 2018 e 2019.

Descritores: Adolescência, Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

The continuous increase of the demands related to psychic suffering during adolescence in our current society's scenario has led to a rising need for discussion regarding this matter, specially in mental health care. This increase was noticed in the daily consultations in the mental health center for children and adolescents (CAPSij) in the city of Mariana, Brazil, prompting a greater discussion, by the team, about the admission and permanence of adolescents in the center. Therefore, arises the need for formulating new approaches for the adolescents' care, guided by concepts of expanded health promotion and singular care. This paper aims to present an experience report about a group activity, developed as a treatment strategy for the adolescents who attends the mental health center, it also intends to discuss the possibilities concerning the yet to be explored field in psychosocial care system in Brazil. Through a narrative structure, it reports the management and mediation of the group held in the years 2018 and 2019,

Keywords: Adolescent, Mental Health, Mental Health Services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de atenção Psicossocial
CAPSij	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PD	Permanência-Dia
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Referência Técnica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	11
2- REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1- Adolescência e Suas Significações	12
2.2 – Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente	14
2.3 – Produção do Cuidado na Saúde Mental	17
3- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DO MUNICÍPIO DE MARIANA.....	19
4- RELATO DE EXPERIÊNCIA	21
4.1- O início do grupo de adolescentes	21
4.2 – A consolidação do Grupo de Adolescentes	23
4.3- O encerramento do Grupo de Adolescentes.....	27
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
6- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	31

1-INTRODUÇÃO

A atenção em saúde mental do adolescente historicamente apresenta uma inclusão tardia nas pautas da Reforma Psiquiátrica brasileira e nas construções da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especialmente quando a juventude é separada da infância. Contudo, a necessidade de discussão sobre o tema vem crescendo juntamente com o aumento das demandas relativas ao sofrimento psíquico dessa parcela da população.

Segundo um levantamento publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2018, estima-se que de 10 a 20% dos adolescentes apresentam ou apresentaram algum tipo de adoecimento mental nos últimos anos, e em sua grande maioria recebem diagnósticos e tratamento inapropriados ao caso, além daqueles que têm seu sofrimento negligenciado. Ainda segundo a OPAS/OMS, metade das condições de adoecimento em saúde mental se inicia aos 14anos, sendo que o sofrimento mental leva a algum tipo de incapacidade cerca de 16% dos adolescentes do mundo.

A elaboração do presente trabalho está diretamente ligada ao contexto mundial apresentado. Ao integrar a equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) do município de Mariana, em Minas Gerais, desde 2017, é possível observar a ampliação das demandas de adolescentes que buscavam o acompanhamento no serviço. Para a autora essa nova vivência apresentou-se tanto como um desafio como ponto de mobilização, pois até então, minha prática na saúde mental, havia se configurado principalmente com público adulto durante a realização da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, da qual participei no município de Belo Horizonte entre os anos de 2015 e 2017.

É importante ressaltar dois contextos que caminham juntos ao cenário presenciado no cotidiano do serviço referência em saúde mental. No ano de 2015 ocorreu o rompimento da Barragem de Fundão, de propriedade da mineradora Samarco S.A., que causou a morte de 19 pessoas e o desabrigamento de centenas de outras. O desastre também provocou uma ampla gama de prejuízos psicossociais e socioeconômicos para a população geral do município. E no ano de 2017 houve o credenciamento do serviço como CAPS infantojuvenil em modalidade II. Anteriormente o serviço tinha o nome CRESCER, apresentando perfil de atendimentos ambulatoriais, e a procura ao serviço era majoritariamente por uma clientela infantil, em geral já inserida na vida escolar.

A partir do ano de 2018, foi percebido pela equipe do serviço que além da ampliação dos atendimentos, houve o aumento da complexidade dos casos envolvendo o público adolescente. As novas demandas se tornaram tópico recorrente das discussões em equipe, que buscava entender esse novo perfil da população atendida, e as melhores formas de oferecer um cuidado integral ancorado nos preceitos da clínica da atenção psicossocial.

Pensando na lógica da clínica ampliada e do cuidado singular do adolescente, algumas linhas de ações foram pensadas e postas em prática. Dentre estas, a criação de um grupo terapêutico específico para adolescentes, coordenado pela autora, terapeuta ocupacional de formação e uma colega psicóloga integrante da equipe.

Logo, o presente trabalho apresenta-se como um relato de experiência da realização do Grupo de Adolescentes, que foi desenvolvido no período dos anos de 2018 e 2019, com adolescentes em atendimento no CAPSij, de faixa etária de quatorze aos dezoito anos.

E tem por objetivo descrever e compreender, através de uma construção narrativa, as ações e estratégias de produção de cuidado relativos à saúde mental do adolescente usuário do CAPSij. Além de contribuir com a discussão sobre os desafios e possibilidades na oferta do cuidado aos usuários, ampliando a problematização dos processos de trabalho, das boas práticas em saúde mental e no processo de fazer saúde.

2- REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1- Adolescência e Suas Significações

Ao se falar no cuidado singular do adolescente, torna-se necessário compreender os diferentes aspectos que cercam esse momento tão único na trajetória do sujeito. A adolescência vem sendo definida de formas diferentes por diversas abordagens. Cronologicamente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 a caracteriza como o período que compreende dos 12 anos aos 18 anos, coincidindo seu término com o início da maioridade civil. Já para a Organização Mundial da Saúde (OMS), ela se configura como a fase onde há diversas mudanças físicas, emocionais e sociais, iniciada aos 10 anos, indo até os 19 anos.

Considerando o estudo do desenvolvimento humano, Papalia e Feldman (2013, p.386), apontam a adolescência como “uma transição no desenvolvimento que envolve mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais e assume formas variadas em diferentes contextos

sociais, culturais, e econômicos.”. É uma construção social, e determinada por diversos marcos sócio-culturais que variam entre as culturas, que passa a ser reconhecida como fenômeno global, e como um estágio do desenvolvimento no século XX. Passa, assim, a ser estudada e dividida em partes separadas, o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial.

As mudanças físicas são iniciadas pela puberdade, momento onde há mudanças biológicas extremas, com alterações drásticas no corpo, assim como a maturação sexual, sendo desencadeadas pelo aumento da produção hormonal. (Papalia e Feldman, 2013)

Já na perspectiva cognitiva, pode-se ressaltar a teoria desenvolvida por Jean Piaget, que, como descrito por Oliveira (2006, p.429)

“Deve-se ressaltar que as concepções de Piaget sobre o desenvolvimento cognitivo exploram a unidade funcional entre as dimensões cognitiva, lúdica, afetiva, social e moral da pessoa, enfatizando que todas as demais estão subordinadas à primeira. É na adolescência que o sujeito pode alcançar a forma mais evoluída de desempenho cognitivo, dada a capacidade para as operações mentais formais. Isso exige a descentração do pensamento, sua virtualização e construção de representações em diferentes linguagens, tendo como norte a perspectiva do outro. Por outro lado, as conquistas do adolescente no campo moral (Piaget, 1994) significam a consolidação da capacidade de subordinar a ação moral ao julgamento moral, avaliando-a e posicionando-se com base em critérios independentes da própria situação.”.

O outro ponto abordado nessa fase é o desenvolvimento psicossocial. Tanto Papalia e Feldman (2013), quanto Oliveira (2006) ressaltam o modelo de desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson,

“A adolescência corresponde à quinta crise normativa, definida em torno do conflito entre identidade e difusão de papéis. Segundo Carvalho (1996), é uma etapa que impele o indivíduo a uma redefinição da própria identidade, ao avaliar sua inserção no plano espaço-temporal, integrando o passado, com suas identificações e conflitos, ao futuro, com suas perspectivas e antecipações. Erikson insiste na necessidade de o adolescente fazer uma integração de seu passado e futuro, através de um processo de recapitulação e antecipação.” (Oliveira, 2006, p.428)

Assim a busca pela identidade “que Erikson definiu como uma concepção coerente do *self*, constituída de metas, valores e crenças com os quais a pessoa está solidamente comprometida” (Papalia e Feldman, 2013, p.422), se torna o foco deste período, fazendo “parte de um processo saudável e vital fundamentado nas realizações das etapas anteriores – na confiança, autonomia, iniciativa e produtividade – e lança os alicerces para lidar com os desafios da idade adulta.” (Papalia e Feldman, 2013, p.422).

Na perspectiva psicanalítica, podemos citar os estudos de Aberastury (1981) e Knobel (1981), como marco histórico do estudo da adolescência no Brasil (Ozella, 2002). Tanto a autora como o autor, apresentam estudos em consonância com a produção de Erikson, abordando a “crise” da adolescência.

Aberastury traz a visão da adolescência como “um momento crucial na vida do homem e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento” (1980, p. 15, APUD Ozella, 2002), sendo o processo de mudança da vida infantil para a vida adulta, marca pelas contradições, confusão, dor e perda.

Já Knobel (1981) nos apresenta a síndrome da adolescência normal,

“[...]onde apresenta um conjunto de características fundamentais para a adolescência, afastando-as da noção de sintomas patológicos. Essas características foram descritas dentro das categorias: busca de si mesmo e da identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, deslocalização temporal, evolução sexual desde o autoerotismo até a heterossexualidade, atitude social reivindicatória, contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta, separação progressiva dos pais, constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.”(Santos, 2018, p.20)

Em contrapartida, Ozella e Aguiar (2008, p.98) propõem que a adolescência, apesar de todas as mudanças e características biológicas sofridas pelo corpo, está para além de um período preestabelecido como marco do desenvolvimento. Para os autores “o homem é constituído em uma relação dialética com o social e com a história, sendo ao mesmo tempo único, singular e histórico”, assim “Esse homem, constituído na e pela atividade, ao produzir sua forma humana de existência, revela – em todas as suas expressões – a historicidade social, a ideologia, as relações sociais, o modo de produção vigente.”. A construção é subjetiva e está ligada a determinantes históricos e sociais,

“Nessa concepção, a adolescência não é negada, mas, como apontam Aguiar, Bock e Ozella (2001), é criada historicamente pelo homem, como representação e como fato social e psicológico. É constituída como significado na cultura e na linguagem que permeia as relações sociais. Fatos sociais surgem nas relações e os homens atribuem significados a esses fatos; definem, criam conceitos que expressam esses fatos. Quando definimos a adolescência como isto ou aquilo, estamos atribuindo significações (interpretando a realidade), com base em realidades sociais e em “marcas”, significações essas que serão referências para a constituição dos sujeitos.” (Ozella; Aguiar, 2008, p. 99)

É importante observar como a adolescência, e conseqüentemente o adolescente é visto e colocado em diversos lugares e estereótipos. Esse trabalho, por sua vez, propõe-se a entender o adolescente e seu processo de adolescência de forma ampla, abrangente, singular, respeitando as diferentes realidades vivenciadas.

2.2 – Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente

No Brasil a atenção à saúde mental da criança e do adolescente tem como sua principal ação concreta a instituição da Portaria nº 336 de 2002, que regulamenta os Centros

de Atenção Psicossocial (CAPS) como o local de tratamento em substituição aos hospitais psiquiátricos, onde os CAPS Infantojuvenis (CAPSij) são regulamentados como o local dentro da rede de atenção psicossocial destinado ao cuidado das crianças e adolescentes em sofrimento mental (Brasil, 2002). Essa regulamentação se apresenta em consonância com a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Lei 10.216 de 2001, que “dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001).

O caminho percorrido até a implementação dos CAPSij, como descrito por Couto e Delgado (2015), se inicia com o processo de redemocratização do país, que teve como um dos movimentos mais expressivos a Reforma Sanitária e paralelamente o movimento pela Reforma Psiquiátrica. Outro marco importante no contexto foi a realização da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança em 1989, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), da qual o Brasil foi signatário, sendo um passo importante para a ressignificação da percepção da infância no país.

Os frutos desse processo se iniciam com a promulgação da Constituição de 1988, onde crianças e adolescentes passam a ser considerados sujeitos de direito, no qual é garantido:

“[...]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.” (Brasil, 1988)

E com a criação do sistema único de saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080/90. E com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em julho de 1990, que institui crianças e adolescentes como cidadãos de direito, assim como resumido por Couto:

“[...] o Estado brasileiro teve, historicamente, duas conformações distintas: uma mais tutelar, disciplinar e amparada na institucionalização, que orientou as primeiras oito décadas da República; e outra, radicalmente diversa, baseada no princípio da proteção, na premissa da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e amparada na proposta do cuidado em liberdade. O momento histórico de mudança dessas duas conformações ocorreu com a redemocratização, a Constituição de 1988 e as conquistas sociais dos anos 80 e 90 do século passado. (Couto; Delgado, 2015, p.20)

[...] a promulgação, no Brasil, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, que estabeleceu direitos de cidadania para crianças e adolescentes e alterou a condição jurídica anterior de “menores” para a de sujeitos de direitos, substituindo a doutrina da *situação irregular* pela da *proteção integral* como marco orientador das novas políticas e ações a serem dirigidas à infância e adolescência.” (Couto; Delgado, 2015, p.21)

No contexto específico da atenção à saúde mental infantojuvenil, Couto e Delgado (2015, p.20) afirmam que “houve uma inserção tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda da saúde pública brasileira e no processo conhecido como Reforma Psiquiátrica.”. Os

autores também indicam a III Conferência Nacional em Saúde Mental, realizada em 2001, como “um divisor de águas” para a ampliação das ações específicas, com a inclusão do cuidado psicossocial em saúde mental de crianças e adolescentes inscritas no território. (Couto; Delgado, 2015, p.21).

Braga e Oliveira (2019, p.406) nos apontam os desdobramentos da III Conferência Nacional em Saúde Mental, onde foi criado um grupo de trabalho visando a implementação do Fórum Nacional sobre a Atenção à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, como espaço articulador de ações intersetoriais. Assim como as discussões fomentaram a inserção de pautas da infância e juventude, no processo da Reforma Psiquiátrica, em vista que a Portaria n.º 336/02 foi publicadas dois meses após a realização da III Conferência, com a presença do CAPSij como serviço substitutivo.

Em 2004, o Ministério da Saúde institui o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil através da Portaria n.º 1.608/04, visando a construção das bases e diretrizes para criação de políticas públicas em saúde mental infantojuvenil, através das deliberações do colegiado (Braga, Oliveira; 2019, p406),

“O colegiado do Fórum, através da realização de reuniões temáticas e de plenárias, objetiva “debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a essa população” (Braga, Oliveira; 2019, p. 406)

A partir da realização do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, em 2005, é publicado o documento Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil, visando construir um conjunto norteador para a construção dessas políticas, de forma ampliada, singular, universal, territorializada, intersetorial e em permanente construção (Braga, Oliveira; 2019, Brasil, 2005).

Com os princípios norteadores balizando a atuação, o Fórum realizou entre os anos de 2005 e 2012 diversas ações, ressaltando a IX Reunião Ordinária ocorrida em novembro de 2012, em Brasília e a publicação de um documento em 2013 visando qualificar o debate e ampliar o acesso a rede de atenção psicossocial, sendo relevante para toda a população atendida nos CAPSij (Braga, Oliveira; 2019).

A construção da atenção à saúde mental da criança e do adolescente vem se constituindo de forma lenta, com avanços importantes nas décadas de 1990, 2000 e início da década de 2010. Sem novas reuniões do Fórum desde 2012, como relatado por Braga e Oliveira (2019, p.409), há o receio de interrupções nesses avanços, assim como de possíveis retrocessos dos avanços até então conquistados.

2.3 – Produção do Cuidado na Saúde Mental

O movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciada no final da década de 1970, traz uma nova lógica de assistência a saúde mental. O rompimento com a lógica manicomial, de forte viés higienista, através da Luta antimanicomial, nos inicia um novo modelo assistencial amplamente influenciado pela reforma psiquiátrica italiana, a atenção psicossocial, ou como proposto por Amarante (2007), um processo, que não é fechado em um modelo ou sistema, mas sim um processo social complexo.

Assim, no cenário brasileiro, os processos de reestruturação de Amarante (2007) apontados nas quatro dimensões do campo da saúde mental, as dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, sociocultural e teórico-político, introduz uma profunda mudança de paradigma no cuidado em saúde mental e na estruturação de políticas públicas implementadas no país.

É importante ressaltar que os processos de cuidado na saúde mental fazem parte do campo do cuidado integral em saúde, processo que vem ganhando relevância e norteando as práticas em saúde. Pinheiro (2008, p. 478) aponta que não é apenas um “nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser’”. O foco do cuidado deixa de ser centrado na doença e estruturas acometidas, e passa ser focada no sujeito e nas práticas humanizadas em saúde,

“‘Cuidado em saúde’ é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social –, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. O ‘cuidado em saúde’ é uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.” (Pinheiro, 2008, p.478).

Nesse contexto, a dimensão técnico-assistencial se apresenta como parte central da oferta de cuidado em saúde mental, em vista que envolve os modelos assistenciais e os serviços ofertados, se amparando na dimensão teórico-conceitual, no entrelaçamento dos “modos de saber e de fazer vigentes, criando formas inéditas de ação.” (Braga, Oliveira; 2019, p.402).

A partir dessa outra forma em se pensar o cuidado, o referencial da clínica ampliada, como apresentada por Campos e Amaral (2007) tem por intuito ampliar o objeto e o objetivo da clínica, propondo-se a colocar o foco no sujeito a ser cuidado e não na doença, utilizando

de outros recursos terapêuticos para promover a autonomia, sem perder de vista as dimensões sociais e subjetivas dos atores envolvidos nos processos de saúde. Assim apresenta-se como forma de ordenar as estratégias, ferramentas e conjunto de ações necessárias para os processos de trabalho presentes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), onde o foco recai na escuta das demandas do sujeito e em sua singularidade.

Dessa maneira o Projeto Terapêutico Singular (PTS) apresenta-se como instrumento e possibilidade na construção do cuidado individual de cada sujeito. No documento de orientação do ministério da saúde, o PTS é apresentado como:

“[...]um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico” (Brasil, 2008).

Na atenção a saúde mental o PTS foi desenvolvido como estratégia primordial na construção do percurso clínico e escolha de estratégias de ações e práticas de cuidado. Sua construção é realizada em conjunto e se utilizando do espaço das reuniões de equipe. A opinião de todos ajuda na composição do projeto e no entendimento do sujeito de forma ampla e integral, buscando a singularidade como eixo central de articulação.

Nesse contexto, o conceito de Estratégias de Cuidado Integral apresentado por Assad; Pedrão; Cirineu (2006), onde o cuidado se apresenta calcado no princípio da Integralidade do SUS, se encaixa como ferramenta complementar ao PTS. Essa estratégia aponta que a atenção à saúde mental deve buscar ações terapêuticas que evitem a fragmentação dos sujeitos e de suas demandas, que sejam integradas, articuladas e efetivas, rompendo com a lógica da institucionalização e do abandono.

E, por fim, o Cuidado Interdisciplinar e Intersetorial se apresentam como estratégia fundamental para a construção de um cuidado que extrapola os limites do serviço de saúde mental, em específico no caso de crianças e adolescentes que estão intimamente ligados a outros pontos da rede. Assim essa estratégia se configura como a articulação das redes de saúde, setores da comunidade, educação, dispositivos da assistência, justiça e do entrelaçamento de saberes.

“É necessário compreender esse funcionamento interdisciplinar como um encontro constante com outros enquadres, clínicas, discursos e diferentes campos de conhecimento, o que permite transitar por outros terrenos e abrir mão de saberes pré-estabelecidos, contribuindo para potencialização das ações terapêuticas (FERRARI, 2006). Vale salientar, ainda, que a intersetorialidade também é outra premissa para o cuidado em saúde mental e para a efetivação da Rede de Atenção em Saúde – RAS – e da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (BRASIL, 2011). Portanto, a intersetorialidade propõe pensar o CAPS como uma estratégia e não como um serviço isolado, uma vez que assumir a responsabilidade de toda a demanda é

retroceder ao hospital psiquiátrico e ao modelo hegemônico (YASUI, 2010) e institucionalizante de atenção em saúde mental.”. (Assad; Pedrão; Cirineu, 2016, p 747).

Quanto ao cuidado em saúde do adolescente, objeto de estudo desse trabalho, deve ser pensado como participante ativo do contexto apresentado, e ainda acrescido de todas as especificidades e das questões próprias desse público. Quintanilha et al (2017, p.265) afirma que “o cuidado é produzido na relação” e “nos leva a perceber que, para cada usuário que acessa o serviço, as ações se configurarão de forma que o afetará de modo único.”. Cuidar, em específico do público adolescente, requer trocas e afeto, e respeito pelo saber de cada sujeito, sem que se tutelem os processos subjetivos, buscando alcançar os objetivos da clínica ampliada no contexto da atenção psicossocial.

3- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DO MUNICÍPIO DE MARIANA

O processo de construir possibilidades de cuidado com os adolescentes usuários do CAPSij do município de Mariana, aqui elencado através do relato da experiência do Grupo de Adolescente coordenado pela autora, perpassa todo o processo de construção da assistência a saúde mental infantojuvenil do município.

O CAPSij inicia seu percurso no ano de 2006 com o nome de Crescer, tendo como objetivo oferecer atendimentos para as demandas em saúde mental do público infantojuvenil em um espaço separado dos adultos e de outras especialidades. O Crescer se organizava como um serviço ambulatorial, com acolhimentos agendados e sem porta aberta, e não recebia atendimentos de urgências, contando com o suporte do CAPSij microrregional localizado no município de Ouro Preto.

Com o crescimento progressivo da demanda e aumento significativo dos casos de psicoses, uso nocivo de álcool e outras drogas, violência sexual e autismo, entre outros, no ano de 2013 há o movimento de fortalecimento da equipe do serviço, assim como de estruturação da saúde mental no município. Esse processo dispara as discussões acerca do futuro da saúde mental infantojuvenil e do desejo em transformar um serviço, até então ambulatorial em um CAPS e de ser mais ativo na rede e território em que se encontrava inserido, através de ações e parcerias, como o matriciamento das equipes de estratégia de saúde da família (ESF's), aproximação da assistência e educação, entre outros.

Em 2014 o serviço muda de local, passando a ocupar um prédio no centro da cidade perto do CAPS adulto, o que facilitou o acesso da população e o apoio do outro dispositivo. E no ano de 2015 inicia-se a reestruturação da forma de assistência com a implementação da permanência-dia (PD) e o acompanhamento de casos graves.

No dia 05 de novembro do ano de 2015 há o rompimento da Barragem de Fundão de propriedade da mineradora Samarco S.A., tido como o maior desastre/crime ambiental do país. O rompimento gerou uma profunda mudança socioeconômica, cultural e psicossocial no município. Acarretando na morte de 19 pessoas, e deixando desabrigadas outras centenas de famílias, assim como a destruição de comunidades do município, o desastre não ficou contido nos limites do município, acarretando prejuízos econômicos, culturais, ambientais e sociais ao longo da bacia do Rio Doce e litoral do estado do Espírito Santo ao lançar milhões de m³ de rejeitos de minério de ferro na região.

Todo o município se vê afetado com o rompimento da barragem, é observado aumento do desemprego, diminuição da arrecadação municipal, bem como diversos conflitos decorrentes da situação. Assim, há um aumento significativo das demandas em saúde mental, principalmente o abuso de álcool e outras drogas e as violências doméstica e sexual. As situações de desastres e emergências, como afirmado por Weintraub et al. (2015), tem impactos comunitários com desdobramentos diversos que dependem da estruturação da comunidade quanto coletivo, assim como de seus recursos histórico-cultural e psicossocial.

Logo após o desastre é construído um Plano de Recuperação, onde estava incluso a ampliação da equipe de saúde mental de crianças e adolescentes. Assim, no início de 2016, a equipe do Crescer passa a contar com mais profissionais, sendo acrescentados novos psicólogos, terapeuta ocupacional, assistente social e arte terapeuta.

Com a nova realidade e o aumento de demandas e gravidade dos casos, o processo de reestruturação do serviço se amplia e toma novas dimensões. Principalmente com relação ao público adolescente, que se torna mais expressivo em um serviço que antes tinha uma relação mais próxima com a infância.

No final do ano 2017, após todas as mudanças mencionadas no contexto de vida da cidade e do empenho e desejo da equipe, o Crescer é credenciado como CAPSij em modalidade II. O credenciamento baliza as mudanças iniciadas em 2013 e colocam o serviço em um outro momento, buscando a efetivação da clínica da atenção psicossocial, como repensar o significado do nome Crescer e a necessidade de se apropriar da nomenclatura

CAPSij, com especial atenção ao “j”, já que as demandas dos jovens haviam aumentado consideravelmente nos últimos anos.

A discussão acerca da entrada de forma significativa da adolescência no serviço gerou a reflexão das dificuldades em se manter o jovem no serviço. Era visto que vários jovens compareciam ao acolhimento, com demandas variadas, em especial as automutilações, as depressões, ansiedade, uso abusivo de álcool e outras drogas e tentativa de autoextermínio, sempre com prejuízos significativos nas relações sociais e na vida cotidiana. Mas, não retornavam aos atendimentos, apresentando uma alta taxa de evasão.

Das discussões realizadas em equipe, nasce o interesse em oferecer ao jovem um espaço para além do atendimento individual tradicional, se apropriando da proposta da atenção psicossocial. Assim a PD é reformulada e ampliada e grupos são criados a partir das demandas dos jovens atendidos no serviço.

4- RELATO DE EXPERIÊNCIA

4.1- O início do grupo de adolescentes

No início do ano de 2018, com o aumento das discussões da equipe acerca de como incluir e melhorar a adesão dos adolescentes presentes no serviço surge a proposta de iniciar um grupo com adolescentes. A ideia começa a ganhar forma quando uma adolescente, atendida individualmente por sua referencia técnica (RT), pede que seja feito um dia da beleza em que outras adolescentes possam participar e trocar experiências sobre maquiagem, autocuidado, cabelo e etc.. A partir do desejo de uma menina vemos que as relações sociais e apresentam como um dos pontos principais do sofrimento de grande parte dos adolescentes atendidos por todos. Construimos os objetivos e perfil do grupo com base nas questões referentes às relações com o outro e consigo mesmo.

Assim, o grupo se inicia com o nome de Identidade e Beleza no primeiro semestre de 2018, com a proposta de se discutir demandas sobre autoestima, autocuidado, questões de gênero, as dificuldades na relação com as redes sociais e com os pares no cotidiano. O público-alvo era composto por adolescentes entre 14 e 18 anos que não se encontravam em quadro de crise aguda, mas apresentavam prejuízos significativos nas relações interpessoais, humor deprimido, tentativas de autoextermínio, presença de automutilações, quadros ansiosos

ou sofrimento subjetivo que prejudicavam sua vida cotidiana. Os encontros aconteciam semanalmente no CAPSij.

As primeiras abordagens realizadas com o grupo recém-iniciado foram através do formato de roda de conversa, onde as coordenadoras eram mediadoras da fala. Durante seu primeiro mês o grupo foi coordenado apenas pela colega psicóloga, que era RT da adolescente que inspirou a formação do mesmo. A autora passa a frequentar ativamente os encontros como coordenadora após necessitar reorganizar a agenda de atividades no serviço, mesmo estando como referência desde a concepção do grupo e participando de todos os processos de criação do mesmo.

A conversa se iniciava de forma leve e sem roteiro preestabelecido. Os temas discutidos no dia surgiam da interação inicial entre os participantes, como por exemplo, estar triste por uma briga com algum membro da família, sofrido bullying na escola, as preocupações com o futuro ou ter visto algo interessante na internet.

Com o decorrer das primeiras semanas, a fala espontânea dos participantes começou a diminuir, assim como a frequência. Sinalizando que o processo de construção dos vínculos dos participantes entre si e com as coordenadoras ainda estava muito incipiente e que precisava ser repensado e discutido.

O primeiro contato era iniciado com um “boa tarde” das coordenadoras e a resposta era murmurada de volta pelos participantes. As participantes, todas meninas naquele momento mesmo sem uma restrição formal quanto ao gênero, permaneciam em silêncio até que uma das coordenadoras perguntavam “como vocês estão”, ou “como vão as coisas”. A resposta das meninas variava entre murmúros, ou um “ah, normal”, ou o silêncio completo.

O manejo por parte das coordenadoras passou a ser algo necessário e por vezes difícil, para que houvesse a participação das adolescentes, e em geral alguma participante mais falante tomava a liderança para si, mas sempre de forma rasa, com pouca produção de sentido. Aquelas que escolhiam o silêncio apenas respondiam quando eram feitas perguntas diretas ou solicitado à opinião sobre o tema em questão. No mesmo período, havíamos criado um grupo de WhatsApp para facilitar a comunicação entre o grupo, que era raramente utilizado pelas participantes.

Um grupo terapêutico, como apresentado por Cunha e Santos (2009), vai além de um conjunto de pessoas que ocupam um mesmo espaço num determinado período de tempo. Um grupo terapêutico é um recorte onde os participantes apresentam características específicas, compartilhando a busca por um objetivo em comum, com interação, afeto e confiança. Assim,

ao reavaliar o grupo podemos constatar que este não estava alcançando seus objetivos, e nem servindo ao propósito de instrumento de cuidado do público identificado.

Foram realizadas discussões entre as coordenadoras para reestruturar a forma de condução e manejo do grupo, como também as formas de realização dos encontros. O primeiro ponto que observamos foi a necessidade de ampliar o repertório de recursos terapêuticos, já que a conversa não estavam atingindo o resultado esperado. As atividades significativas e o fazer entrariam como facilitadores tanto do processo terapêutico como da criação de vínculo. Outra questão importante era a apropriação dos espaços da cidade, utilizando outros *settings* para realização dos encontros, assim como outros espaços dentro do próprio serviço.

Outro processo considerável foi a reflexão acerca do nosso papel como coordenadoras e terapeutas do grupo, e da necessidade de reconstruir as idealizações e expectativas criadas sobre o decorrer do grupo, para diminuir as frustrações e fantasias que poderiam ocorrer e até mesmo interferir no processo terapêutico.

O grupo passa a ter como objetivo a experimentação de novos papéis e possibilidades, e ser um lugar de mediação da construção de recursos e habilidades subjetivas, que antes era enxergado como um objetivo incidental a ser atingido pela roda de conversa. Mantivemos o mesmo público e critérios de indicação, e mudamos o foco da roda de conversa para um espaço democrático com atividades decididas pelas participantes, assim como a possibilidade de apenas estar sem uma participação ativa.

A reestruturação do grupo seguiu um caminho lento, mas conciso. Houve ainda alguns abandonos por parte dos participantes, contudo novas adolescentes chegaram para compor o grupo.

4.2 – A consolidação do Grupo de Adolescentes

A nova proposta começou com a estruturação e preparação de um leque de atividades para opções de facilitação da escolha por parte das adolescentes. Em um dos encontros levamos os dois primeiros episódios de uma série com temática relativa ao adoecimento psíquico de adolescentes, chamada “The End of the F***ing World”. A atividade foi recebida com entusiasmo e durante a exibição dos episódios as poucas participantes permaneceram atentas e compartilhando entre si suas impressões, e ao fim do encontro expressaram a vontade de que naquele dia o grupo pudesse ser maior.

Na semana seguinte todas as participantes retornaram e quase todas haviam terminado a série por conta própria, demonstrando interesse em discutir os episódios assistidos. Assim, o recurso da série facilitou a conversa sobre temas de interesse e, com a mediação das terapeutas, uma nova construção se iniciou.

Retomamos a discussão em equipe sobre os encaminhamentos para o grupo, pontuando a nova forma de estruturação através de atividades significativas, e que isso deveria ser mais amplamente explicado para aqueles que seriam encaminhados, assim como discutir individualmente cada caso indicado para o grupo. Essa relação mais próxima com os RTs e a definição mais concreta se mostraram mais atrativas e menos intimidadora para os jovens.

O silêncio ainda se mostrava presente ao iniciar cada encontro semanal, assim como o “ah, normal” com seu significado de “tanto faz”, mas suportar e permitir essas formas de expressão passa a ser entendidas pelas coordenadoras como necessário aos processos subjetivos daquele grupo. Perto do final de 2018, um grupo de cerca de sete adolescentes se torna frequente, e identificamos a formação do vínculo entre as participantes e com as coordenadoras.

Na apresentação da proposta de como transcorreria o grupo em cada dia, algumas participantes perguntavam o que havia para fazer. Era respondido que poderíamos jogar, conversar, escutar músicas, fazer alguma atividade na praça próxima ao serviço ou que elas poderiam propor alguma coisa, assim como eram convidadas a explorar os recursos presentes no serviço. A música se mostra como a primeira grande escolha em comum.

Utilizando o celular e a internet das coordenadoras, as adolescentes escolhiam as músicas que seriam escutadas no dia, cada uma tinha a chance de escolher as que gostavam e assim gostos parecidos, novas músicas e estilos eram descobertos, levando a uma conversa mais solta e fluida. Os estilos variavam entre funk, pop nacional, sertanejo e pop internacional. Mas a artista de escolha em comum foi Billie Eilish, uma cantora dos Estados Unidos, adolescente, com letras fortes e com temáticas relativas às construções da adolescência, conflitos e saúde mental. A música também facilitou a construção da transferência terapêutica, e as participantes nos convocavam a participar das escolhas e questionavam sobre músicas que faziam sucesso quando nós éramos adolescentes. O que levava a reflexões e brincadeiras sobre a mudança entre gerações.

Um ponto crucial da formação do grupo foi a apropriação do mesmo pelas participantes, sendo observado pela forma de se identificar ao chegar no serviço. As

participantes iam até a recepção e anunciavam, “eu vim para o grupo de adolescentes”. Assim em uma discussão com as adolescentes, em um dos encontros, elas decidem por abandonar o nome Identidade e Beleza e utilizar Grupo de Adolescentes, pois era assim que se auto intitulavam. Mudamos o nome no grupo de WhatsApp e algumas das meninas passam a ser administradoras e incluir aquelas que chegam.

Nos momentos em que o silêncio e a comunicação do grupo se tornavam mais difícil, os jogos se fizeram presente e se tornaram um recurso valioso. Dentre as opções disponíveis no serviço, o jogo UNO se tornou figurinha carimbada. Os dias de jogos eram os dias de intervalo, onde a produção subjetiva da fala ou das diversas comunicações eram postos em segundo plano e a possibilidade de se estar em um lugar de acolhimento passa a ser naquele momento a finalidade do encontro.

À medida que o grupo se tornava mais coeso, a troca entre as adolescente se tornou mais espontânea, em um encontro específico quando o de praxe “como vocês estão” foi dito, uma participante prontamente respondeu “vivendo na força do ódio”. Nesse dia, a atividade escolhida foi o videogame, e o jogo foi o Mortal Kombat, jogo que se tornou o preferido por algumas semanas. Ao ser questionada sobre essa “força do ódio” pelas terapeutas, a jovem deu de ombros e apenas respondeu, “ah, normal, as vezes tá tudo difícil”. Rapidamente as outras adolescentes começaram a explicar e colocar sua própria vivência em comparação com a frase.

Após o momento de reflexão, a mesma adolescente pontua, “eu gosto desse jogo, dá pra descarregar a raiva, é por isso que eu jogo *FreeFire*. Melhor fazer isso no jogo.”, outra adolescente concorda e diz que ter um lugar onde pode ficar com raiva e fazer alguma coisa para se livrar dela é bom, mas diz que a família não gosta que fique jogando no celular, principalmente “jogo de violência”.

Através do suporte e manejo das terapeutas, todas puderam expor seus sentimentos, e iniciar uma construção subjetiva sobre frustração, raiva, angústia, enfrentamento e resolução de problemas. Alguns dias depois recebemos um feedback da RT da adolescente em questão em como ela estava apresentando uma melhora do quadro geral, com melhora nas relações familiares e na escola.

Pelas conversas entre os jogos e as brincadeiras, foi percebido o aumento do companheirismo e criação do laço afetivo entre as adolescentes. Sempre era possível captar conversas que haviam se iniciado fora do grupo. Elas haviam iniciado uma ligação pelas redes sociais, conversando por WhatsApp, Facebook e Instagram. Algumas também estudavam na

mesma escola, e por vezes na mesma sala, e era possível perceber que elas se tornaram fonte de apoio mútuo em ambientes de difícil tratativa. Demonstrando um avanço nas relações com pares e construção de recursos subjetivos.

Realizamos uma reunião com as adolescentes em um dos encontros com objetivo de reavaliar o funcionamento do grupo e se elas sentiam que o mesmo estava cumprindo sua função. O que se mostrou muito interessante, pois elas foram capazes de dizer sobre a necessidade de em alguns momentos terem um limite no grupo, que nós poderíamos fazer mais barra em alguns momentos, além de ampliar possibilidades de atividades. Colocaram como era interessante quando contávamos um pouco da nossa vida e nossas experiências de adolescência e início da vida adulta.

As observações feitas na reavaliação do grupo nos trouxe a dimensão do engajamento e investimento das adolescentes, e nos permitiu analisar de forma mais ampla o vínculo terapêutico e a transferência realizada na relação terapeuta-paciente. Desta maneira foi possível perceber que o grupo havia se tornado um lugar seguro subjetivamente, onde a experimentação do mundo, as relações e trocas afetivas eram possíveis.

Passamos a propor e barrar algumas atividades, antes realizávamos alguns encontros em uma praça próxima, mas de forma aberta. Iniciamos uma proposta de sair mais vezes do serviço, fazendo piquenique em praças ou ponto turísticos da cidade, considerando que Mariana é uma cidade histórica, com diversos pontos turísticos, que são muito ocupados pela comunidade, principalmente os jovens da cidade.

Uma parte das participantes não circulava pela cidade, com dificuldade em iniciar ou manter amizades, ou se relacionar de forma saudável com pares. Outras participantes já haviam ido a eventos e circulavam pelas atividades da cidade. A troca de experiências de diversos pontos de vista e formas de circular pelos espaços construídos pela juventude do município passa ser mais comum, da mesma forma foi possível iniciar uma discussão sobre formas sadias de buscar os espaços de lazer e cultura, autopreservação, uso de substâncias psicoativas e outras questões inerentes às construções sociocultural da adolescência.

A oferta de algumas pequenas coisas pelas coordenadoras, como levar uma caixa de som ao passeio, oferecer um lanche diferente nos piqueniques ou em grupos específicos, como o dia de filme com pipoca e refrigerante, sorvete em um dia de calor, uma tarde de cachorro-quente, ajudavam a sentir-se acolhidas, favorecendo o processo de apropriação de novos papéis. Com o decorrer dos encontros, as adolescentes passaram a se organizar e

quando possível também levar contribuição para lanches previamente programados, sendo mais ativas no processo de oferecer e compartilhar algo com outro.

Durante um período o grupo chegou a um momento de equilíbrio, com uma boa participação tanto nos jogos como na conversa, apresentando uma evolução tanto do grupo como coletivo, quanto dos casos individualmente, com apropriação das construções facilitadas pelo transcorrer das intervenções.

Com a melhora progressiva apresentada, no segundo semestre de 2019, algumas das adolescentes recebem alta do acompanhamento no serviço, o que resulta em algumas mudanças na dinâmica do grupo. É percebida a necessidade de trabalhar as demandas surgidas dessa ruptura. Assim, experimentamos novas atividades, como a realização de uma oficina de quadro em retalho de tecidos, com a participação de outro profissional do serviço. Mudamos também a forma de mediar a relação das participantes com as atividades escolhidas, ajudando no processo de apropriação das construções realizadas, extrapolando o espaço do grupo.

4.3- O encerramento do Grupo de Adolescentes

Os meses de outubro, novembro e dezembro se mostraram como período crítico de reavaliação do grupo. Percebemos que o grupo começou a se dividir em dois subgrupos, uma parte das adolescentes apresentou uma melhora significativa no quadro, com indicação de alta do grupo, e a outra parte apresentava demandas diferentes daquelas que o grupo contemplava.

Com a entrada de duas novas adolescentes, observamos que casos mais graves, principalmente os casos de psicose, começaram a apresentar outras queixas e outras formas de funcionar dentro do grupo, situação que nos fez refletir sobre a necessidade de outros manejos diante dos casos de psicose nos grupos. No entanto, estes pontos e reflexões não serão abordados nesse trabalho. Assim, iniciamos a discussão entre as coordenadoras e, posteriormente com a equipe, sobre o possível encerramento desse grupo de adolescentes.

Concluimos que o grupo iniciado em 2018, com os objetivos relacionados a habilidades sociais, resolução de problemas e construção de elaboração subjetiva, já havia cumprido seu papel, e aquelas que ainda apresentavam demanda para atendimento em grupo, seriam beneficiadas por outra construção, assim como as novas participantes.

Em dezembro, realizamos a última atividade de escolha das participantes, um amigo chocolate onde foi corroborada nossa avaliação. Foi combinado que cada participante e as

coordenadoras levariam um chocolate para troca de presente, sendo sorteado no próprio encontro, e um lanche para confraternização. O encontro havia sido agendado com antecedência e lembrado pelo grupo de WhatsApp.

No dia marcado o subgrupo que apresentava melhora geral do quadro conseguiu seguir todos os combinados, enquanto as outras participantes apresentaram dificuldades, algumas não levaram o chocolate, outras se esqueceram da confraternização. As participantes com melhor elaboração conseguiram se organizar para que todos participassem, oferecendo partes dos seus próprios presentes em prol do grupo. As outras participantes não conseguiram perceber o desconforto e toda a mobilização feita pelas participantes. Isso foi apontado e discutido amplamente com as RTs de cada participante para que essa construção fosse feita individualmente.

Em janeiro de 2020, realizamos o último encontro. Havia sido discutido anteriormente com as RTs, a necessidade que fosse feito contato com as adolescentes e conversado sobre o fim do grupo, pontuando a necessidade delas comparecerem para o fechamento.

O encontro de encerramento foi muito produtivo, com boa participação e consideração de todas as participantes, sendo que no geral todas apontaram como uma experiência positiva, com ganhos para as queixas apresentadas, e principalmente ter conhecido as pessoas e ter feito amizades através do grupo. E o mais interessante foram as adolescentes que conseguiram falar daquilo que não gostavam, como a repetição de determinadas atividades, ou em momentos em que nós poderíamos ter intervindo ou agido de outra forma perante em situações que demandavam manejo terapêutico.

Na nossa avaliação, o grupo conseguiu atingir seus objetivos e o encerramento apresentou-se como terapêutico para as participantes. Os encerramentos são parte do cotidiano da vida, e seu enfrentamento e elaboração se apresentam como forma fundamental da construção de habilidades subjetivas e da aprendizagem de resiliência que compõe o processo de ser e se fazer na vida.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A clínica da atenção à saúde mental do adolescente se apresenta tão desafiadora quanto seu próprio público, que se apresenta pouco explorada na literatura. É importante ressaltar que os processos próprios da adolescência enquanto um constructo social se faz

presente em cada momento do contato com o jovem. Mas salvo essa complexidade, o lugar comum que é dado ao jovem de forma estereotipada e preconceituosa precisa ser superado e cada indivíduo deve ser visto como um sujeito singular que busca uma saída para o sofrimento vivenciado.

Os conceitos da atenção psicossocial se mostram em consonância com a proposta da clínica ampliada e integral da saúde mental do adolescente, e o grupo como estratégia de cuidado dentro do CAPSij aparece como um agente potente do processo terapêutico e facilitador das construções subjetivas. Sendo uma estratégia onde se propõe estimular a restauração da contratualidade dos indivíduos nas grandes áreas de vivência enquanto cidadãos de direitos.

O espaço do grupo deve ser vivenciado como local acolhedor das singularidades e dos processos de identificação, onde o adolescente deve se sentir protegido para ser, fazer, estar, trocar e experimentar.

O grupo terapêutico aparece como uma das estratégias integrante do PTS de cada participante, mas a construção de um PTS específico para o grupo se faz necessária para a organização da atividade de acordo com o perfil dos participantes. Sendo fundamental entender as demandas amplamente e reavaliar sistematicamente os avanços e adversidades encontradas na trajetória em curso.

Outra estratégia de suma importância é o trabalho interdisciplinar que propicia a ampliação da clínica do cuidado, a possibilidade de compartilhar os diversos saberes e entendimentos quanto aos sujeitos, tanto no trabalho em conjunto na coordenação terapêutica quanto nos espaços de discussão com a equipe como um todo, quanto com as RTs no caso a caso, proporciona a execução integral do cuidado.

Os espaços de discussão em equipe aparecem também como local fomentador de conhecimento, contribuindo para a apropriação e a desmistificação do cuidado do público adolescente enquanto uma realidade presente no cotidiano do serviço. O grupo se apresenta como ferramenta de mobilização da construção do saber, tanto o saber sobre os processos individuais e subjetivos dos adolescentes acompanhados, como da adolescência nos vários lugares e possibilidades que ela abrange.

Quanto a prática de coordenação terapêutica, é importante destacar que os desafios são constantes desse lugar, mas os obstáculos devem ser vistos como uma oportunidade para realizar novas significações. Não são apenas os participantes que constroem e ressignificam

seus processos na relação com o outro, o terapeuta também precisa estar aberto e atento para as delicadezas da relação terapêutica.

O processo terapêutico pertence ao sujeito e ao grupo em que ele está vinculado, e sua direção é ditada por eles. O desejo do terapeuta não deve tentar compelir o caminho a ser seguido. É importante entender que a construção do papel do coordenador no encontro com o adolescente é de extrema importância, para acolher e mediar o processo desses sujeitos.

Assim, produzir cuidado em saúde mental para adolescente se mostra um processo difícil, complexo, mas precioso, onde as relações são o eixo de ancoragem das ações desenvolvidas. E o grupo terapêutico, enquanto ferramenta de cuidado voltado especificamente para o adolescente e suas particularidades. Dentro do CAPSij, desponta como lugar de potencialidades dessas relações.

6- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMARANTE, Paulo. *Saude mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ASSAD, F.B.; PEDRÃO, L.J.; CIRINEU, C.T. Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em centros de atenção psicossocial *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 743-753, 2016.

BRAGA, C.P.; 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*, 24(2):401-410, 2019.

BRASIL. *Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2a. ed. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. *Portaria Federal n.º 1.608, de 3 de agosto de 2004*. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. *Diário Oficial da União* 2004; 3 ago.

BRASIL. *Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre as normas e diretrizes dos CAPS. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):849-859, 2007.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Crianças e Adolescentes na agenda da política de saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psic, Clinica*, v.27, n.I, 2015, p. 17-40.

CUNHA, A.C.F.; SANTOS, T.F.. A utilização do grupo como recurso terapêutico no processo da terapia ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: apontamentos bibliográficos. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, Jul-Dez 2009, v. 17, n.2, p 133-146.

OLIVEIRA, M.C.S.L. Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 427-436, mai./ago. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Dia mundial da saúde mental: Jovens e saúde mental em um mundo em transformação*. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5777:dia-mundial-da-saude-mental-2018&Itemid=839. Acesso em: 08 de Jul. 2020.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: CONTINI, M.L.J; KOLLER, S.H.; BARROS, M.N.S. (orgs.). *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. p.16-24, 2002.

OZELLA, S.; AGUIAR, W.M.J. Desmistificando a concepção de adolescência. *Cadernos de Pesquisa*, v.38, n.133, p.97-125, 2008.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. *Desenvolvimento Humano*. 12ª edição. Porto Alegre. AMGH. 2013.

PINHEIRO, R. Verbete Cuidado em Saúde. In: *Dicionário da educação profissional em saúde*. Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima (orgs). Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.478.

SANTOS, M.A.L. *Eu quero minha liberdade de volta! Saúde Mental e Atenção Psicossocial junto aos Adolescentes Atingidos pelo Rompimento da Barragem de Fundão*. Dissertação (mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde. Belo Horizonte, 2018.

QUINTANILHA, B.C.; BELOTTI, M; TRISTÃO, Q.G.; AVELLAR, L.Z.. A produção do cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Mental* - v. 11 - n. 20 - Barbacena-MG - Jan-Jun 2017 - p. 261-278.

WEINTRAUB, A.C.A.M. *et al*. Atuação do psicólogo em situação de desastres: reflexões a partir da práxis. *Interface (Botucatu)*, v.19, n.53, p. 287-289, 2015.