

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

JULIANA PETERLE RONCHI

**AMBIÊNCIA E SAÚDE MENTAL:
UM ESTUDO NO CAPSi DE VITÓRIA-ES**

VITÓRIA

2012

JULIANA PETERLE RONCHI

**AMBIÊNCIA E SAÚDE MENTAL:
UM ESTUDO NO CAPSi DE VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Luziane Zacché Avellar.

UFES

VITÓRIA, FEVEREIRO DE 2012.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

R769a Ronchi, Juliana Peterle, 1987-
Ambiência e saúde mental : um estudo no CAPSi de Vitória-
ES / Juliana Peterle Ronchi. – 2012.
117 f.

Orientador: Luziane Zacché Avellar.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e
Naturais.

1. Winnicott, D. W. (Donald Woods), 1896-1971. 2. Serviços
de saúde mental. 3. Crianças. 4. Adolescentes. 5. Pesquisa
qualitativa. I. Avellar, Luziane Zacché. II. Universidade Federal
do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III.
Título.

CDU: 159.9

**AMBIÊNCIA E SAÚDE MENTAL:
UM ESTUDO NO CAPSi DE VITÓRIA-ES**

JULIANA PETERLE RONCHI

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

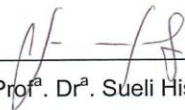
Aprovada em 30 de Março de 2012, por:



Prof.ª Dr.ª Luziane Zacché Avellar
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora



Prof. Dr. Sávio Silveira de Queiroz
Universidade Federal do Espírito Santo



Prof.ª Dr.ª Sueli Hisada
Instituto Sedes Sapientiae

AGRADECIMENTOS

A Deus;

Aos meus pais e meus irmãos, pelo incentivo, apoio e confiança;

À minha orientadora, professora doutora Luziane Zacché Avellar, a quem muito admiro e estimo, pelas orientações não apenas acadêmicas, mas também para a vida;

Ao professor doutor Sávio Silveira de Queiroz pelas contribuições no exame de qualificação e pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos, o que desde a graduação, despertou meu interesse pela pesquisa;

À professora doutora Maristela Dalbello Araújo pelas contribuições dadas no exame de qualificação e por me iniciar no campo da saúde pública;

À professora Cláudia Broetto Rossetti, por suas excelentes aulas na graduação e pós-graduação, que me permitiram refletir sobre o campo do desenvolvimento infanto-juvenil;

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Maria Lúcia Ribeiro Fajóli pela atenção e disponibilidade nas dúvidas acadêmicas;

Aos amigos, em especial à Conceição, conselheira em tantos momentos;

Ao Lucas, encontro especial nessa jornada;

Aos colegas de orientação que me possibilitaram reflexões que enriqueceram este trabalho;

Aos integrantes da Rede de Estudos em Psicologia e Epistemologia Genética (REPEG), em especial Cláudia Pedroza Canal, Daiana Stursa e Alberto da Silva, pelas valiosas contribuições na leitura do projeto deste trabalho e por tantas outras contribuições.

À equipe do CAPSi da cidade de Vitória-ES, pela disponibilidade;

À equipe do CRAS de Venda Nova do Imigrante-ES, pelo incentivo;

À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória;

À CAPES, pela bolsa de estudos que viabilizou grande parte deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE APÊNDICES	5
LISTA DE SIGLAS	6
RESUMO	7
ABSTRACT	9
APRESENTAÇÃO	11
1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Objetivo	26
1.2 Objetivos Específicos	27
1.3 Justificativa	27
2. ESTUDO I	29
3. ESTUDO II	56
4. ESTUDO III	81
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
6. REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	115
Apêndice I	115
Apêndice II	117
Apêndice III	118

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice I – Roteiro de observação	115
Apêndice II – Formulário para registro das observações	117
Apêndice III – Termo de consentimento livre e esclarecido	118

LISTA DE SIGLAS

APAEs – Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

DPSD – Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento

ES – Espírito Santo

PPGP – Programa de Pós-Graduação em Psicologia

SUS – Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

RESUMO

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) organiza-se como um ambulatório diário para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, configurando-se como um modelo de atenção pautado em bases territoriais e comunitárias. Por ser um novo serviço direcionado a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e entendendo que a saúde engloba os aspectos do ambiente, o objetivo deste trabalho foi conhecer e descrever a ambiência, no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES. Ainda, a fim de agregar maior possibilidade de reflexão sobre a ambiência, utilizou-se neste estudo o referencial teórico de Donald Woods Winnicott, pois esse autor enfatiza em seus escritos a importância do ambiente na estruturação psíquica da pessoa. O trabalho apresenta três artigos. No primeiro, o objetivo foi conhecer e descrever a ambiência no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no CAPSi da cidade de Vitória-ES, priorizando os aspectos físicos. Utilizando o Método Clínico-Qualitativo com a técnica de coleta de dados da Observação Participante, os resultados evidenciaram que as constituições espaciais de um serviço de saúde podem influenciar suas práticas, pois em alguns momentos a ambiência no CAPSi, em seus elementos físicos, possibilitavam comunicações significativas de crianças e adolescentes. O segundo artigo apresentou por objetivo conhecer e descrever a ambiência no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no CAPSi da cidade de Vitória-ES, priorizando os componentes expressos na forma da atenção dispensada ao usuário e da interação estabelecida entre profissionais e usuários. Empregou-se o Método Clínico-Qualitativo e a técnica de coleta de dados da Observação Participante. Verificou-se que a presença, a atenção aos materiais disponíveis nos espaços, a sustentação e o manejo das atividades, são aspectos importantes na constituição da ambiência na atenção psicossocial, pois podem facilitar o oferecimento de um ambiente seguro e adequado às necessidades de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves. Por fim, no terceiro artigo, apresentou-se a metodologia utilizada na construção dessa dissertação de mestrado, uma vez que a investigação científica no campo da

atenção psicossocial infanto-juvenil guarda peculiaridades, pois a articulação entre o social, a clínica, as políticas de assistência em saúde e a pesquisa fazem-se presente como uma realidade complexa. Evidenciou-se que o Método Clínico-Qualitativo com a técnica de coleta de dados da Observação Participante e a técnica de Análise de Conteúdo adaptada ao Método Clínico-Qualitativo, mostraram-se apropriados à compreensão da construção da ambiência em um serviço de saúde mental infanto-juvenil. Conhecer e descrever a ambiência em um CAPSi exigiu um instrumental teórico e técnico capaz de captar suas especificidades em um serviço de saúde mental e possibilitou evidenciar que a ambiência, na atenção psicossocial infanto-juvenil, não se constitui apenas pelo ambiente físico adequado à atividade proposta aos usuários, mas também se compõe na sustentação fornecida pelo profissional à atividade em um tempo, espaço e no manejo fornecido através de uma adaptação ambiental adequada às necessidades dos pacientes.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental. Crianças. Adolescentes. Ambiente. Winnicott. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The Children and Youth Psychosocial Care Center (CAPSi) is configured as a daily outpatient clinic for children and adolescents with severe mental disorders. It is a healthcare model based on territorial and community bases. Because it is a new service intended for treating children and adolescents with severe mental disorders and taking into account that health care involves aspects of environment, this study aimed at understanding and describing the ambience of health care services for children and adolescents with mental disorders at the Children and Youth Psychosocial Care Center in the City of Vitoria, ES, Brazil. Also, in order to increase the possibility of reflections on ambience, this study used the theoretical framework by Donald Woods Winnicott, who emphasizes the importance of environment to a person's psychic structuring. The study presents three articles. In the first one, the aim was to understand and describe the ambience in the treatment of children and adolescents with severe mental disorders at CAPSi in the City of Vitória, ES, Brazil, prioritizing the physical aspects. By using the Clinical Qualitative Method with the participant observation data collection technique, the results showed that the spatial make-up of a health care service can influence this practice. The ambience at CAPSi, in its physical elements, occasionally enabled significant communication among children and adolescents. The second article aimed at understanding and describing the ambience of the health care service for children and adolescents with severe mental disorders at CAPSi in the City of Vitória, ES, Brazil, focusing on care provided to users and the interaction between health professionals and users. The Clinical Qualitative Method and the participant observation data collection were used. The study verified that the presence of and attention to available materials in these spaces, as well as sustainability and handling of activities are important aspects in the constitution of ambience in psychosocial care, because they can provide children and adolescents who suffer from severe mental disorders with a safe and adequate environment to meet their needs. Finally, the third article presented the methodology used for constructing this master's dissertation because the scientific investigation in the children and adolescent psychosocial care field has its particularities. The interaction between social, clinical, health care

and research policies are a complex reality. The study verified that Clinical Qualitative Method with the participant observation technique and the content analysis approach adapted to the Clinical Qualitative Method have shown to be appropriate for understanding the ambience construction in a children-adolescent mental health service. Understanding and describing the ambience of a CAPSi demanded theoretical and technical bases that could capture the particularities of mental health service and allowed us to verify that the ambience in children-adolescent psychosocial care is not only a question of adequate physical environment to serve users, but also a means for the health professional to carry out activities in a time and space that meet patients' needs.

Keywords: Mental Health Services; Children; Adolescents. Environment; Winnicott. Qualitative Research.

APRESENTAÇÃO

O tema deste trabalho decorre das questões que foram colocando-se durante minha formação em Psicologia na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sobre o trabalho terapêutico com crianças e adolescentes. Durante meu curso de graduação em setembro de 2007, foi inaugurado em Vitória, capital do Espírito Santo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Ao conhecê-lo, instigada por uma disciplina sobre saúde pública, interessei-me por entender o funcionamento de um serviço desse tipo.

Em 2008/2009 desenvolvi com a professora Doutora Luziane Zacché Avellar o projeto de iniciação científica “Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitória – ES” (RONCHI; AVELLAR, 2010), que teve como objetivo conhecer e descrever o serviço, em seu primeiro ano de funcionamento.

Constatamos que o CAPSi, único serviço do tipo no Estado, apresentou em um ano de funcionamento um número grande de crianças e adolescentes atendidos (162), em sua maioria meninos e adolescentes. Os cuidadores, que chegavam até o serviço pedindo atendimento para as crianças e os adolescentes, queixavam-se de agressividade, dificuldades escolares, transtornos do comportamento e emocionais. Os profissionais por sua vez, salientavam a novidade do serviço, afirmando que buscavam uma referência para suas práticas.

Verificamos, neste estudo de iniciação científica, a necessidade de maior investigação sobre as ações profissionais no serviço do CAPSi, uma vez que os

profissionais relatavam a inespecificidade do trabalho desenvolvido e a falta de informação técnico-científica para seu desempenho.

Continuando as investigações sobre o serviço do CAPSi, Maia em 2010, realiza sua dissertação de mestrado, sob orientação da professora Doutora Luziane Zacché Avellar. O estudo teve por objetivo compreender a forma com que os profissionais do CAPSi de Vitória-ES percebiam os processos de saúde e doença das crianças e adolescentes atendidos no serviço e as concepções que esses profissionais apresentavam acerca do próprio serviço e das práticas implementadas.

Maia (2010) evidenciou a defasagem da assistência em saúde mental ao público infanto-juvenil no estado do Espírito Santo, afirmando que no serviço do CAPSi fala-se em inserção social, mas denuncia-se uma rede de atenção falha; propõe-se a interdisciplinaridade, mas se supervaloriza o saber da medicina; propõe-se promover saúde, mas há dúvidas da real possibilidade de fazê-lo.

Os estudos realizados no CAPSi da cidade de Vitória-ES evidenciam as dificuldades da constituição de um serviço de atenção em saúde mental infanto-juvenil, corroborando dados da literatura nacional (COUTO, 2004; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; DIAS, 2009; FERRIOLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007; GUERRA, 2005; HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008; MARI et al. 2006; MONTEIRO; RIBEIRO; BASTOS, 2007; PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007), que salientam a insuficiência de serviços especializados, as práticas inadequadas, a carência de estudos e de dados científicos sobre o tema.

Ao pesquisar mais informações sobre a constituição dos serviços de saúde mental no Brasil, buscando compreender a organização dos serviços especializados para o público infanto-juvenil, verifiquei na literatura o conceito de ambiência, um dos aspectos da política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a ambiência refere-se aos elementos que constituem o ambiente dos serviços de saúde, e leva em consideração não apenas os aspectos físicos, mas também os aspectos sociais como produtores das atuações profissionais.

Tendo em vista as inquietações sobre a construção do trabalho terapêutico com crianças e adolescentes na atenção psicossocial, o conceito de ambiência mostrava-se rico para uma investigação científica. Pois, possibilitaria compreender como o espaço físico e as relações sociais se constituíam em um serviço de saúde mental para o público infanto-juvenil e ainda, como tais aspectos poderiam influenciar o trabalho terapêutico. Assim, delineava-se um problema de pesquisa: como se configura a ambiência na assistência a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES?

O propósito desse trabalho será discutir sobre ambiência em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Entretanto, o Ministério da Saúde (2006a, 2010), apesar de salientar a importância dos componentes afetivos e subjetivos expressos nas relações sociais na constituição da ambiência dos serviços de saúde, dá mais ênfase, em seus documentos, aos aspectos físicos do conceito, ficando os aspectos subjetivos e afetivos pouco contemplados em termos de possibilidades de reflexão teórica.

Desse modo, verificou-se a necessidade de maior discussão teórica sobre os aspectos subjetivos da ambiência na atenção psicossocial infanto-juvenil. Pesquisando sobre tal necessidade, a literatura psicanalítica de Donald Woods Winnicott mostrou-se adequada, pois possibilitou a compreensão das diferentes funções que o ambiente pode fornecer ao desenvolvimento psíquico do ser humano.

Na introdução, apresentou-se uma breve consideração sobre a constituição do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil e seus parâmetros de funcionamento, como a ambiência pode facilitar a compreensão dos processos de trabalho desenvolvidos nas intervenções para crianças e adolescentes na área da saúde mental. Destacou-se ainda um pequeno resumo sobre as contribuições da teoria winnicottiana que diz respeito ao papel do ambiente na constituição psíquica da pessoa. Em seguida, o Objetivo Geral e os Objetivos Específicos delimitam a abrangência dessa investigação e a Justificativa ratifica a relevância do tema escolhido para a área da saúde pública.

No Estudo I, objetivou-se conhecer e descrever a ambiência no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES. Priorizaram-se os aspectos físicos, uma vez que a ambiência, como um dos aspectos da política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta a importância de se atentar à arquitetura dos serviços de saúde, pois podem produzir formas de cuidar. Utilizando como procedimento de coleta de dados a técnica da

Observação Participante¹. Os resultados evidenciaram que as constituições espaciais de um serviço de saúde podem influenciar suas práticas. Verificou-se que em alguns momentos a ambiência no CAPSi, em seus elementos físicos, possibilitavam comunicações significativas de crianças e adolescentes.

O Estudo II teve por objetivo conhecer e descrever a ambiência no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES. Priorizaram-se os componentes expressos na forma da atenção dispensada ao usuário e da interação estabelecida entre profissionais e usuários. Com a técnica de coleta de dados da Observação Participante¹ verificou-se que a presença, a atenção aos materiais disponíveis nos espaços, a sustentação e o manejo das atividades, são aspectos importantes na constituição da ambiência na atenção psicossocial, pois podem facilitar o oferecimento de um ambiente seguro e adequado às necessidades de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves.

O Estudo III objetivou apresentar a metodologia utilizada na construção desta dissertação de mestrado, uma vez que a investigação científica no campo da atenção psicossocial infanto-juvenil guarda peculiaridades, pois a articulação entre o social, a clínica, as políticas de assistência em saúde e a pesquisa faz-se presente como uma realidade complexa. Dessa forma, evidenciou-se que o

¹ As observações seguiram o roteiro apresentado no apêndice I, abrangendo os aspectos característicos do conceito de ambiência de acordo com a definição do Ministério da Saúde (2006a). Todas as observações realizadas na instituição, mesmo as que não correspondiam aos aspectos formais desta pesquisa, foram registradas em formulários apropriados (apêndice II), gerando diário de campo. Além disso, esta pesquisa foi apresentada à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória-ES, à diretora e à equipe do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES, com a finalidade de informar-lhes acerca dos objetivos da pesquisa e de obter o consentimento (apêndice III) para sua realização. A presente pesquisa obteve aprovação (n.º 226/10) no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

Método Clínico-Qualitativo com a técnica de coleta de dados da Observação Participante e a técnica de Análise de Conteúdo adaptada ao Método Clínico-Qualitativo, mostraram-se apropriados à compreensão da construção da ambiência em um serviço de saúde mental infanto-juvenil. Ressaltamos aqui, a importância de que o caminho percorrido na realização de uma pesquisa seja adequado às propostas do estudo e seja escolhido por identificação do pesquisador, sendo apropriado a sua forma de trabalhar, pois tais elementos influenciam a apreensão da realidade a qual se deseja conhecer.

Finalmente, em Considerações Finais, encerramos com a articulação dos resultados e discussões dos estudos I, II e III, oferecendo possibilidades de compreensão sobre a configuração da ambiência na atenção psicossocial infanto-juvenil e as peculiaridades da pesquisa nessa área.

1. INTRODUÇÃO

O paradigma da assistência em Saúde Mental no Brasil, com a redemocratização do país no final da década de 1970, é colocado em questionamento. Nesse contexto, a Carta Constitucional de 1988, resultado de ampla discussão por parte da população brasileira, assegura às crianças e aos adolescentes a condição de cidadãos. Confirmando esse direito tributado ao público infanto-juvenil, promulga-se a Lei n.º 8.069 de 13/01/1990, em que se institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Entretanto, apesar das discussões sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e a condição, sancionada pela Lei 8.069 de 13/01/1990, da criança e do adolescente como sujeitos de direito, a assistência em saúde mental para as crianças e os adolescentes pouco tem sido colocada em relevância. A Organização Mundial de Saúde (2001) ratifica que 90% dos países ainda não têm políticas de saúde mental voltadas para este público.

Não basta então, só assegurar a condição de cidadãos a crianças e adolescentes, mostra-se necessário, tendo em vista o movimento de redemocratização do país e o movimento da Reforma Psiquiátrica, modificar os modelos de assistência em saúde mental, garantindo aos sujeitos de direito, serviços comunitários e não mais institucionalizantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Desse modo, o modelo de assistência em saúde mental redireciona-se a partir da Lei n.º 10.216, de 06/04/2001, e de acordo com a Portaria n.º 336 de 19/02/2002

que institui o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil² (CAPSi), ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e pertencente a gestão municipal, organiza-se como um ambulatório diário para crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes, configurando-se como um modelo de atenção pautado em bases territoriais e comunitárias.

As diretrizes operacionais de acordo com o Ministério da Saúde (2005) que devem ser seguidas pelos CAPSi, de modo geral são:

- Reconhecer o pedido de atendimento, implicando acolhimento daquele que chega ao serviço, seja a criança, o adolescente ou seu acompanhante;
- Responsabilizar-se pelo cuidado da criança e do adolescente, seja proporcionando atendimento por meios próprios, seja encaminhando responsabilmente o caso para o atendimento necessário;
- Cuidar da criança e do adolescente de modo a respeitar a sua condição de sujeito de direito, em âmbito subjetivo ou social;
- Comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente que busca o serviço, no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda;
- Garantir o cuidado pautado nos recursos teórico-técnicos, isto é, os saberes disponíveis aos profissionais, baseando-se nos princípios e nas diretrizes coletivamente estabelecidas pela política pública de saúde mental para constituição do campo de cuidados;

² De acordo com a Portaria n.º 336 de 19/02/2002 a rede de assistência para pessoas com transtornos mentais graves se constitui pelos Centros de Atenção Psicossocial, composta pelas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, CAPSi II e CAPSad II.

- Manter abertos os canais de articulação da ação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção.

O Ministério da Saúde (2005), embora promova avanços com a instituição do CAPSi, ratifica o desafio de se construir uma política de saúde mental para crianças e adolescentes, uma vez que as especificidades de atendimento infanto-juvenil devem ultrapassar o modelo assistencial estruturado para os adultos.

Na revisão da literatura, também se evidenciaram os desafios da constituição de uma rede sólida de assistência em saúde mental para crianças e adolescentes: carência de instrumentação para lidar com as particularidades da linguagem infanto-juvenil; promoção do acolhimento à criança, ao adolescente e as suas famílias; utilização do lúdico no atendimento e promoção da interação entre diferentes profissionais (AVELLAR; BERTOLLO, 2008; COUTO, 2003; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; DIAS, 2009; FERRIOLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007; GUERRA, 2003; GUERRA, 2005; HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008; MONTEIRO; RIBEIRO; BASTOS, 2007; OLIVEIRA, 2007; PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007; SANTOS, 2006; TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006; VICTAL E BASTOS, 2003).

Couto, Duarte e Delgado (2008) baseando-se em dados do Ministério da Saúde indicam que historicamente a assistência à saúde mental infanto-juvenil estava sob o domínio das áreas educacionais e de assistência social e não da saúde pública, como agora se apresenta. Couto (2004) e Ferreira (2004) afirmam que a maioria dos municípios ainda utilizam as instituições que disponibilizam serviços para pessoas com deficiência como as Associações de Pais e Amigos dos

Excepcionais (APAEs) e as Pestalozzis no atendimento às crianças com transtorno mental grave³.

Evidenciando os desafios na consolidação da política de saúde mental de modo geral, Jardim et al. (2009) ao avaliarem o desenvolvimento dos projetos terapêuticos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mostram que mais de 20% dos CAPS estudados não possuem Projetos Terapêuticos⁴. Os autores identificaram ainda, que existe uma variedade de opções teóricas e metodológicas na construção dos 21 projetos terapêuticos avaliados. Embora tenham sido construídos para pleitear a implantação do serviço, os parâmetros estabelecidos nos projetos, em geral, não se fazem presentes no cotidiano do serviço, além disso, apesar de serem pautados nas propostas da Reforma Psiquiátrica, surgem contradições quanto ao entendimento de como realizar as ações na prática. Com base nessas evidências, mostra-se importante verificar como o serviço de assistência em saúde mental para crianças e adolescentes, marcado muitas vezes pela inadequação de estratégias mais bem elaboradas, tem-se estruturado.

Monteiro e Loyola (2009), por exemplo, afirmam que as oficinas terapêuticas são amplamente utilizadas para o tratamento em saúde mental. As autoras investigaram a qualidade dessas atividades em um CAPS, com base em relatos dos próprios pacientes. Como resultado, os pacientes evidenciaram sentimento de desvalorização frente às improvisações que frequentemente são alvo dentro

³ De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010) os transtornos mentais, em geral, caracterizam-se por uma combinação de pensamentos, emoções, comportamentos e interação social anormais.

⁴ De acordo com o Ministério da Saúde (2004), projeto terapêutico constitui-se pelo conjunto de ações e objetivos estabelecidos e realizados por uma equipe multiprofissional.

do serviço. Desse modo, faz-se necessário estruturar um ambiente de assistência em saúde mental utilizando-se de recursos que de fato promovam a inserção do usuário na comunidade.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, incluir o sujeito que sofre e reabilitá-lo socialmente são medidas prioritárias que devem estar contidas em um ambiente terapêutico de saúde mental. Para isso, mostra-se importante inserir a família no tratamento (BIELEMANN et al., 2009); inserir os gestores municipais, pois a participação ativa no cotidiano do serviço pode garantir um reconhecimento de como se acolhe as demandas de saúde mental (HECK et al., 2008); promover o trabalho interdisciplinar, que proporciona diálogo entre os diferentes saberes que compõe o fazer nos CAPS (TAVARES, 2005); cuidar integralmente do usuário, baseando-se nos princípios do SUS: integralidade, universalidade, equidade, descentralização e participação da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b; CAÇAPAVA; COLVERO; PEREIRA, 2009).

Como afirma o próprio texto do Ministério da Saúde (2005, p. 14):

Em suma, os serviços de saúde mental infanto-juvenil, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental no setor, devem assumir uma função social que extrapola o afazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, tendo-a como um ser integral com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro.

O CAPSi, concebido como um dispositivo aberto de assistência a crianças e adolescentes, contando com equipe multiprofissional e equipamentos variados, possibilita não só atendimentos clínicos especializados, mas também tem como função promover saúde, inserir o usuário (crianças e adolescentes) no meio social e reabilitá-lo, rompendo com o estigma da loucura (GUERRA, 2005). Nesse

modelo ganham forma novas modalidades de atendimento, em que se privilegia o cuidado e a autonomia da pessoa.

Prevenir doenças e promover saúde são as novas diretrizes do SUS para além da atuação curativista. Entender o processo saúde-doença em seu espaço de atuação constitui a atual dificuldade dos novos profissionais que se inserem no campo da saúde pública/ coletiva (DALBELLO-ARAÚJO; ANDRADE, 2007). Desse modo, a humanização, como política do SUS, problematiza a efetivação de seus diferentes princípios (BENEVIDES; PASSOS, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Integrando aspectos teóricos e práticos, a humanização, traz em seu contexto a luta pelo direito à atenção e acolhida por parte dos usuários e o respeito às condições de trabalho dos profissionais. Como um dos aspectos da política de humanização a ambiência é definida como:

Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um **projeto de saúde** (confira-se: Projeto de saúde) voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, p. 35, grifo do autor).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010) a ambiência segue três eixos principais: o espaço que visa a confortabilidade, elementos do ambiente que garantam conforto aos trabalhadores e usuários, como privacidade, iluminação, cor, forma, som; espaço de socialização entre os sujeitos, facilitador do processo

de trabalho, proporcionando a otimização de recursos; e o atendimento humanizado, com espaços acolhedores e resolutivos.

Como indicam Olschowsky et al. (2009) saúde e ambiência não podem ser dissociadas, correlacionam-se e são interdependentes. A estrutura física, os recursos humanos e as relações sociais do espaço de trabalho, aspectos que caracterizam o conforto, a subjetividade e o processo de trabalho, são elementos que interferem no tratamento do usuário. As autoras avaliaram a ambiência em um CAPS, afirmando que:

Nos CAPS, esse conceito aparece como uma ferramenta que busca potencializar o processo de reabilitação psicossocial, pois entendemos que um ambiente que visa à confortabilidade e à produção de subjetividades pode favorecer espaços de liberdade, autonomia e cidadania (OLSCHOWSKY et al., 2009, p. 782).

As autoras afirmam que entender a ambiência possibilita a qualificação dos ambientes de saúde, o que propicia melhoria na qualidade de vida das pessoas, profissionais e usuários.

Gaioso e Mishima (2007), também evidenciam que o cuidado pode ser manifesto na ambiência que se refere ao espaço físico e às relações interpessoais. As autoras entrevistaram usuários de um serviço de saúde, e relataram que os usuários indicaram como boa a localização e a relação com os profissionais, no entanto, descreveram como ruim o espaço físico em que ocorriam os atendimentos. Dessa forma, Gaioso e Mishima (2007) destacam a importância de se atentar aos espaços, uma vez que produzem formas de cuidar.

Como colocam Maalouf (1998) e Souza (2003), o contato entre profissionais e usuários em um serviço de saúde mental pode produzir um temor da mistura, da

indefinição de papéis, exigindo diferentes estratégias por parte do saber técnico, para fornecer suporte adequado ao tratamento no ambiente em que acontece.

Franchini e Campos (2008), afirmam a necessidade de se investigar fatores que influenciam o trabalho realizado em Centros de Atenção Psicossocial. Com o objetivo de refletir sobre o papel de espelho como um fator terapêutico que permeia o tratamento em um CAPS, utilizando-se do referencial winnicottiano, ratificam a necessidade de nestes serviços se oferecer uma apropriada provisão ambiental, a fim de facilitar o processo de amadurecimento do paciente. As autoras afirmam que para Winnicott a maturação do bebê depende de um ambiente facilitador e que um bebê só pode chegar a ser uma pessoa se as condições ambientais forem suficientemente boas.

Baseando-se em Winnicott, Franchini e Campos (2008) afirmam que nos CAPS, em que muitas vezes há um grande número de pacientes psicóticos, mostra-se fundamental uma adequada provisão ambiental a fim de que sejam dispensados cuidados necessários para que esses pacientes possam experienciar o que não foi possível em um momento anterior no seu processo de desenvolvimento.

O Ministério da Saúde (2010), ao apresentar o conceito de ambiência como um dos aspectos da política de Humanização do SUS, embora afirme a importância do componente afetivo nas relações sociais estabelecidas e da atenção dispensada ao usuário, de modo que as intervenções ocorram de maneira resolutiva, enfatiza mais os aspectos físicos do conceito, ficando os aspectos subjetivos pouco contemplados.

Como afirmam Franchini e Campos (2008), Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, enfatizou em seus escritos a importância do ambiente na constituição da saúde psíquica do ser humano. Dessa forma, vamos considerar seus escritos a fim de agregar maior possibilidade de reflexão sobre o conceito de ambiência, apresentado pelo Ministério da Saúde (2010).

Para Winnicott (2000a; 2000b; 2000c), apenas um ambiente suficientemente bom possibilita ao bebê se desenvolver, pois provê adequadamente suas necessidades. O autor afirma que uma adequada provisão ambiental no início da infância previne estados que no adulto serão chamados de loucura.

Uma boa ambiência deve fornecer cuidado e manejo adequados para que o bebê caminhe em direção à integração, personalização e estabeleça relações de objeto. O *holding*, o *handling* e a apresentação de objeto proveem condições para que o indivíduo se desenvolva. Ao fornecer os cuidados iniciais de alimentação e higiene a mãe segura (*holding*) de maneira confiável e manipula (*handling*) o corpo de seu bebê possibilitando a ele ser em totalidade, neste ambiente em que é significado e sustentado o indivíduo se personaliza.

A apresentação de objeto por sua vez, proporciona a apresentação do mundo ao bebê de uma forma adequada em que gradativamente ele possa lidar com os elementos do contexto em que está inserido, o bebê se movimenta e vai ao encontro de um objeto que inicialmente é ele mesmo quem cria, e se, o ambiente pode criar essa ilusão no bebê, de que o que ele necessita estará a sua disposição, então ele pode se desenvolver de modo saudável, relacionando-se com os objetos do mundo que o cerca, constituindo as separações eu/ não-eu (WINNICOTT, 1983; AVELLAR, 2004).

Dessa forma, nessa perspectiva teórica, em uma situação de ambiente terapêutico, todos esses aspectos devem ser fornecidos, a fim de se facilitar o processo de amadurecimento emocional do paciente. Winnicott (1994), postula que para alguns pacientes a provisão e a manutenção do *setting* são mais importantes do que o trabalho interpretativo. E como afirma o autor, muitas vezes oferecer um *setting* adequado mostra-se um desafio.

Em um CAPSi uma ambiência adequada, como apresenta o Ministério da Saúde (2006a, 2010), possibilita um serviço acolhedor e confortável aos usuários. Nesses serviços ainda, uma apropriada provisão ambiental, tal como a define Winnicott (1983), pode favorecer aos pacientes reviverem necessidades primitivas que em um momento anterior não foram satisfeitas, sendo agora acolhidas e cuidadas por uma equipe de profissionais.

Diante da importância de se pensar a ambiência como fator de promoção de saúde na assistência em saúde mental, pretende-se pesquisar como se configura a ambiência em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Para isso vamos partir do conceito de ambiência do Ministério da Saúde (2006a, 2010) e de discussões da teoria de Winnicott, uma vez que assim podem-se apresentar novas perspectivas sobre os espaços dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes.

1.1 Objetivo

O objetivo deste trabalho foi conhecer e descrever a ambiência, no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES.

1.2 Objetivos Específicos

1.2.1 Conhecer e descrever os espaços de atendimento destinados ao público infanto-juvenil no CAPSi;

1.2.2 Identificar e descrever aspectos do ambiente físico em que se constitui o atendimento às crianças e aos adolescentes com transtornos mentais graves no CAPSi;

1.2.3 Conhecer e descrever as relações entre os profissionais no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no CAPSi;

1.2.4 Conhecer e descrever as relações entre usuários e profissionais no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no CAPSi;

No estudo I contemplamos os objetivos específicos 1.2.1 e 1.2.2, no estudo II os objetivos específicos 1.2.3 e 1.2.4.

1.3 Justificativa

Por ser o CAPSi um novo serviço direcionado à atenção de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves há necessidade, evidenciada por Olschowsky et al. (2009), Onocko-Campos e Furtado (2006) e Gaioso e Mishima (2007), de se investigar o desenvolvimento das atividades realizadas nesses espaços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, a fim de se consolidar práticas na atenção psicossocial e se produzir referencial teórico nacional que proporcione eficácia às políticas públicas da área.

Como afirma Guerra (2005), a reconstrução da rede de assistência em saúde mental para crianças e adolescentes, que ganha força a partir do Estatuto da

Criança e do Adolescente e da Portaria 336/2002 que institui o CAPSi, apresenta a necessidade de se articular as dimensões política e clínica. Política atentando-se aos princípios da legislação, em que os serviços destinados às crianças e aos adolescentes passam a ser subsidiados pela saúde pública e não mais pela educação ou assistência social; e clínica em que a subjetividade exige mais que um olhar, uma escuta e um tipo de intervenção baseado na palavra ou na ludicidade, pois atravessada pelo sujeito que sofre, inclui em sua prática a circulação por espaços que possibilitem o resgate à cidadania e a inventividade necessária na escuta singular de pacientes graves.

Assim, conhecer e descrever a ambiência de um serviço como o CAPSi justifica-se pela possibilidade de se refletir sobre os novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, verificando como os fatores do ambiente podem influenciar as práticas de atenção em saúde mental. Além disso, possibilita refletir sistematicamente sobre a assistência psicossocial, e suas práticas, contribuindo com a área da saúde pública e da clínica, uma vez que na atenção psicossocial a articulação entre saúde pública e suas políticas e o modelo clínico mostram-se inerentes ao tratamento.

Ainda, espera-se contribuir com a escassa produção sobre os modelos de atenção psicossocial na área da saúde mental infanto-juvenil, pois como acentua Mari et al. (2006), as pesquisas podem ser utilizadas como ferramentas para promover mudanças e subsidiar intervenções.

2. ESTUDO I⁵

Ambiência no atendimento de crianças e adolescentes em um CAPSi

Ambiência em um CAPSi

Resumo: A ambiência como um dos aspectos da política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta a importância de se atentar à arquitetura dos serviços de saúde uma vez que podem produzir formas de cuidar. O objetivo deste trabalho foi conhecer e descrever a ambiência no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, priorizando os aspectos físicos desse conceito. Como procedimento de coleta de dados utilizou-se a técnica da observação participante. Os resultados evidenciaram que as constituições espaciais de um serviço de saúde podem influenciar suas práticas, pois se verificou que em alguns momentos a ambiência do CAPSi, em seus elementos físicos, possibilitavam comunicações significativas de crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental; crianças; adolescentes.

The Ambience of Children and adolescent care service at a CAPSi

Abstract: Ambience as one of the aspects of the Brazilian Unified Health System humanization policy shows the importance of paying attention to architecture of health care service units. This study aimed at understanding and describing the ambience of health care services for children and adolescents with severe mental disorders at CAPSi, focusing on the physical aspects of this concept. This clinical-qualitative study was carried out at the only CAPSi — Children and Youth Psychosocial Care Center. Data collection employed the participant observation technique. The results showed that the spatial make-up of a health care service can influence this practice. The ambience at CAPSi, in its

⁵ Este artigo está formatado de acordo com as normas da Revista Estudos de Psicologia (Natal), ao qual será submetido.

physical elements, occasionally enabled significant communication among children and adolescents.

Keywords: Mental health services; children; adolescents.

No Brasil, o Ministério da Saúde redireciona o modelo de assistência em saúde mental, a partir Lei n.º 10.216, de 06/04/2001, e de acordo com a portaria n.º 336 de 19/02/2002 institui o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e pertencente à gestão municipal, organiza-se como um ambulatório diário para crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes, configurando-se como um modelo de atenção pautado em bases territoriais e comunitárias.

Embora promovendo avanços com a instituição do CAPSi, o Ministério da Saúde (2005), ratifica o desafio de se construir uma política de saúde mental para crianças e adolescentes, pois as especificidades de atendimento deste público devem ir para além do modelo assistencial estruturado para os adultos. Como afirma o próprio texto do Ministério da Saúde (2005, p. 14):

Em suma, os serviços de saúde mental infanto-juvenil, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental no setor, devem assumir uma função social que extrapola o afazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, tendo-a como um ser integral com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, incluir o sujeito que sofre e reabilitá-lo socialmente são medidas prioritárias que devem estar contidas em um ambiente terapêutico de saúde mental. Prevenir doenças e promover saúde são as novas possibilidades apresentadas pelo SUS, para além da atuação curativista. Nesse contexto, a humanização como política do SUS amplia a compreensão do processo saúde-doença nos espaços dos serviços de saúde, problematizando a efetivação de diferentes práticas (Benevides & Passos, 2005; Ministério da Saúde [MS], 2006b).

Integrando aspectos teóricos e práticos, a humanização, traz em seu contexto a luta pelo direito à atenção e acolhida por parte dos usuários e o respeito às condições de trabalho dos profissionais. Um dos aspectos da política de humanização é a ambiência, definida como:

Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um **projeto de saúde** (confira-se: Projeto de saúde) voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (MS, 2006a, p. 35, grifo do autor).

A ambiência facilita o engajamento do usuário, pois evidencia a importância do bem-estar do sujeito no ambiente em que fará seu tratamento de saúde. Nesse contexto, também é importante considerar os espaços de visita e de espera dos acompanhantes,

ratificando o valor dos ambientes dos serviços de saúde como espaços que atendam as necessidades dos sujeitos com conforto, garantindo acolhimento e escuta não só à pessoa que está doente, mas também aos que estão a sua volta como os familiares, que em geral contribuem de modo significativo no tratamento de saúde. É fundamental considerar as atividades que o serviço desenvolve, de modo que o espaço em que esteja lotado seja adequado à efetividade de suas ações (MS, 2010).

Gaioso e Mishima (2007), também evidenciam que o cuidado pode ser manifesto na ambiência que se refere ao espaço físico e às relações interpessoais. As autoras entrevistaram usuários de um serviço de saúde, e relataram que os usuários indicaram como boa a localização e a relação com os profissionais, no entanto, descreveram como ruim o espaço físico em que ocorriam os atendimentos. Dessa forma, Gaioso e Mishima (2007), destacaram a importância de se atentar aos espaços, uma vez que produzem formas de cuidar.

Para Cohen, Bodstein, Kligerman, e Marcondes (2007), a promoção da saúde no Brasil propõe o redirecionamento dos sistemas de serviços de saúde e de gestão ambiental. Para os autores a ambiência ganha visibilidade na promoção da saúde, pois esta se consolida no espaço de reflexão do processo saúde-doença que considera aspectos econômicos, políticos, culturais e ambientais. Compreender aspectos da ambiência em um determinado espaço mostra-se para os autores uma ação estratégica, dado que possibilita a construção de projetos de saúde com maior qualidade técnica, identificados com as necessidades da população a que se destina.

Souza (2003), salienta que a ambiência nos serviços substitutivos de saúde mental, facilita o encontro dos profissionais e pacientes dentro do espaço de tratamento. O que rompe com o paradigma de atendimento dos grandes hospitais psiquiátricos.

Franchini e Campos (2008), ainda tendo em vista um número acentuado de pacientes psicóticos nos CAPS, demonstram a necessidade de nesses serviços, se oferecer uma apropriada provisão ambiental, a fim de facilitar o processo de amadurecimento dos pacientes.

A ambiência como um dos aspectos da política de Humanização do SUS (MS, 2006a), apresenta a importância de se atentar à arquitetura dos serviços de saúde como territórios de encontros, os quais devem considerar as situações em que as ações de saúde são construídas. A fim de agregar maior possibilidade de reflexão sobre a ambiência, utilizaremos neste estudo o referencial teórico de Donald Woods Winnicott, pois este autor enfatiza em seus escritos a importância do ambiente na estruturação psíquica da pessoa.

Para Winnicott (1952/2000a, 1954/2000b, 1956/2000c) apenas um ambiente suficientemente bom possibilita ao bebê se desenvolver, pois provê adequadamente suas necessidades. O autor afirma que uma adequada provisão ambiental no início da infância previne estados que no adulto serão chamados de loucura.

Para Winnicott uma boa ambiência deve fornecer cuidado e manejo adequados para que o bebê caminhe em direção à integração, personalização e estabeleça relações de objeto. O *holding*, o *handling* e a apresentação de objeto proveem condições para que o indivíduo se desenvolva.

Ao fornecer os cuidados iniciais de alimentação e higiene a mãe segura (*holding*) de maneira confiável e manipula (*handling*) o corpo de seu bebê possibilitando a ele ser em totalidade, nesse ambiente em que é significado e sustentado o indivíduo se personaliza. A apresentação de objeto por sua vez, proporciona a apresentação do mundo ao bebê de uma forma adequada em que gradativamente ele possa lidar com os elementos do contexto em que está inserido, o bebê se movimenta e vai ao encontro de um objeto que inicialmente é

ele mesmo quem cria, e se, o ambiente pode criar essa ilusão no bebê, de que o que ele necessita estará a sua disposição, então ele pode se desenvolver de modo saudável, relacionando-se com os objetos do mundo que o cerca, constituindo as separações eu/ não-eu (Winnicott, 1962/1983; Avellar, 2004).

Em uma situação de ambiente terapêutico, nessa perspectiva teórica, todos esses aspectos do processo maturacional devem ser fornecidos, a fim de facilitar o processo de amadurecimento emocional do paciente. Winnicott (1964/1994), postula que para alguns pacientes a provisão e a manutenção do *setting* são mais importantes do que o trabalho interpretativo. E como afirma o autor, muitas vezes oferecer um *setting* adequado mostra-se um desafio.

Em um CAPSi uma ambiência adequada, como apresenta o Ministério da Saúde (2006a, 2010), possibilita um serviço acolhedor e confortável aos usuários. Nesses serviços ainda, uma apropriada provisão ambiental, tal como a define Winnicott (1962/1983), pode favorecer aos pacientes reviverem necessidades primitivas que em um momento anterior não foram satisfeitas, sendo agora acolhidas e cuidadas por uma equipe de profissionais.

Para Olschowsky, Glanzner, Mielke, Kantorski e Wetzel (2009), saúde e ambiência não podem ser dissociadas, correlacionam-se e são interdependentes. As autoras afirmam que entender a ambiência na saúde possibilita a qualificação dos ambientes de saúde. Assim, a compreensão da ambiência no CAPSi, em seus aspectos físicos, poderá colaborar no debate sobre as ações técnicas formalizadas nos espaços dos serviços de saúde, levando em consideração as situações em que se constroem as atuações profissionais.

Além disso, como afirmam Olschowsky, Glanzner, Mielke, Kantorski e Wetzel (2009), Onocko-Campos e Furtado (2006), conhecer os espaços direcionados a atenção em saúde mental, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, possibilita a consolidação de

práticas na atenção psicossocial e a produção de referencial teórico nacional que proporcione eficácia às políticas públicas da área. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi conhecer e descrever a ambiência no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES, priorizando os aspectos físicos.

Método

Esta pesquisa de caráter clínico-qualitativa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. De acordo com Turato (2003), o método de pesquisa clínico-qualitativa é uma particularização e um refinamento do método qualitativo que guarda especificidades de vertentes clínico-psicológicas, sendo adequado para descrever e compreender fenômenos constituídos nos *settings* de saúde. Nesta pesquisa, pretendemos apresentar elementos da ambiência de um serviço de saúde mental para crianças e adolescentes.

Procedimento de coleta de dados

Como procedimento de coleta de dados utilizou-se a técnica da observação participante, que consiste na presença de um observador em contato direto com o fenômeno observado, a fim de colher dados do contexto, na realidade em que ocorre, para a realização de uma investigação científica (Minayo, 1994). Caprara e Landim (2008), indicam que este tipo de abordagem tem se mostrado caro no âmbito dos estudos psicológicos, os autores destacam a flexibilidade deste método de coleta de dados, pois permite o acesso a informações que não seriam possíveis por outros meios.

Para Minayo (1994) a observação participante permite ao pesquisador entrar em contato direto com a realidade a qual deseja conhecer, em que as informações são obtidas no próprio contexto em que ocorrem, tendo em vista que não podem ser apreendidas

simplesmente por meio de falas ou da escrita, permitindo uma compreensão mais global da situação estudada. Minayo (1994, p.59-60) ainda salienta que:

A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

Como indica Becker (1997), o observador participante além de observar as situações no contexto em que ocorrem, estabelece conversações com os participantes dessas situações, descobrindo as interpretações sobre os acontecimentos observados. O autor pontua a possibilidade de a observação participante produzir grande quantidade de descrições detalhadas, a respeito do fenômeno investigado. Gaskell (2002), evidencia que a “conversação continuada”, que se estabelece no método da observação participante, tem por objetivo “(...) absorver o conhecimento local e a cultura por um período de tempo mais longo do que em fazer perguntas dentro de um período relativamente limitado” (Gaskell, 2002, p. 64).

Os resultados apresentados e discutidos neste estudo levam em consideração os sentidos dados pelos participantes nas conversas estabelecidas durante as observações, o que possibilitou descrição mais detalhada do fenômeno investigado.

As observações seguiram um roteiro abrangendo os aspectos físicos do conceito de ambiência apresentado pelo Ministério da Saúde (2006a, 2010): constituição dos ambientes de atendimento, confortabilidade dos espaços, acessibilidade ao serviço e privacidade, descritos nos resultados. As visitas foram diárias com duração de aproximadamente duas horas, intercaladas entre: um dia na parte da manhã e um dia na parte da tarde, isso porque se verificou que a rotina era diferente em função dos pacientes e da equipe que se

distinguia por dias e turnos. Desse modo, pretendeu-se observar diversos contextos da ambiência do CAPSi. Foi utilizado o critério de saturação das informações, de modo que ao final de três meses verificou-se um grau de repetição nas observações, indicando que os dados coletados mostravam-se suficientes para os propósitos da pesquisa. Assim, foram 143 horas de observação, de março a junho de 2011.

Todas as observações realizadas na instituição foram registradas, gerando diário de campo, elemento essencial do pesquisador quando se utiliza da observação participante. Efetuou-se o registro das informações colhidas logo após as observações realizadas, no próprio CAPSi, em locais onde não havia atividades.

Procedimento de análise de dados

Utilizou-se, para a análise de dados, uma particularização e refinamento da técnica de Análise de Conteúdo, como propõe Turato (2003), visando às características do Método Clínico-Qualitativo.

Em um primeiro momento, Turato (2003) afirma que se deve organizar as informações coletadas. Em nosso caso, à medida que a pesquisa se realizava nosso material se configurava, uma vez que a cada dia, logo após a observação, no próprio CAPSi, o registro das observações era realizado. Assim, no último dia de coleta de dados, o diário de campo estava constituído, em sua íntegra, de forma organizada. No segundo momento, realizou-se a leitura flutuante do diário de campo, para o pesquisador familiarizar-se com o conjunto de dados coletados. No terceiro momento, organizou-se o material coletado, selecionando dos dados originais os elementos mais relevantes para responder aos objetivos do estudo. Finalizando, realizou-se a redação do trabalho com descrições do fenômeno investigado, de acordo com os dados coletados, e sua interpretação, o que

acrescentou à descrição elementos teóricos que possibilitaram maior reflexão sobre o material organizado.

Como afirma Avellar (2009, p. 16), a seleção do material de pesquisa impõe:

(...) uma certa descontinuidade, certos recortes e espaços vazios que, certamente, possuem seus significados, pelos quais, muitas vezes, passa-se por cima, a fim de realizar uma redução dos elementos apresentados. Em alguns casos, há perdas difíceis de serem reparadas. É um risco que se corre.

D'Allones (2004), baseando-se em Levi Strauss afirma que em muitos casos não se trata de perda do material coletado, mas da construção do objeto de estudo de modo mais compreensivo. Recorrendo à bricolagem D'Allones (2004) cita Levi Strauss, para quem o termo está desprovido de qualquer conotação pejorativa, uma vez que um problema pode ter várias soluções. A bricolagem, desse modo, apresenta a possibilidade de se reunir diferentes recortes sem rigidez alguma, produzindo um novo objeto de forma livre.

Nesta pesquisa, correu-se o risco de selecionar diante de uma grande quantidade de anotações, as que possibilitariam, ante a leitura do pesquisador, a compreensão da ambiência em um CAPSi. Apresenta-se assim, pela configuração de uma bricolagem, o que se pensou, se refletiu e se viveu em uma experiência de pesquisa que articula a interação pesquisador-pesquisados.

Para a interpretação dos dados, utilizou-se o referencial da teoria de Donald Woods Winnicott, pois para este autor, como apresentamos anteriormente, o ambiente tem papel fundamental na saúde psíquica da pessoa. Assim, espera-se ultrapassar a mera descrição dos fenômenos investigados, objetivando atingir uma interpretação mais profunda dos dados coletados.

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde, à diretora e à equipe do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, com a finalidade de informá-los acerca dos objetivos da pesquisa e de obter o consentimento para sua realização. Foi informado ainda que os resultados obtidos seriam apresentados em congressos e artigos científicos sendo resguardada a confiabilidade dos mesmos. Esclareceu-se que não haveria divulgação de dados que pudessem identificar os usuários envolvidos no estudo (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96). Uma vez que cumpria todas as exigências, obtivemos o consentimento para sua realização (aprovação n.º 226/10 no Comitê de Ética em Pesquisa).

Resultados

A estrutura física do CAPSi

Tendo como objetivo conhecer a ambiência em seus aspectos físicos, segue descrição de elementos do ambiente do CAPSi, para em seguida realizar-se a discussão.

O CAPSi investigado foi inaugurado em setembro de 2007, está vinculado a Secretaria Municipal de Saúde e funciona em uma casa alugada pela Prefeitura. A equipe do CAPSi é composta por profissionais de níveis superior, médio e técnico. Na época da pesquisa o serviço contava com (4) psicólogos, (1) médico pediatra, (2) assistentes sociais; (2) arteterapeutas, (2) terapeutas ocupacionais, (1) musicoterapeuta, (2) enfermeiros, (4) técnicos de enfermagem, (1) educador físico, (2) assistentes administrativos, (4) vigilantes patrimoniais e (2) auxiliares de serviços gerais. O horário de funcionamento era de 07h00min as 19h00min horas.

O CAPSi apresenta uma recepção com sala de espera equipada com: ar-condicionado, ventilador, televisão, som, jornais, revistas, brinquedos, lápis, papel, mesa e

cadeiras apropriadas para as crianças e para seus familiares utilizarem enquanto esperam o atendimento no serviço; o acesso dos usuários a bebedouro e banheiro é facilitado.

O serviço possui três salas de atendimento individual com brinquedos, jogos, filmes infantis, fantasias infantis, fantoches, livros, papel e lápis de cor, revistas, tintas guache, livros de história e livros médicos, sendo que em cada sala há predominância de um desses itens, possibilitando o uso de acordo com o objetivo do atendimento. Também conta com uma enfermaria; uma sala de reuniões; uma sala para a diretoria com banheiro; uma sala de artes com um repartimento a parte, onde são guardados vários instrumentos musicais e banheiro; cozinha; almoxarifado; área de serviço; um banheiro para os profissionais e um banheiro para os pacientes e seus cuidadores ambos com espelho.

Durante a coleta de dados, alguns elementos do espaço físico ainda estavam adaptando-se às necessidades do serviço, pois com o aumento da procura por atendimento, o CAPSi foi transferido para a atual casa em meados de 2010, a um quarteirão da antiga casa em que funcionava. Mais ampla do que a anterior, segundo os profissionais. O atual serviço possui varandas e um pátio interno com uma mesa que é utilizada para as oficinas e para as refeições, além de uma mesa de totó, cadeiras e mesa infantil, uma churrasqueira, árvores frutíferas, como jaboticabeira, mangueira, jameiro e varandas com bancos para pacientes e familiares.

Durante a coleta de dados iniciou-se a reforma da piscina que também fica no pátio interno, cercada por grades com portão trancado e controlado pelos profissionais. A obra tem por objetivo adequar a profundidade da piscina para as crianças que utilizam o serviço. Embora visando à melhoria do serviço, as obras na piscina inviabilizaram por alguns dias as atividades no pátio interno por causa da poeira e do barulho.

Apenas no pátio interno e na sala de artes encontravam-se pinturas, colagens e desenhos das crianças e dos adolescentes e eventualmente dos profissionais. No pátio interno as atividades coladas nas paredes se renovam, os pacientes tiram ou colocam suas produções por conta própria; em alguns momentos os profissionais os incentivam a exporem seus trabalhos. Na sala de espera há cartazes informativos do Ministério da Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde e Ação Social, além de informes gerais.

As composições dos espaços do CAPSi são diferentes para atender as diversas atividades desenvolvidas pelos profissionais, como: atendimentos individuais ou em grupo, oficinas, brincadeiras e jogos. Os profissionais afirmam que antes de realizarem a mudança para a atual casa, fizeram toda uma organização definindo o que seria cada espaço, mas quando mudaram efetivamente, adequaram os espaços à funcionalidade do serviço, modificando a estrutura que haviam pensado anteriormente a mudança.

Os atendimentos em grupo acontecem de modo mais frequente na varanda e no pátio interno com iluminação natural, quando chove os profissionais e os pacientes se organizam nas salas de atendimentos individuais, pois para se chegar à sala de artes que é ampla, precisa-se passar por espaços descobertos, além disso, em dias de chuva, geralmente chegam poucas crianças e adolescentes ao serviço, tendo em vista o transporte utilizado, que para a maioria das famílias é o coletivo.

Os espaços do CAPSi são limpos, conservados, iluminados e possibilitam a privacidade nos atendimentos, cabendo aos profissionais escolher adequadamente os espaços para cada atividade. As salas para os atendimentos individuais e em grupo, por exemplo, têm as janelas em direção ao pátio interno, permanecendo fechadas durante os momentos de atendimentos individuais e abertas quando os atendimentos são em grupo e todos podem participar.

Discussão

Um primeiro aspecto para discussão é o fato da casa em que se localiza o CAPSi ser alugada. Como afirma Demartini (2007), grande parte dos serviços de saúde no Brasil funcionam em residências alugadas pelos Governos Municipais ou Estaduais. O CAPSi por ser um serviço relativamente novo de saúde mental, não possui parâmetros que estabeleçam as características físicas dos ambientes em que devem funcionar, o que de acordo com a autora pode dificultar o tratamento dos pacientes e o trabalho dos profissionais.

Observou-se que o serviço oferecido pelo CAPSi precisou adequar-se às condições físicas ofertadas por uma casa, que se por um lado pode não oferecer as condições apropriadas para o funcionamento de um serviço de saúde mental, por outro lado possibilita a utilização de diferentes espaços físicos como promotores de saúde. Como afirma Souza (2003), o funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em uma casa, organiza a proposta de tratamento de forma completamente diferente das instituições asilares.

A sala de espera com brinquedos, jornais, revistas e televisão para as crianças, os adolescentes e seus familiares, por exemplo, possibilita conforto, enquanto aguardam o atendimento. Tomar uma água, utilizar o banheiro, ler ou assistir reportagens ou as notícias do dia, com liberdade, possibilitam uma aproximação do uso do serviço de fato como uma casa, lugar aconchegante e acolhedor, produzindo intimidade dos usuários com a instituição de saúde. Como apresenta o texto do Ministério da Saúde (2010), o conforto deve ser priorizado não apenas para aqueles que utilizam o serviço, nesse caso as crianças e os adolescentes, mas deve se estender aos seus familiares, pois são pessoas fundamentais na adesão ao tratamento.

Na sala de espera também se observou a interação entre crianças e adolescentes, que brincavam juntos enquanto aguardavam os atendimentos e os familiares que conversando trocavam experiências sobre as facilidades e dificuldades do cotidiano. Os desenhos, as brincadeiras e conversas produzidas na sala de espera mostravam-se boas oportunidades de intervenção.

Souza (2003), em sua dissertação de mestrado, nos apresenta o termo *Ambiência* como o nome dado a uma atividade realizada pelos profissionais de um CAPS, em que estes circulavam pelos espaços do serviço, a fim de intervir junto aos usuários fora das atividades previstas. Os profissionais nomearam e organizaram tal atividade na grade de tarefas do CAPS, pois perceberam que nesses momentos é possível conversar e conhecer melhor os usuários, fora dos padrões dos atendimentos comuns, o que se revelou importante fonte de informações para a realização de novos projetos no CAPS. Souza (2003, p. 73) releva que:

(...) uma das características mais interessantes da *Ambiência* é o fato de ela permitir a criação e invenção de projetos pessoais ou coletivos. Muitas vezes, algo que, por diversos motivos, não aparece num grupo ou em outro tipo atendimento, pode aparecer no banco do jardim ou em outro espaço.

Apesar de a definição de *ambiência* utilizada neste trabalho estar de acordo com o Ministério da Saúde (2006a), sendo um espaço que visa a confortabilidade, a socialização entre os sujeitos, o atendimento humanizado, com espaços acolhedores e resolutivos e mostrar-se diferente da utilizada por Souza (2003), que a demarcou como o contato entre profissionais e usuários de um CAPS em espaços nos quais não havia, a princípio, uma atividade organizada, sendo uma tarefa do CAPS pesquisado, verificou-se como a circulação do profissional em um serviço de saúde pode ser importante em sua prática.

Confirmando os achados da dissertação de Souza (2003), a ambiência de um serviço de saúde, se bem explorada, pode facilitar ao usuário a comunicação do seu sofrimento, abrindo a possibilidade para o trabalho terapêutico se realizar.

No entanto, como acentua Winnicott (1971/1984), a comunicação para que o trabalho terapêutico aconteça, só pode se tornar possível quando há um Outro capaz de compreender o sofrimento do sujeito. Winnicott evidencia em sua teoria que para a criança desenvolver-se é necessário a presença da mãe que faz o papel do ambiente suficientemente bom, fornecendo as condições necessárias ao processo do amadurecimento. Usando dessa analogia, o autor postula que em um tratamento terapêutico, a disposição do profissional deve ser como o da mãe, no sentido de acolher de maneira adequada as expressões dos pacientes, no caso do profissional em um tempo e espaço limitados.

Hisada (2000), com o objetivo de verificar como uma adaptação ambiental (*setting*) favorece o desenvolvimento psíquico, evidencia que o *setting* em que acontece o trabalho terapêutico, é a possibilidade de recuperação, pelo paciente, das funções relacionadas às primeiras etapas de seu desenvolvimento.

Para Khan (1984), o *setting* é definido como a ambiência física proporcionada pelo analista, sendo a configuração adequada às necessidades do paciente, como a mobília, a luz, a sala, e a sua presença. Percebe-se que a definição utilizada por Massud Khan sobre o que é o *setting*, coincide, em alguns aspectos, com o conceito de ambiência utilizado pelo Ministério da Saúde (2006a), como a mobília, a iluminação, o conforto e a privacidade dos espaços de atendimento. Dessa forma, o espaço físico do CAPSi, planejado para o atendimento de crianças e adolescentes, deve conter em si elementos que facilitem e proporcionem aos pacientes comunicar e elaborar seus conflitos psíquicos.

Nesse sentido, os materiais disponíveis no serviço como jogos, brinquedos e instrumentos musicais favorecem a intervenção dos profissionais, pois possibilitam a comunicação com os pacientes por meios lúdicos. Algumas crianças e adolescentes que chegavam ao serviço com dificuldades de interagir com os profissionais, logo faziam contato por intermédio dos instrumentos musicais, o que os acalmava e propiciava uma comunicação.

Como afirma Hisada (2000, p.21, grifo do autor), “As associações verbais e pré-verbais podem ser entendidas e interpretadas por ocorrerem dentro do limite e da estrutura do *setting*”, que deve modificar-se e adaptar-se às necessidades do paciente. Para a autora os símbolos e os elementos que compõem esse espaço são fundamentais, pois podem proporcionar aos pacientes familiaridade com o ambiente, facilitando o estabelecimento de comunicação.

A aproximação do paciente com o serviço também se fazia pelas suas produções gráficas expostas no pátio interno. Em alguns momentos, as crianças e os adolescentes referiam-se ao seu trabalho (colagens, pinturas, desenhos), abrindo possibilidades ao diálogo e a construção de novos referenciais sobre suas ações. Os pacientes constatavam que poderiam produzir materiais em que se reconheciam, nos espaços em que circulavam. Dessa forma, percebeu-se como elementos do ambiente físico de um serviço de saúde podem tornar-se meios de comunicação e interação entre pacientes e profissionais, possibilitando o desenvolvimento de intervenções adequadas.

Como salienta Safra (1999), os contornos do espaço e do tempo, os objetos e símbolos são importantes para que o ser humano possa viver e existir. Baseando-se na teoria de Winnicott, o autor afirma que através de um ambiente favorável o ser humano poderá constituir-se enquanto pessoa, fazendo uso dos símbolos de sua cultura como

elementos de significação de sua história pessoal. Dessa forma, as produções artísticas expostas nas paredes do CAPSi possibilitavam a identificação dos pacientes com o espaço e a apropriação de símbolos na construção e significação das suas histórias de vida.

O espaço físico do CAPSi e sua utilização privilegiavam ações ao ar livre, permitindo inclusive a exploração de atividades coletivas. Em dias de chuva, no entanto, havia restrição de atividades. A valorização excessiva dos espaços coletivos em detrimento dos espaços individuais, em alguns momentos, dificultava a privacidade das intervenções e colocações mais particularizadas.

Winnicott (1971/1984, p. 15), evidencia que:

(...) se é dada a oportunidade de maneira adequada e profissional para uma criança ou para um adulto, no tempo limitado do contato profissional o cliente trará e exporá (embora de início apenas como uma tentativa) o problema predominante ou o conflito emocional ou a espécie de tensão que aparece nesse momento da vida do cliente.

Para o autor a presença profissional do analista, o tempo e o espaço limitados, ou seja, o *setting* marca para o cliente que “(...) a compreensão pode talvez ser acessível e que a comunicação a um nível profundo pode se tornar possível” (Winnicott, 1971/1984, p. 15). Observa-se que conciliar a ambiência dos serviços de saúde pública com a predominância dos aspectos coletivos *versus* o atendimento adequado das necessidades individuais dos usuários, mostra-se fundamental para o sucesso do tratamento e um desafio no cuidado em saúde mental infanto-juvenil.

Em alguns momentos, exigia-se das crianças e adolescentes a concentração em alguma atividade, sendo que o espaço físico em que se realizava, privilegiava a dispersão e

a utilização de recursos contrários à atividade ofertada aos pacientes. Tal fato demonstra a necessidade do profissional adequar o uso do espaço ao objetivo da atividade proposta.

Os profissionais mencionavam dificuldades na elaboração de propostas de atividades como produto da estrutura física do CAPSi, por exemplo, a falta da piscina, integralmente utilizada na antiga casa em que funcionava o CAPSi, para o trabalho com crianças e adolescentes consideradas pelos profissionais como casos graves. Observou-se falta de atividades específicas dirigidas a esses pacientes, pois segundo relato dos profissionais, para o tratamento dessas crianças e adolescentes, a piscina mostrava-se a possibilidade de intervenção, organização corporal e estabelecimento de contato com pares.

Os profissionais apesar de tentarem estabelecer contato, com esses pacientes considerados graves, apresentavam dificuldades em estabelecer intervenções que não utilizassem a piscina, modelo ao qual já estavam habituados a trabalhar e tinham conseguido resultados. Percebe-se que a complexidade do sofrimento da criança e do adolescente que chega ao serviço parece, em algumas situações, paralisar os profissionais, o que se mostra um complicador para o estabelecimento de uma comunicação.

O ambiente do CAPSi instigava a procura de outros espaços e instrumentos para a realização das atividades. Em certo dia, os adolescentes solicitaram aos profissionais uma quadra para jogarem bola, o que permitiu a saída de dentro do serviço para fazerem uso da quadra poliesportiva da Prefeitura Municipal no bairro, o que os possibilitou habitar de forma saudável outros espaços da cidade.

Os profissionais do CAPSi ao possibilitarem aos adolescentes a utilização de outros espaços, ampliam o espaço de seu mundo. Para Safra (1999), a vivência dos espaços arquitetônicos derivam dos sentidos da vivência do ser humano de seu próprio corpo, assim

muros e paredes demarcam as fronteiras entre o dentro e o fora. O pedido de habitar outros espaços pode sinalizar o desenvolvimento da autonomia desses adolescentes, que se permitem descobrir outros espaços do mundo, o que só é possível, de acordo com o autor, quando se habita um mundo interno. Vale destacar também a proposta de atendimentos em espaços abertos da cidade, o que está de acordo com o redirecionamento à assistência em saúde mental a partir da Lei ° 10.216 de 2001 que prevê serviços de base comunitária, visando à reinserção social do paciente em seu meio.

As crianças usavam sua criatividade adaptando o que o serviço oferecia para atender suas necessidades, em outra ocasião ainda, utilizaram uma lata de lixo como cesta de basquete.

Assim, verificou-se que apesar das dificuldades salientadas pelos profissionais na elaboração de estratégias de intervenção complexas, como no caso dos pacientes considerados graves, a ambiência do CAPSi em seus aspectos físicos possibilitava o desenvolvimento de intervenções com qualidade, como descrito acima, em que foi acolhido o gesto dos pacientes, entendidos nesse estudo como gesto espontâneo na perspectiva de Winnicott, pois apresenta às crianças e aos adolescentes a possibilidade de criar a si mesmos e ao mundo.

Como acentua Winnicott (1971/1975, p. 79), “É no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruem sua liberdade de criação”. Avellar (2004), ainda afirma que o brincar implica confiança no ambiente, e que aspectos da singularidade da criança podem emergir como resultado da brincadeira. Dessa forma, ao fazer do cesto de lixo, uma cesta de basquete, é possível que o ambiente do CAPSi tenha possibilitado às crianças brincarem por meio de um gesto criativo. Tal gesto possibilita a criação de um objeto de necessidade através de elementos existentes no ambiente.

Safra (1999), evidencia que apenas em um ambiente favorável o bebê através de seu gesto cria o mundo e ao mesmo tempo a si mesmo. “O gesto cria o objeto, mas cria concomitantemente o braço ou qualquer outra parte do corpo implicada na ação criativa. Abre-se também a própria capacidade de vir a conhecer o outro e o mundo” (Safra, 1999, p. 95). Observa-se como a segurança oferecida pelo serviço do CAPSi, em alguns momentos, permitiu o aparecimento do gesto espontâneo dos pacientes no sentido de criarem o que precisavam, o que possibilitou o relacionamento entre os pacientes, lidando com diferentes sentimentos e necessidades, tais como: regras, ordem, raiva, solidariedade, acolhimento, ganhar e perder.

A ambiência do CAPSi em seus aspectos físicos, como a estruturação adequada de um *setting*, pode proporcionar a reflexão sobre os materiais disponíveis para um tratamento terapêutico, bem como sobre o espaço em que este acontece, possibilitando o desenvolvimento de intervenções com qualidade e o estabelecimento de uma comunicação entre profissional e paciente, ação essencial para a intervenção profissional capaz de fornecer tratamento adequado às crianças e aos adolescentes usuários de um serviço de saúde mental.

Pensar a ambiência em saúde mental possibilita refletir e criar formas de intervenção diante das novas diretrizes dessa assistência e da complexidade do sofrimento psíquico, de modo que os sujeitos envolvidos nesses processos possam se apropriar de novos espaços de acolhida e circulação que levem em consideração tempo, espaço, cultura e as relações sociais que permeiam um serviço de saúde, possibilitando ao paciente utilizar os símbolos do ambiente para significar sua vida.

Considerações finais

A saúde mental infanto-juvenil historicamente sob os domínios das áreas educacionais e assistenciais rompe com paradigmas de cuidado quando se desloca para o campo da saúde. O CAPSi, marco da assistência às crianças e aos adolescentes no campo da saúde mental, também se destaca por ser um serviço que se constitui em um momento que a saúde mental se reorganiza e institui novas formas de cuidar.

Acessar o sofrimento de crianças e adolescentes apresenta particularidades que vão além do modelo assistencial estruturado para os adultos. O uso de objetos e meios lúdicos, como brinquedos, brincadeiras, histórias e produções de arte mostram-se fundamentais para um trabalho que se propõe terapêutico, e isso só é possível em um espaço que possibilite a criança brincar, comunicar e se organizar. Em um ambiente que forneça elementos adequados para que a comunicação aconteça e os pacientes possam se apropriar de si, de lugares e de materiais que os possibilite acessar e expor seus sofrimentos, além da presença de um Outro que acolha sua comunicação.

O CAPSi por ser um novo serviço de saúde mental rompe com o modelo asilar, possibilitando a adequação dos espaços às necessidades daquele que sofre, fornecendo um “ambiente suficientemente bom”, facilitador do desenvolvimento humano. Verificou-se que em alguns momentos a ambiência do CAPSi, em seus elementos físicos, por si só possibilitava a comunicação das crianças e dos adolescentes de seus sofrimentos, necessitando que o profissional estivesse ali com sua escuta atenta, o que demonstra a importância dos profissionais circularem pelos espaços do serviço para além de um cuidado coletivizado, tutelar e assistencial.

A descrição dos aspectos físicos da ambiência do CAPSi da cidade de Vitória-ES possibilita ratificar que as constituições espaciais de um serviço de saúde influenciam suas

práticas, pois, o funcionamento do serviço em uma casa e não em uma instituição hospitalar marca que as intervenções podem ser mais acolhedoras, confortáveis e particularizadas. Os objetos disponíveis no ambiente podem facilitar ou dificultar o estabelecimento de vínculos entre usuários, promovendo ou impedindo o acesso e comunicação do sofrimento; além disso, a falta de materiais possibilita a discussão sobre a necessidade de novos elementos no serviço e instiga a criatividade dos usuários, fazendo-os buscar de modo inventivo o que falta, produzindo ricas oportunidades de intervenção.

A ambiência como um dos aspectos da política de Humanização do SUS potencializa a compreensão das influências dos espaços de saúde em suas intervenções diárias e apresenta o desafio da constituição de espaços de saúde adequados às necessidades daquele que sofre. No processo de implantação da atenção psicossocial no campo da saúde mental infanto-juvenil, pensar a ambiência possibilita a discussão da constituição dos serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico asilar, rompendo com processos de adoecimento criados pelos processos de institucionalização. Entender que os objetos disponíveis no espaço, assim como a organização das salas de atendimento, o universo social e cultural em que se insere o CAPSi, e a presença de um profissional com escuta e acolhimento, estruturam um *setting*, moldura que marca tempo, espaço e presença, produz formas de cuidar, e traz o ganho de se construir ambientes favoráveis na atenção em saúde mental comprometidos com a qualidade dos espaços do cuidado, facilitando o desenvolvimento do trabalho terapêutico.

Referências

- Avellar, L. Z. (2004). *Jogando na análise de crianças: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Avellar, L. Z. (2009). A pesquisa em psicologia clínica: reflexões a partir da leitura da obra de Winnicott. *Contextos Clínicos*, 2(1), 11-17.
- Becker, H. S. (1997). *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: HUCITEC.

- Benevides, R. & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 17 (9), 389-394.
- Caprara, A. & Landim, L. P. (2008). Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 25 (12), 363-376.
- Cohen, S. C., Bodstein, R., Kligerman, D. C. & Marcondes, W. B. (2007). Habitação saudável e ambientes favoráveis saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 12 (1), 191-198.
- D’Allones, C. R. (2004). O estudo de caso: da ilustração à convicção. In: Giami, A. & Plaza, M. (Orgs.). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Demartini, J. (2007). *Um olhar arquitetônico sobre centros de atenção psicossocial infantil: o caso do CAPSi de Cuiabá*. Dissertação de Mestrado Não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Franchini, C. B. & Campos, E. M. P. (2008). O papel de espelho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*. 3 (13), 619-627.
- Gaioso, V. P. & Mishima, S. M. (2007). User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. *Texto contexto – enfermagem*. 16 (4), 617-625.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. In Bauer, M. W.; Gaskell, G. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (64-89). Trad. Pedrinho Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Hisada, S. (2000). *A intervenção por meio do manejo do setting como facilitador de mudança psíquica no processo psicoterápico*. Tese de Doutorado Não Publicada, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Khan, M. M. R. (1984). Vicissitudes do ser, do conhecer e do experimentar na situação terapêutica. In *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos* (pp. 247-265). Rio de Janeiro, Francisco Alves Editora. (Original publicado em 1969).
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República: Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em 01 de abril, 2011, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- Minayo, M. C. de S. (1994). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2005) *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2006a). *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2006b) *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. (2010). *Ambiência*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.
- Olschowsky, A., Glanzner, C. H., Mielke, F. B., Kantorski, L. P. & Wetzel, C. (2009). Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. *Revista da Escola de Enfermagem*. 43 (4), 781-787.
- Onocko-Campos, R. T. & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 22 (5), 1053-1062.
- Portaria GM336, de 19 de fevereiro de 2002*. (2002, 19 de fevereiro). Estabelece as modalidades de serviços dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 01 de abril, 2011, <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>.
- Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996*. (1996, 10 de outubro). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.
- Safra, G. (1999). *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco.
- Souza, A. M. O. (2003). *Loucura em cena: a "Ambiência" como espaço informal de tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial*. Tese de Doutorado Não Publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia da aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1983). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 55-61). Porto Alegre, Artmed. (Original publicado em 1962).
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1994). A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In: Winnicott, C., Shepherd, R., Davis, M. (Orgs.) *Explorações psicanalíticas* (pp. 77-81). Porto Alegre: Artes Médicas Sul. (Original publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (2000a). Ansiedade Associada à Insegurança. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 163-167). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1952).

- Winnicott, D. W. (2000b). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 375-392). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1954).
- Winnicott, D. W. (2000c). A Preocupação Materna Primária (1956). In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1956).

3. ESTUDO II⁶

Ambiência na Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil: um estudo no CAPSi

Children-Adolescent Psychosocial Care Ambience: a study at CAPSi

Resumo: O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) organiza-se como um ambulatório diário para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, configurando-se como um modelo de atenção pautado em bases territoriais e comunitárias. Por ser um novo serviço direcionado a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e entendendo que a saúde engloba os aspectos do ambiente, o objetivo deste trabalho foi conhecer e descrever a ambiência no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES. Foram priorizados os componentes expressos na forma da atenção dispensada ao usuário e da interação estabelecida entre profissionais e usuários. Empregou-se a técnica de coleta de dados da observação participante. Verificou-se, com base na teoria de Winnicott, que a presença, a atenção aos objetos disponíveis nos espaços, a sustentação e o manejo das atividades são aspectos importantes na constituição da ambiência na atenção psicossocial, pois podem facilitar o oferecimento de um ambiente seguro e adequado às necessidades das crianças e adolescentes que sofrem com transtornos mentais graves.

Palavras-chave: serviços de saúde mental; crianças; adolescentes; ambiente; Winnicott.

Abstract: The Children and Youth Psychosocial Care Center (CAPSi) is configured as a daily outpatient clinic for children and adolescents with severe mental disorders. It is a healthcare model based on territorial and community bases. Because it is a new service intended for treating children and adolescents with severe mental disorders and taking into account that health care involves aspects of environment, this study aimed at understanding and describing the ambience of health care services for children and adolescents with severe mental disorders at CAPSi in the City of Vitória, ES, Brazil. It prioritized the components expressed in the form of care provided to users and interaction

⁶ Este artigo está formatado de acordo com as normas da Revista Saúde e Sociedade, ao qual será submetido.

established between health professionals and users. The participant observation data collection technique was used. The study verified, based on Winnicott's theory, that the presence of and attention to available materials in these spaces, as well as sustainability and handling of activities are important aspects in the constitution of the ambience in psychosocial care because they can provide children and adolescents who suffer from severe mental disorders with a safe and adequate environment to meet their needs.

Keywords: Mental health services; children; adolescents; environment; Winnicott.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a política de Humanização mostra-se um marco na consideração do ambiente como promotor de saúde. Essa política tem como uma das orientações propiciar melhoria na ambiência dos serviços, instituindo espaços de conforto físico e subjetivo para intervenções mais efetivas, como mobílias apropriadas, agradável comunicação visual, lugares adequados para momentos de conversas privadas entre usuários, valorização da atenção integral à saúde e estímulo aos atendimentos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos (Ministério da Saúde [MS], 2004).

Na literatura nacional, vários estudos têm considerado a importância da ambiência no planejamento e implementação de programas de saúde, de modo a oferecer ao usuário confortabilidade, possibilidade de produção de subjetividade e instrumentos facilitadores dos processos de trabalho (Cohen e col., 2007; Gaioso; Mishima, 2007; Olschowsky e col., 2009; Schneider e col., 2009; Warschauer; D'Urso, 2009; Fontana, 2010).

Gaioso e Mishima (2007), enfatizam que o cuidado, em serviços de saúde, pode ser manifesto na ambiência que se refere ao espaço físico e às relações interpessoais. Dessa forma, destacam a importância de se atentar aos ambientes dos serviços de saúde, uma vez que produzem formas de cuidar.

Nascimento e Erdmann (2009), com o objetivo de compreender as dimensões de cuidado humano experienciado em UTI pelos profissionais de saúde, clientes e familiares, apresentam em seus resultados dezessete dimensões do cuidado humano, sendo uma dessas dimensões a ambiência do cuidado. Revelando o ambiente de UTI como hostil e inseguro, familiares e clientes entrevistados, consideram que o ambiente influencia as formas de cuidar e as pessoas que executam o cuidado. Os autores atribuem ao ambiente à

característica de promover saúde, uma vez que pode facilitar, criar ou impedir a relação de cuidado entre cliente e profissional.

Para Olschowsky e col. (2009), a saúde engloba os aspectos do ambiente que podem ser terapêuticos. Saúde e ambiência não podem ser dissociadas, correlacionam-se e são interdependentes. As autoras afirmam que entender a ambiência na saúde mental, possibilita a qualificação dos ambientes de saúde, proporcionando melhoria na qualidade de vida dos usuários. Destacam que a estrutura física, os recursos humanos e as relações sociais do espaço de trabalho, aspectos que caracterizam o conforto, a subjetividade e o processo de trabalho, são elementos que interferem no tratamento do usuário:

Nos CAPS, esse conceito [ambiência] aparece como uma ferramenta que busca potencializar o processo de reabilitação psicossocial, pois entendemos que um ambiente que visa à confortabilidade e à produção de subjetividades pode favorecer espaços de liberdade, autonomia e cidadania (Olschowsky e col., 2009, p. 782).

Franchini e Campos (2008), afirmam a necessidade de se investigar fatores que influenciam o trabalho realizado em Centros de Atenção Psicossocial. Utilizando-se do referencial winnicottiano, as autoras ratificam a necessidade de nestes serviços se oferecer uma apropriada provisão ambiental, a fim de facilitar o processo de amadurecimento do paciente. As autoras afirmam que para Winnicott, a maturação do bebê depende de um ambiente facilitador, e que um bebê só pode chegar a ser uma pessoa se as condições ambientais forem suficientemente boas.

Baseando-se em Winnicott, Franchini e Campos (2008), afirmam que no CAPS, muitas vezes, há um grande número de pacientes psicóticos, assim, mostra-se fundamental uma adequada provisão ambiental, a fim de que sejam dispensados os cuidados necessários para que esses pacientes possam experienciar o que não foi possível em um momento anterior no seu processo de desenvolvimento.

Tendo como fundamento a importância do ambiente como promotor de saúde, o objetivo deste estudo foi conhecer e descrever a ambiência no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES. Nesse estudo, foram priorizados os componentes expressos na forma da atenção dispensada ao usuário e da interação estabelecida entre profissionais e usuários, o que de acordo com o Ministério da Saúde (2006), constituem os aspectos afetivos expressos nas relações sociais, muito importantes, na composição da ambiência.

Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, enfatizou em seus escritos a importância do ambiente na constituição da saúde psíquica do ser humano, como também afirmam Franchini e Campos (2008). Dessa forma, vamos considerar seus escritos, a fim de agregar maior possibilidade de reflexão sobre o conceito de ambiência apresentado pelo Ministério da Saúde (2010).

Ambiente na teoria de Donald Woods Winnicott

Para Winnicott o ambiente tem papel fundamental no desenvolvimento da saúde do bebê, não há bebê sem um ambiente que o provê de cuidados. O ambiente pode ser danoso e levar a instabilidade, gerando doença no desenvolvimento emocional; ou pode ser facilitador, possibilitando crescimento e desenvolvimento saudável (Abram, 2000).

A teoria do processo de amadurecimento humano proposta por Winnicott tem por base a tendência inata e herdada do indivíduo em direção ao desenvolvimento. Doença significa lacuna no desenvolvimento e somente através de cuidados adequados o bebê pode caminhar em direção à saúde. O autor apresenta a importância de um ambiente que se adapte às necessidades do bebê, fundamental para um desenvolvimento emocional que promova a integração do indivíduo (Winnicott, 1983c; 1994a; 1994d; 1997).

Acentuando a influência do ambiente na constituição psíquica do sujeito, Winnicott (1983a), afirma que um bebê não existe sem sua mãe, pois é através, do que ele denominou de *preocupação materna primária* que a mãe pode prover adequadamente seu bebê dos cuidados necessários. A *preocupação materna primária* define-se para Winnicott (2000c), como um estado psicológico especial da mãe, em que ela é capaz de se identificar consciente e inconscientemente com as necessidades do bebê. Este estado caracteriza-se como uma fase de sensibilidade exacerbada em que a mãe adapta-se às necessidades do bebê em seus primeiros momentos de vida. Quando a mãe alcança esse estado existe o que Winnicott (2000c), chama de *ambiente suficientemente bom* que possibilita ao bebê caminhar plenamente em seu desenvolvimento, alcançando satisfações e lidando adequadamente com as reações ambientais, que não se mostram intrusivas, mas adequadas a sua capacidade em cada etapa do seu desenvolvimento.

Para Winnicott o bebê inicialmente é totalmente dependente dos cuidados da mãe, aos poucos, com a provisão ambiental adequada o bebê consegue evoluir no processo maturacional, passando por um momento de dependência relativa até alcançar o estágio de independência (Winnicott, 1983d; Dias, 2003; Avellar, 2004).

Mas, se essa provisão ambiental não for oferecida ao bebê nesses estágios iniciais, ele não pode se constituir enquanto pessoa, não conquista sua integração (Winnicott, 2000c). Para Abram (2000), aqui está um aspecto fundamental da teoria winnicottiana, a etiologia da psicose reside na estrutura ambiente-indivíduo. A falha ambiental pode trazer consequências devastadoras para a saúde mental do bebê:

No desenvolvimento inicial do ser humano o ambiente que age de modo suficientemente bom *permite que o crescimento pessoal tenha lugar*. Os processos do eu podem nesse caso permanecer ativos, numa linha ininterrupta de crescimento vivo. Se o ambiente não se comporta de modo suficientemente bom, o indivíduo passa a reagir à intrusão, e os processos do eu são interrompidos (Winnicott, 2000b, p. 389, grifo do autor).

Para Winnicott (1994d), o *fear of breakdown* decorre de falhas na provisão ambiental do bebê, que podem levar a quadros de: esquizofrenia infantil ou autismo; esquizofrenia latente; falsa autodefesa; e personalidade esquizóide (Winnicott, 1983b). Winnicott (2000a, p. 165), afirma:

A meu ver existem certos tipos de ansiedade no início da infância que podem ser evitados pelo cuidado suficientemente bom, e é possível estudá-los com bastante proveito. A meu ver, os estados que é possível prevenir com um bom cuidado do bebê são aqueles que, quando encontrados num adulto, seriam naturalmente agrupados sob o termo loucura.

Winnicott, portanto, estabelece em seu trabalho a importância do ambiente na condução do tratamento do paciente, principalmente o paciente psicótico.

Para Winnicott, no trabalho analítico, é fundamental proporcionar ao paciente reviver a situação da falha em um ambiente que possa prover adequadamente suas necessidades, de modo que ele possa retomar o processo de desenvolvimento em seu próprio ritmo. Para Winnicott (2000b), é importante, em um trabalho terapêutico, tanto a técnica utilizada pelo profissional, quanto o ambiente em que ocorre. Winnicott (2000b, p. 383-384) afirma claramente:

A doença psicótica está relacionada a uma falha ambiental num estágio primitivo do desenvolvimento emocional. [...] O paciente e o contexto amalgamam-se para criar a situação bem-sucedida original do narcisismo primário. [...] Nesta medida, a doença psicótica pode ser tratada apenas pelo fornecimento de um ambiente especializado acoplado à regressão do paciente.

Para Winnicott (1983b), o ambiente deve fornecer cuidado e manejo adequados para que o bebê caminhe em direção à integração, personalização e estabeleça relações de objetos. O *holding* (sustentação), o *handling* (manipulação) e a *apresentação de objeto* proveem condições para que o indivíduo se desenvolva.

Ao fornecer os cuidados iniciais de alimentação e higiene a mãe segura (*holding*) de maneira confiável e manipula (*handling*) o corpo de seu bebê possibilitando a ele ser em totalidade, nesse ambiente em que é significado e sustentado o indivíduo se personaliza.

A *apresentação de objeto* por sua vez, proporciona a apresentação do mundo ao bebê de uma forma adequada em que gradativamente ele possa lidar com os elementos do contexto em que está inserido, o bebê se movimenta e vai ao encontro de um objeto que inicialmente é ele mesmo quem cria, e se, o ambiente pode criar essa ilusão no bebê, de que o que ele necessita estará a sua disposição, então ele pode se desenvolver de modo saudável, relacionando-se com os objetos do mundo que o cerca, constituindo as separações eu/ não-eu (Winnicott, 1983b; Avellar, 2004).

Partindo desta perspectiva teórica, um ambiente terapêutico pode possibilitar que a falha que se processou no início do desenvolvimento do indivíduo seja revivida e ressignificada. Desse modo, a descrição e a discussão a seguir possibilitam refletir sobre a ambiência na atenção psicossocial infanto-juvenil, utilizando-se da teoria de Winnicott, a fim de que possamos compreender como diferentes elementos do ambiente de um serviço de saúde podem facilitar o trabalho terapêutico com crianças e adolescentes.

Método

Esta pesquisa de caráter clínico-qualitativa, foi realizada no único CAPSi⁷ do estado do Espírito Santo, localizado na capital, Vitória. De acordo com Turato (2003), o método de pesquisa clínico-qualitativa é uma particularização e um refinamento do método qualitativo que guarda especificidades de vertentes clínico-psicológicas, sendo adequado para descrever e compreender fenômenos constituídos nos *settings* de saúde. Nesta pesquisa, pretendemos apresentar elementos da ambiência de um serviço de saúde mental para crianças e adolescentes.

⁷O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) da cidade de Vitória é o único serviço do tipo no estado do Espírito Santo, inaugurado em setembro de 2007 está vinculado a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória e funciona em uma casa alugada. O CAPSi é um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, dessa forma, constitui-se como um ambulatório diário para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, configurando o seu atendimento nos moldes do local em que está inserido. A equipe do CAPSi é composta por profissionais de níveis superior, médio e técnico. Na época da pesquisa o serviço contava com (4) psicólogos, (1) médico pediatra, (2) assistentes sociais; (2) arteterapeutas, (2) terapeutas ocupacionais, (1) musicoterapeuta, (2) enfermeiros, (4) técnicos de enfermagem, (1) educador físico, (2) assistentes administrativos, (4) vigilantes patrimoniais e (2) auxiliares de serviços gerais. O horário de funcionamento era de 07h00min as 19h00min.

Procedimento de coleta de dados

Como procedimento de coleta de dados utilizou-se a técnica da observação participante, que consiste na presença de um observador em contato direto com o fenômeno observado, a fim de colher dados do contexto, na realidade em que ocorre para a realização de uma investigação científica (Minayo, 1994). Sato e Souza (2001), Caprara e Landim (2008), indicam que este tipo de abordagem tem se mostrado caro no âmbito dos estudos psicológicos, os autores destacam a flexibilidade deste método de coleta de dados, pois permite o acesso a informações que não seriam possíveis por outros meios.

Para Minayo (1994), a observação participante permite ao pesquisador entrar em contato direto com a realidade a qual deseja conhecer, em que as informações são obtidas no próprio contexto em que ocorrem, tendo em vista que não podem ser apreendidas simplesmente por meio de falas ou da escrita, permitindo uma compreensão mais global da situação estudada. Minayo (1994, p.59-60) ainda salienta que:

A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

Como indica Becker (1997), o observador participante além de observar as situações no contexto em que ocorrem, estabelece conversações com os participantes destas situações, descobrindo as interpretações sobre os acontecimentos observados. O autor pontua a possibilidade de a observação participante produzir grande quantidade de descrições detalhadas, a respeito do fenômeno investigado. Gaskell (2002), evidencia que a “conversação continuada”, que se estabelece no método da observação participante, tem por objetivo “[...] absorver o conhecimento local e a cultura por um período de tempo mais longo do que em fazer perguntas dentro de um período relativamente limitado” (Gaskell, 2002, p. 64).

Os resultados apresentados e discutidos neste estudo levam em consideração os sentidos dados pelos participantes nas conversas estabelecidas durante as observações, o que possibilitou descrição mais detalhada do fenômeno investigado. As observações seguiram um roteiro abrangendo aspectos do conceito de ambiência apresentado pelo Ministério da Saúde (2006, 2010), neste estudo foram considerados os componentes expressos nas formas: da atenção dispensada aos pacientes; das atividades oferecidas para os usuários e da interação entre os usuários e profissionais.

As visitas foram diárias com duração de aproximadamente duas horas, intercaladas entre: um dia na parte da manhã e um dia na parte da tarde, isso porque se verificou que a rotina era diferente em função dos pacientes e da equipe que se distinguia por dias e turnos, desse modo, pretendeu-se observar diversos contextos da ambiência do CAPSi. Foi utilizado o critério de saturação das informações, de modo que ao final de três meses verificou-se um grau de repetição nas observações, indicando que os dados coletados mostravam-se suficientes para os propósitos da pesquisa. Assim, foram 143 horas de observação, de março a junho de 2011.

Todas as observações realizadas na instituição foram registradas, gerando diário de campo, elemento essencial do pesquisador, quando se utiliza de observação participante. O registro das informações foi feito logo após as observações realizadas, no próprio CAPSi, em locais onde não havia atividades.

Procedimento de análise de dados

Utilizou-se, para a análise de dados, uma particularização e refinamento da técnica de Análise de Conteúdo, como propõe Turato (2003), visando às características do Método Clínico-Qualitativo.

Em um primeiro momento, Turato (2003), afirma que se deve organizar as informações coletadas. Em nosso caso, à medida que a pesquisa se realizava nosso material se configurava, uma vez que a cada dia, logo após a observação, no próprio CAPSi, o registro das observações era realizado. Assim, no último dia de coleta de dados o diário de campo estava constituído, em sua íntegra, de forma organizada. No segundo momento, realizou-se a leitura flutuante do diário de campo, a fim de o pesquisador se familiarizar com os dados coletados como um todo. No terceiro momento, organizou-se o material coletado, selecionando dos dados originais os elementos mais relevantes para responder aos objetivos do estudo. Finalizando, realizou-se a redação do trabalho com descrições do fenômeno investigado, de acordo com os dados coletados, e sua interpretação, o que acrescentou à descrição elementos teóricos que possibilitaram maior reflexão sobre o material organizado.

Como afirma Avellar (2009, p. 16), a seleção do material de pesquisa impõe:

[...] uma certa descontinuidade, certos recortes e espaços vazios que, certamente, possuem seus significados, pelos quais, muitas vezes, passa-se por cima, a fim de realizar uma redução dos elementos apresentados. Em alguns casos, há perdas difíceis de serem reparadas. É um risco que se corre.

D'Allones (2004), baseando-se em Levi Strauss afirma que em muitos casos não se trata de perda do material coletado, mas da construção do objeto de estudo de modo mais compreensivo. Recorrendo à bricolagem, D'Allones (2004), cita Levi Strauss para quem o termo está desprovido de qualquer conotação pejorativa, uma vez que um problema pode ter várias soluções. A bricolagem, desse modo, apresenta a possibilidade de se reunir diferentes recortes sem rigidez alguma, produzindo um novo objeto de forma livre.

Nesta pesquisa, correu-se o risco de selecionar diante de uma grande quantidade de anotações, as que possibilitariam, ante a leitura do pesquisador, a compreensão da ambiência em um CAPSi. Apresenta-se assim, pela configuração de uma bricolagem, o que se pensou, se refletiu e se viveu em uma experiência de pesquisa que articula a interação pesquisador-pesquisados.

Para a interpretação dos dados, utilizou-se o referencial da teoria de Donald Woods Winnicott, pois para este autor, como apresentamos anteriormente, o ambiente tem papel fundamental na saúde psíquica da pessoa. Espera-se assim, entender fenômenos que podem estar para além daqueles objetivamente percebidos, proposição da análise qualitativa de dados que, como acentua Minayo (2004), deve ultrapassar a mera descrição dos fenômenos investigados, objetivando atingir uma interpretação mais profunda dos dados estudados.

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória-ES, à diretora e à equipe do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES, com a finalidade de informar-lhes acerca dos objetivos da pesquisa e de obter o consentimento para a sua realização. Foi informado ainda que os resultados obtidos seriam apresentados em congressos e artigos científicos sendo resguardada a confiabilidade dos mesmos. Esclareceu-se que não haveria divulgação de dados que pudessem identificar os usuários envolvidos no estudo (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96). Uma vez que cumpria todas as exigências, obtivemos o consentimento para sua realização. A presente pesquisa obteve aprovação (n.º 226/10) no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

Resultados e Discussão

Considerando os componentes expressos na forma da atenção dispensada aos usuários e da interação entre profissionais e usuários, aspectos do conceito de ambiência

apresentados pelo Ministério da Saúde (2006), e ainda com base na teoria de Winnicott, para quem o ambiente facilita o desenvolvimento psíquico da pessoa, seguem os resultados e as discussões, que possibilitam refletir sobre os diferentes aspectos que podem compor a ambiência em um serviço de saúde mental para crianças e adolescentes, que serão apresentados pelos seguintes temas: a chegada das crianças e dos adolescentes ao CAPSi, em que se reflete sobre a atenção dos profissionais aos usuários na chegada ao serviço; a rotina das crianças e dos adolescentes no CAPSi, em que se discute como os profissionais interagem entre si e como tal interação reflete na atenção aos usuários; e por fim, as atividades desenvolvidas pelos profissionais e pacientes no CAPSi, visa discutir sobre as interações entre profissionais e pacientes nas atividades desenvolvidas no serviço.

A chegada das crianças e dos adolescentes ao CAPSi

A recepção a quem chega é feita pelo vigilante patrimonial, que permanece no portão ou próximo a ele. Algumas crianças e adolescentes apresentam bastante proximidade com o vigilante, o que muitas vezes mostra-se importante para a efetiva entrada no serviço, pois, por meio da conversa estabelecida no portão, podem demonstrar seu interesse em entrar.

Após a chegada, as crianças e os adolescentes podem ficar na recepção aguardando serem convidados a participar de atividades, como oficinas e atendimentos individuais. Enquanto aguardam, utilizam os brinquedos disponíveis na recepção. Ou, eles mesmos entram pelo serviço, procurando alguém para conversar, brincar e algo para fazer. Essa liberdade de utilização do ambiente do CAPSi possibilita encontros ocasionais com outros pacientes e profissionais.

Como evidencia Souza (2003), a nova organização dos serviços de saúde mental contrapõe-se aos grandes hospitais psiquiátricos, o que provoca mudanças na relação entre usuários e profissionais na instituição. Para o autor, os espaços informais da instituição, lugar em que nenhuma atividade programada acontece, por exemplo, na sala de espera e no portão, podem trazer ricas possibilidades de intervenção.

No CAPS investigado por Souza (2003), a reflexão sobre a intervenção nos espaços informais do serviço, levou a equipe à prática da atividade que denominaram de Ambiência, ou seja, os profissionais se organizavam para estar nesses espaços informais, o que permitia conhecer melhor o usuário do serviço e ainda oferecer uma presença

constante e frequente aos usuários na instituição, possibilitando uma relação de confiança em momentos de imprevistos.

No CAPSi, investigado neste trabalho, não se observou uma sistematização dos profissionais em circular pelos ambientes do serviço, mas verificou-se que alguns profissionais, em função de sua compreensão de clínica, circulavam pelos diferentes ambientes do CAPSi, possibilitando presença, escuta e acolhimento aos pacientes nos momentos em que nenhuma atividade programada acontecia.

Em Winnicott, como afirma Dias (1999), a característica central do ambiente facilitador do amadurecimento humano é aquela que possibilita experienciar confiabilidade, pois haverá alguém que cuidará para que o ambiente se mantenha regular, monótono, ou seja, previsível. Como esclarece a autora (Dias, 1999, p. 294): “O bebê só pode retirar-se para descansar porque começa a confiar, pela repetição da experiência, que o mundo continua vivo e permanece lá assim que ele precisar”.

Observou-se que a circulação de profissionais nos espaços de um serviço de saúde mental infanto-juvenil pode ser enriquecedora para o trabalho terapêutico, pois pode possibilitar conhecer melhor o paciente, criar vínculos e ainda permite às crianças e aos adolescentes experienciar confiança em um ambiente que pode acolher necessidades inesperadas, pela presença constante de alguém que poderá cuidar do ambiente.

O Ministério da Saúde (2006), afirma, na definição de ambiência, que o componente afetivo expresso no acolhimento e na atenção dispensados aos usuários em um serviço de saúde são fundamentais na constituição da ambiência. Dessa forma, verificou-se neste estudo que a afetividade nas relações entre usuários e profissionais pode ser expressa por meio de uma figura constante e presente, pois pode facilitar aos pacientes experienciar uma situação de previsibilidade no ambiente, e ainda, pode facilitar comunicações que em um momento de grupo ou oficina, talvez não surjam. Muitas vezes, os pacientes comunicavam suas experiências no portão ou com os materiais oferecidos na sala de espera, o que se mostravam boas oportunidades para intervenção.

A rotina das crianças e dos adolescentes no CAPSi

Dentro do serviço do CAPSi, as crianças e os adolescentes são atendidos por diferentes profissionais, dependendo do dia de atendimento, do turno ou do que a equipe

entende como adequado para seu tratamento de acordo com o Plano Terapêutico Singular⁸. Observamos que, de forma geral, os profissionais que constituíam a equipe do turno da manhã priorizavam a privacidade nos atendimentos e o uso de espaços específicos de forma individual, enquanto os profissionais que constituíam o turno da tarde valorizavam mais os atendimentos em grupo e com vários profissionais atuando em conjunto.

As diferenças que se colocam, nas intervenções das equipes dos turnos do CAPSi, apresentam o desafio da interação entre diferentes profissionais, o que, de acordo com o Ministério da Saúde (2006, 2010), influencia a ambiência nos serviços de saúde. Em alguns momentos, observaram-se dificuldades de articulação das intervenções, principalmente tendo em vista as diferentes formações dos profissionais, que os levava a priorizar distintos aspectos do trabalho terapêutico.

Verificou-se que as diversas condutas teórico-técnicas utilizadas pelos profissionais podem interferir na ambiência oferecida em um serviço de saúde mental, pois, as ações se dirigem para focos distintos em função da formação e da abordagem de cada profissional. Como apresenta Maalouf (1998), a heterogeneidade da equipe de trabalho, em relação às abordagens teóricas e técnicas, em períodos difíceis de relacionamento, produzem discordâncias entre profissionais, resultando em “[...] um ‘corpo’ técnico-teórico despedaçado, refletindo o que se encontra na psicose” (Maalouf, 1998, p. 4).

Como afirma Winnicott (1983b), a integração do ego de um ser humano só acontece sob condições ambientais favoráveis, e quando o ambiente não satisfaz adequadamente às necessidades do bebê, a psicose pode se configurar como uma reação a um ambiente que falhou em facilitar o amadurecimento humano.

Partindo dessa perspectiva teórica, as diferenças que se colocam na intervenção das equipes dos turnos do CAPSi, uma privilegiando ações mais individuais e outra valorizando mais as intervenções em conjunto, poderiam facilitar a compreensão da complexidade do sofrimento psíquico, tendo em vista a integração dos diferentes saberes e práticas em um corpo teórico-técnico unitário. No entanto, tal diferença é motivo de conflitos internos, tendo em vista os entendimentos de clínica que cada profissional apresenta o que pode produzir uma organização da equipe de modo partido, cindido, não integrado.

⁸ O Plano Terapêutico Singular (PTS) refere-se às atividades desenvolvidas regularmente por cada usuário do serviço do CAPSi.

Assim, o que poderia ser usado a favor do tratamento: diferentes espaços e intervenções compondo um todo ampliado de atendimento às necessidades dos usuários mostra-se, em muitos momentos, um desafio. Os espaços, muitas vezes, não se delineiam a partir das necessidades dos pacientes, mas em função da organização dos profissionais, que parecem não usar suas diferentes habilidades para diversificar as intervenções destinadas aos pacientes.

Observou-se ainda, no que diz respeito à rotina do CAPSi, que muitas crianças e adolescentes pareciam procurar o serviço para poderem se alimentar. Quando as crianças chegavam ao CAPSi para atividades em grupo elas recebiam lanche, que em geral, no período da manhã, marcava o início do trabalho dos profissionais, normalmente, nesse momento, os profissionais saudavam os usuários e ofereciam as atividades. No período da tarde, o lanche marcava, de modo geral, a finalização do trabalho.

Percebe-se que no CAPSi, o lanche, sinaliza uma rotina para os pacientes. Para Winnicott (1994a), precisamos estar atentos a comunicação que acompanha o processo de alimentação, a necessidade de ser alimentado precisa ser compreendida por uma mãe que possa prover o bebê. O comportamento adaptativo da mãe torna possível ao bebê encontrar no ambiente o que é necessário e esperado. Esperar, por exemplo, o movimento do bebê em direção ao seio, mostra-se importante, pois possibilita ao bebê encontrar o objeto de sua necessidade no ambiente.

Schlichting e col. (2007), com o objetivo de estudar e discutir a experiência do almoço como momento terapêutico em um Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição, afirmam que a preparação de um ambiente de almoço adequado, para mulheres alcoolistas, fez emergir temas de trabalho no grupo: “O *setting* do almoço trouxe à tona necessidades sentidas pelas mulheres que manifestaram emoções de forma quase pueril” (Schlichting e col., 2007, p. 387, grifo do autor).

Assim, os autores afirmam que, o profissional ao preparar o local e organizar o ritual alimentar do grupo, levando em consideração as especificidades dos sujeitos que o compõe, se dispõe ao cuidado integral àquele grupo, disposição fundamental, para a formação do vínculo entre profissional e cliente.

No caso do CAPSi, o fato de o lanche ser servido em um determinado horário, pré-fixado, e com uma alimentação padronizada, pode dificultar em muitos casos, a disponibilidade do profissional em atender necessidades particulares de cada paciente, pois

se pressupõem de antemão necessidades de uma coletividade, e a comunicação que poderia surgir no momento da alimentação, por meio de um ambiente adequado às necessidades específicas de cada criança e adolescente, pode se perder pela uniformidade da organização do momento do lanche.

É importante, desse modo, como coloca o Ministério da Saúde (2006, 2010), a atenção dispensada aos usuários, por exemplo, estar atento aos espaços utilizados pelos pacientes de modo geral, pois como relatado no momento do lanche, grandes possibilidades de intervenção se colocavam, uma vez que a nutrição não necessariamente se materializa no alimento, mas também em uma ambiência que fornece as condições de atenção, escuta e acolhimento adequados para atender as necessidades de cada sujeito de modo particular.

As atividades desenvolvidas pelos profissionais e pacientes no CAPSi

Às crianças e aos adolescentes são oferecidas diferentes atividades, como: atendimento individual, em grupos e oficinas. Em alguns momentos ainda, são disponibilizados materiais como papel, lápis, tinta, bola, fantoches, instrumentos musicais, brinquedos e fantasias.

De acordo com Khan (1984), é importante estar atento ao *setting* oferecido ao paciente, que se caracteriza pela ambiência física proporcionada pelo analista, sendo a configuração adequada às necessidades do paciente, como a mobília, a luz, a sala, e a sua presença, pois pode possibilitar a emergência de necessidades que em um momento anterior do desenvolvimento não foram satisfeitas.

Pensando no paradigma da mãe que cuida do seu bebê, os elementos que configuram a ambiência podem facilitar o estabelecimento das primeiras relações objetais, uma vez que o bebê pode começar a se relacionar com o mundo externo através da apresentação de objetos. Como esclarece Winnicott (1983b, p. 60),

O padrão é o seguinte: o bebê desenvolve a expectativa vaga que se origina em uma necessidade não-formulada. A mãe, em se adaptando, apresenta um objeto ou uma manipulação que satisfaz as necessidades do bebê, de modo que o bebê começa a necessitar exatamente o que a mãe apresenta. Deste modo o bebê começa a se sentir confiante em ser capaz de criar objetos e criar o mundo real.

Dessa maneira, as atividades e os materiais fornecidos no ambiente do CAPSi, podem possibilitar às crianças e aos adolescentes encontrar objetos de necessidade. Assim, é importante que os profissionais estejam atentos ao que é disponibilizado aos pacientes, pois, na perspectiva de Winnicott (1983b), se é fornecido ao bebê o objeto necessitado, no lugar em que ele esperava algo, o bebê pode criar o que estava ali para ser encontrado.

Como esclarece Safra (1995, p. 121), “A apresentação de objetos é a função que ajuda o bebê a relacionar-se com os objetos. Falhas nessa função bloqueiam a capacidade da criança de sentir-se real e de relacionar-se com um mundo concreto de objetos e fenômenos”.

Portanto, observar a necessidade do paciente e os materiais com que ele faz vínculo e consegue expressar-se, mostra-se fundamental para comunicações significativas. Em certa ocasião, por exemplo, uma criança que normalmente não gostava de conversar e apresentava comportamento bastante desafiador, engajou-se em uma atividade com instrumentos musicais.

Entretanto, alguns profissionais o retiraram dessa atividade para realizarem um jogo da memória com o nome dos pacientes. O jogo da memória, naquele momento, trouxe um caos para os atendimentos, pois os usuários não se engajaram e pareceu atender a uma necessidade dos profissionais por fazer alguma intervenção e esta, marcadamente associada à educação e aos ensinamentos formais.

Com esse episódio pode-se destacar a importância de se atentar aos materiais oferecidos aos pacientes, em um serviço de saúde mental, pois podem possibilitar às crianças e aos adolescentes o encontro de objetos que satisfaçam suas necessidades, contemplando o ato de criar a realidade.

Mais uma vez, destaca-se a importância apresentada pelo Ministério da saúde (2006, 2010), da atenção dispensada ao usuário, pois apenas dessa forma, podem-se perceber os objetos com que os pacientes fazem vínculo, a fim de se oferecer um ambiente adequado às necessidades dos pacientes.

Avellar (2004), afirma que muitas vezes, em atividades lúdicas, pode-se promover um *setting* adequado às necessidades de crianças e adolescentes. Uma vez que esses pacientes apresentam uma forma peculiar de comunicar seu sofrimento psíquico, a intervenção verbal nem sempre é o instrumento mais eficaz. Para a autora, o trabalho com crianças requer do analista uma disponibilidade lúdica, permitindo que o material do paciente surja de forma espontânea, baseado na relação de confiança que se estabelece em função dos cuidados oferecidos pelo analista e dos objetos disponíveis no ambiente.

Ainda, no conjunto de atividades oferecidas às crianças e aos adolescentes, apresentam-se as oficinas que podem ser: de culinária, de artes, de histórias, de criatividade, além de grupos de expressão e grupos com adolescentes. Alguns profissionais

tentam definir as atividades dos grupos e oficinas, dizendo que “não são sem direção”, mas que apresentam especificidades de tarefas de acordo com o grupo que se forma. Segundo os profissionais, em algumas oficinas não há nada estruturado previamente, mas afirmam: “as crianças e os adolescentes fazem alguma coisa”.

Atender a demanda dos pacientes a cada dia de trabalho, levando em consideração as especificidades de cada sujeito que compõe o grupo, mostra-se um trabalho que valoriza a individualidade da pessoa. Porém, a falta de regras de funcionamento das oficinas pode prejudicar o engajamento de alguns usuários, uma vez que, de acordo com Maalouf (1998), normas e regras podem funcionar como organizadores que estabelecem limites aos pacientes, possibilitando o estabelecimento de um enquadre mínimo para a atividade realizada e seus participantes.

Como apresenta Maalouf (1998), as oficinas devem oferecer a possibilidade de criação de vínculo, intervenção, escuta, acolhimento e cuidado. Os recursos utilizados nas oficinas têm por objetivo construir uma ambiência entre os profissionais e as crianças, através da sustentação, do *holding*.

Para Winnicott (1983a), o *holding* consiste não apenas o segurar físico de um bebê, mas toda a provisão ambiental oferecida a ele, que possibilita experiências totais de começo, meio e fim. Assim, as oficinas podem oferecer um contorno, uma sensação de ser sustentado em um ambiente seguro, o que para Winnicott (1983a), possibilita ao bebê desenvolver-se com a confiança de que o ambiente irá prover suas necessidades.

As oficinas possibilitam não apenas o *holding*, sustentação de experiências, mas também manejo (*handling*), através de uma adaptação ambiental adequada às necessidades do paciente. Winnicott (1994c), salienta a importância de que, quem fornece os cuidados ao bebê atente-se tanto aos aspectos físicos, manejando o corpo do bebê, quanto aos aspectos psíquicos, lidando com as necessidades do bebê como pessoa. Estar confiavelmente à disposição, na hora certa, ou ainda preocupar-se em manter o espaço físico com temperatura adequada, implica em uma comunicação que pode atender às necessidades básicas da pessoa de quem se cuida.

A sustentação (*holding*) e o manejo (*handling*) possibilitam não apenas uma ambiência adequada às necessidades do paciente em seus aspectos físicos e psíquicos, mas também possibilitam a integração. A falta desses cuidados primários no desenvolvimento de um bebê leva a uma organização defensiva, o que está relacionado a um meio ambiente

facilitador deficiente, o que para Winnicott (1994d) ocorre na doença psicótica. Como afirma Winnicott (2000a, p. 166):

Através do cuidado suficientemente bom, através das técnicas, da sustentação e do manejo geral, a casca passa a ser gradualmente conquistada, e o cerne (que até então nos dava a impressão de ser um bebê humano) pode começar a tornar-se um indivíduo.

Assim, nas oficinas, preparar a ambiência relaciona-se a oferecer um ambiente físico adequado à atividade proposta, de modo que se possibilite sustentação em um tempo e espaço, organizados com a presença de uma pessoa disponível para comunicar-se com os pacientes, de maneira que os cuidados iniciais, que foram deficientes, possam ser oferecidos de forma adequada, permitindo um desenvolver-se sobre bases saudáveis.

Contudo, observou-se que em algumas oficinas o caos, a agitação motora, a agressividade e a falta de limites dificultavam as atuações dos profissionais, atrapalhando o estabelecimento de manejo e *holding* adequados, o que reduzia as intervenções ao disciplinamento e à ordem.

Certa vez, tendo em vista a agitação das crianças, os profissionais mencionaram que iriam ver qual a lua do dia. Tal fato também foi mencionado por Maalouf (1998, p.84):

Quando dizíamos, nos dias em que as crianças estavam muito agitadas: ‘as bruxas estão soltas’, ‘hoje é dia de lua cheia’, na realidade não era isto que se processava, é claro, mas eram os momentos de caos e de fragmentação da equipe que se refletiam no trabalho e vice versa. A contratransferência psicótica fisgava a equipe ou parte dela e as capacidades de pensar, de ser terapeuta, cuidar, sustentar ficavam perdidas. A não-integração das crianças propiciava momentos muito fragmentados, o que desorganizava os profissionais. Operávamos ainda com um referencial causalista, determinista, explicativo, quando muitas vezes não havia uma ou várias causas para a situação caótica ou aflitiva, se não o próprio momento de vida e de existência que as crianças viviam.

Como coloca Maalouf (1998), muitas vezes os profissionais são “engolidos” pela desorganização dos pacientes, pela fragmentação que a psicose apresenta, incapacitando-os de pensar e intervir.

As intervenções em saúde mental para crianças e adolescentes, mostram-se desafiadoras e difíceis, seja pela falta de parâmetros na atenção psicossocial, ou pela complexidade no lidar com a loucura, que muitas vezes, como assinala Winnicott (2000d), captura o ambiente.

Uma intervenção adequada pode ocorrer através da presença e disponibilidade de escuta do profissional. Certa vez, um profissional conversou com um adolescente, falando que achava que ele deveria falar de si, de sua casa, seus problemas, pois ele frequentava muito o CAPSi, mas passava por ali e ia embora. O profissional esclareceu ao adolescente que o espaço do serviço deveria servir para ajudá-lo de alguma forma e disse que estaria a

disposição para ouvi-lo. O adolescente saiu por alguns minutos do serviço, depois voltou e solicitou a conversa com o profissional.

Neste caso, observa-se que o profissional fez um movimento no sentido de acolher e escutar a comunicação do paciente, e após sinalizar sua disponibilidade e sua presença, aguardou o movimento do adolescente. Como no Jogo do Rabisco, apresentado por Winnicott (1984), é preciso criar meios de se conseguir entrar em contato com o paciente. No Jogo do Rabisco o analista faz um rabisco e espera que a criança se movimente no sentido de construir algo com aquele rabisco, a fim de comunicar elementos de sua experiência. Para isso, a disponibilidade do analista é fundamental, pois faz um gesto e aguarda o gesto do paciente, esperando que o material comunicado possa ser utilizado no trabalho terapêutico.

Para alguns pacientes, os cuidados oferecidos pelo profissional como a provisão e a manutenção do *setting* são mais importantes do que o trabalho interpretativo, nesses casos, o ambiente terapêutico deve possibilitar a regressão a necessidades que não foram satisfeitas no início de seu desenvolvimento, para que agora sejam providas e significadas (Winnicott, 1994b). Assim, é preciso estar atento ao *setting* que se traduz nos cuidados de preparação das atividades no CAPSi, pois podem facilitar o estabelecimento de comunicação.

Crianças e adolescentes com transtornos mentais graves ainda estão historicamente associados a padrões de intervenção da assistência social e da educação, o que pressupõem tutela e disciplina. Entretanto, os novos serviços de saúde mental colocam em questionamento tais intervenções, exigindo novas formas de atuação.

A ambiência, como tema deste trabalho, apresenta a possibilidade de se pensar nas intervenções constituídas nesses novos espaços de atenção à saúde mental, evidenciando que a organização do ambiente do serviço de saúde, pode apresentar elementos facilitadores ao trabalho terapêutico, como: a presença constante e frequente de alguém que poderá cuidar do ambiente acolhendo necessidades inesperadas; a interação entre os profissionais, uma vez que as intervenções podem se delinear em função da organização dos diferentes conhecimentos dos profissionais; a atenção aos espaços utilizados pelos pacientes, a fim de se constituir um *setting* adequado às necessidades dos usuários, em que experiências significativas possam ser comunicadas.

Ainda, mostrou-se importante observar as atividades e os materiais fornecidos no ambiente do CAPSi e os materiais com que os pacientes fazem vínculo, pois podem possibilitar às crianças e aos adolescentes encontrar objetos de necessidade, fundamentais para a expressão de comunicações significativas que por outras vias seriam de difícil expressão.

Neste estudo, observou-se que a ambiência na atenção psicossocial infanto-juvenil não se constitui apenas pelo ambiente físico adequado à atividade proposta aos usuários, mas também se compõe na sustentação fornecida pelo profissional à atividade, em um tempo e espaço, e no manejo fornecido através de uma adaptação ambiental adequada às necessidades dos pacientes.

Considerações Finais

O Ministério da Saúde ao instituir a ambiência como um dos aspectos da política de humanização do SUS apresenta a importância de se considerar o ambiente como promotor de saúde. Na área da saúde mental, nos novos serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico, a ambiência destaca os espaços do serviço como facilitadores do processo terapêutico, uma vez que o ambiente pode influenciar a construção das ações de cuidado.

Nessa perspectiva, a teoria de Donald Woods Winnicott pode facilitar a compreensão da função do ambiente no desenvolvimento psíquico da pessoa, possibilitando a discussão sobre elementos que constituem uma ambiência apropriada em um trabalho terapêutico. A presença, a atenção aos objetos disponíveis nos espaços, a sustentação e o manejo das atividades, por exemplo, são aspectos importantes na constituição da ambiência na atenção psicossocial.

O CAPSi, como um novo serviço de saúde mental, permite a circulação de modo mais livre dos usuários pelos espaços do serviço, o que apresenta novas possibilidades de interação entre usuários e profissionais. A liberdade na utilização dos espaços pode trazer ao paciente e seus familiares, maior confiança de que as suas necessidades serão atendidas, uma vez que o acesso facilitado a diferentes elementos do ambiente podem possibilitar a compreensão da significação que o sujeito faz de si mesmo e do mundo, promovendo a comunicação de estados psíquicos por meio da utilização de objetos do ambiente, que de outro modo seriam de difícil articulação.

Além disso, considerando as interações constituídas entre profissionais e pacientes, uma presença constante dos profissionais nos espaços do serviço, com disponibilidade de

escuta, mostra-se importante para pacientes com quadros psicóticos, pois traz a possibilidade de experimentarem um ambiente previsível e confiável, em que há alguém para cuidar do ambiente, mesmo nos imprevistos, diferente daquele ambiente que falhou no provimento das necessidades iniciais.

Constatou-se ainda, que a ambiência em um serviço de saúde pode ser influenciada pelos diferentes profissionais que a estruturam e pela interação que estabelecem, tendo em vista seus diferentes objetos de estudo e intervenção. Assim, uma equipe formada por vários profissionais deve priorizar um trabalho integrado, de modo que os diferentes conhecimentos possam facilitar a compreensão sobre os processos de adoecimento do ser humano, visando constituir um ambiente adequado ao processo terapêutico, dificultando a reprodução, nas relações profissionais, da fragmentação constitutiva da psicose.

As atividades desenvolvidas no CAPSi devem visar à estruturação de um ambiente seguro e confiável. Por meio do manejo, da sustentação e da apresentação de objeto, os profissionais podem fornecer uma adequada provisão ambiental, a fim de atender as necessidades das crianças e dos adolescentes. Dessa forma, as oficinas e os atendimentos individuais devem ser oferecidos pelos profissionais como possibilidade de sustentação de uma situação em que se possam comunicar experiências e vivenciar novos ambientes.

Para Winnicott, a possibilidade de intervenção está em um *setting* que permite ao paciente regredir ao momento de seu desenvolvimento em que o ambiente falhou em atender adequadamente suas necessidades, para que sejam cuidadas e possam dar possibilidade de existência com significação. Dessa forma, a teoria de D. W. Winnicott nos permite refletir sobre a constituição da ambiência na atenção psicossocial infanto-juvenil, pois torna claro que oferecer uma ambiência adequada, nos serviços de saúde, mostra-se possível quando se observa as necessidades que as crianças e os adolescentes apresentam e os materiais com que fazem vínculo e conseguem expressar-se, possibilitando a comunicação de experiências, a partir da presença e da escuta do profissional, facilitando o desenvolvimento de um trabalho terapêutico.

Referências

ABRAM, J. Ambiente. **A linguagem de Winnicott** – dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000, p. 25-38.

AVELLAR, L. Z. **Jogando na análise de crianças: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

- AVELLAR, L. Z. A pesquisa em psicologia clínica: reflexões a partir da leitura da obra de Winnicott. **Contextos Clínicos**. São Leopoldo, RS, v. 2, n. 1, p. 11-17, 2009.
- BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- COHEN, S. C. et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis saúde como estratégia de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 191-198, 2007.
- CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, 2008.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [texto na Internet]. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 16 out. 1996. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 01 jul. 2009.
- D'ALLONES, C. R. (2004). O estudo de caso: da ilustração à convicção. In: GIAMI, A; PLAZA, M. (ORGS.). **Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 69-90.
- DIAS, E. O. Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. **Natureza Humana**. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 283-322, 1999.
- DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 200-207, 2010.
- FRANCHINI, C. B.; CAMPOS, E. M. P. O papel de espelho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 619-627, 2008.
- GAIOSO, V. P.; MISHIMA, S. M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 617-625, 2007.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Trad. Pedrinho Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 64-89.
- KHAN, M. M. R. Vicissitudes do ser, do conhecer e do experimentar na situação terapêutica (1969). In: **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro, Francisco Alves Editora, 1984, p. 205-217.
- MAALOUF, J. F. **A oficina de histórias como um dispositivo clínico no atendimento de crianças psicóticas: a constituição do objeto subjetivo**. 1998. Dissertação (Mestrado em Psicologia - Psicologia Clínica) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.
- MINAYO, M. C. de S. (org.); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: a teoria do cuidado transpessoal e complexo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 215-221, 2009.

OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 781-787, 2009.

SAFRA, G. **Momentos mutativos em psicanálise.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SATO, L.; SOUZA, M. P. R. de. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 29-47, 2001.

SCHLICHTING, S.; BOOG, M. C. F.; CAMPOS, C. J. G. Almoço como momento terapêutico: uma abordagem de educação em saúde com mulheres alcoolistas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 384-390, 2007.

SCHNEIDER, J. F. et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro. **Ciencia y Enfermeria**, Concepcion, v. 15, n. 3, p. 91-100, 2009.

SOUZA, A. M. O. de. **Loucura em cena: a “ambiência” como espaço informal de tratamento em um centro de atenção psicossocial.** 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

WARSCHAUER, M.; D'URSO, L. Ambiência e formação de grupo em programas de caminhada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, suppl.2, p. 104-107, 2009.

WINNICOTT, D. W. Teoria do relacionamento paterno-infantil (1960). In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre, Artmed, 1983a. p. 38-54.

WINNICOTT, D. W. A integração do ego no desenvolvimento da criança (1962). In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre, Artmed, 1983b. p. 55-61.

WINNICOTT, D. W. Provisão para a criança na saúde e na crise (1962). In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre, Artmed, 1983c. p. 62-69.

WINNICOTT, D. W. A capacidade para estar só (1958). In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artmed, 1983d. p. 31-37.

WINNICOTT, D. W. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. W. A experiência mãe-bebê de mutualidade (1969). In: Winnicott, C., Shepherd, R., Davis, M. (Orgs.) **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994a, p. 195-202.

WINNICOTT, D. W. A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise (1964). In: Winnicott, C., Shepherd, R., Davis, M. (Orgs.) **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994b, p. 77-81.

WINNICOTT, D. W. Fisioterapia e relações humanas (1969). In: Winnicott, C., Shepherd, R., Davis, M. (Orgs.) **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994c, p. 427-432.

WINNICOTT, D. W. O medo do colapso (*Breakdown*) (1963). In: Winnicott, C., Shepherd, R., Davis, M. (Orgs.) **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994d. p. 70-76.

WINNICOTT, D. W. Introdução primária à realidade externa: os estágios iniciais (1948). In: WINNICOTT, D. W. **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artmed, 1997. p. 45-50.

WINNICOTT, D. W. Ansiedade Associada à Insegurança (1952). In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000a, p. 163-167

WINNICOTT, D. W. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico (1954). In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000b. p. 375-392.

WINNICOTT, D. W. A Preocupação Materna Primária (1956). In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000c, p. 399-405.

WINNICOTT, D. W. Psicose e cuidados maternos (1952). In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000d, p. 305-315.

4. Estudo III

Método Clínico-Qualitativo: escolha metodológica em uma pesquisa no CAPSi

Resumo: O objetivo desse estudo foi apresentar a metodologia utilizada na construção da dissertação de Mestrado intitulada: “Ambiência e Saúde Mental: um estudo no CAPSi de Vitória-ES” defendida no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. A pesquisa teve por finalidade conhecer e descrever a ambiência no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES. O Método empregado foi o Clínico-Qualitativo com a técnica de coleta de dados da Observação Participante e a técnica de Análise de Conteúdo adaptada ao Método Clínico-Qualitativo, que se mostraram relevantes à compreensão da construção da ambiência em um serviço de saúde mental infanto-juvenil. Ressalta-se também a importância do caminho percorrido na realização de uma pesquisa, a fim de que seja adequado às propostas do estudo e escolhido por identificação do pesquisador, sendo apropriado a sua forma de trabalhar, pois tais elementos influenciam na apreensão da realidade que se deseja conhecer.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental. Crianças. Adolescentes. Pesquisa Qualitativa.

Abstract: This study aimed to present the methodology used for creating the master's dissertation entitled: “Ambience and mental health: a study at CAPSi in Vitória, ES, Brazil” defended in the Postgraduate Program in Psychology at Federal University of Espírito Santo (UFES), Brazil. This study aimed at understanding and describing the ambience of health care services for children and adolescents with severe mental disorders at the Children and Youth Psychosocial Care Center (CAPSi) in the City of Vitória, ES, Brazil. The Clinical Qualitative Method employed with the participant observation technique and the

content analysis approach adapted to the Clinical Qualitative Method have shown to be appropriate to understand the ambience construction in a children-adolescent mental health service. It also highlights the importance of the path chosen to carry out a research study, which should be adequate to the study propositions and based on the researchers' identification with it. The methodology should be according researchers' way of working because it influences the understanding of that reality the study is intended for.

Keywords: Mental Health Services. Qualitative Research. Children. Adolescents.

Introdução

A construção de projetos de pesquisa, na área da atenção psicossocial infanto-juvenil, mostra-se importante para ajudar a consolidar esse campo da assistência, pois, como afirmam Mari et al. (2006), as pesquisas podem ser utilizadas como ferramentas para promover mudanças e subsidiar intervenções. No entanto, essa área de investigação científica guarda peculiaridades, as quais os pesquisadores precisam estar atentos.

Guerra (2005), assinala que a assistência pública na saúde mental está marcada pelo atravessamento da clínica. Desse modo, é preciso estar atento à articulação entre clínica e política, o que confere o caráter de complexidade aos fenômenos investigados nesse campo de pesquisa.

A autora afirma que a assistência em saúde mental para crianças e adolescentes foi uma clínica desprezada por muito tempo, pautada em um modelo ortopédico de conserto e não de inclusão, e ainda esteve vinculada à clínica com adultos, sendo agora necessário introduzir as especificidades da clínica com crianças. Destaca-se neste processo a inclusão da família; adequação da linguagem à ludicidade; articulação dos diferentes saberes: médico, psicológico, escolar;

capacitar o sujeito, criança ou adolescente, a fim de reabilitá-lo socialmente, o que não é uma tarefa fácil, principalmente na saúde pública, pois além dessas particularidades que precisam ser observadas, faz-se necessário também articular a dimensão política.

Avellar (2009), evidencia a estreita relação entre a clínica, a pesquisa e o campo social. A autora afirma que a clínica guarda especificidades, pois lida com uma realidade complexa e exige conhecimentos específicos, no entanto, não se trata de limitar essas especificidades às situações individuais, mas sim estendê-las às situações sociais. Desse modo, faz-se importante levar em consideração o contexto em que ocorrem, os grupos aos quais pertencem os sujeitos que buscam um trabalho terapêutico e ainda os fenômenos relacionais que perpassam as histórias clínicas. Em muitos momentos, a prática clínica e os fenômenos sociais a ela associados desafiam a teoria científica, produzindo a necessidade de novas pesquisas, a fim de se realizar reformulações teóricas.

Na assistência em saúde mental para crianças e adolescente, as atuações se constituem na prática diária, em que os profissionais confrontados com as diretrizes político-sociais, necessitam organizar uma clínica adequada às necessidades dos usuários. Dessa forma, a articulação entre clínica, política, social e pesquisa faz-se presente como uma realidade que confronta diferentes teorias, exigindo dos profissionais novas formas de atuação e de fazer pesquisa.

A fim de se consolidar esse recente campo de trabalho, a efetivação de diferentes e novas práticas no contexto da atuação profissional exige legitimação científica, e isso significa sistematização e organização da prática, com rigor e ética, de

forma a se refletir teoricamente sobre as atuações na atenção psicossocial infanto-juvenil. Pois, como afirma Turato (2003, p. 65):

Para se tornarem científicos, os conhecimentos devem ganhar uma ordem proposta pelo cientista, devem fazer sentido, devem passar por provas, isto é, responder a critérios que denominamos metodológicos.

Dessa forma, tendo em vista a necessidade de pesquisas na área da assistência em saúde mental para crianças e adolescentes e as especificidades dessa investigação, pretende-se, nesse estudo, apresentar a metodologia⁹ utilizada na construção da dissertação de mestrado intitulada: “Ambiência e Saúde Mental: um estudo no CAPSi de Vitória-ES” defendida no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, sob a orientação da professora doutora Luziane Zacché Avellar, que teve por objetivo conhecer e descrever a ambiência, no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES.

A ambiência caracteriza-se pelo espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que facilitam a atenção acolhedora, resolutiva e humana aos usuários nos ambientes dos serviços de saúde. A investigação da ambiência na construção do trabalho terapêutico com crianças e adolescentes na atenção psicossocial possibilita compreender como o espaço físico e as relações sociais se constituem em um serviço de saúde mental para o público infanto-juvenil. E ainda, como tais aspectos podem influenciar o trabalho terapêutico. O que abrange os aspectos sociais e clínicos do serviço, uma vez que valoriza as relações estabelecidas no tratamento e o atendimento oferecido aos usuários.

⁹Concordando com Minayo (2004, p. 22), entende-se por metodologia “[...] o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade”.

Como salienta Minayo (2004), nas pesquisas no campo da saúde, é preciso atentar-se à problemática social tanto quanto à questão da intervenção. Assim, tomando a ambiência como tema de investigação científica, verificou-se a possibilidade de se lançar um olhar sobre a complexidade das relações entre a clínica, a política e o social na atenção em saúde mental para o público infanto-juvenil, de modo a colaborar com a construção de novas discussões teórico – científicas nesse campo de pesquisa.

Entretanto, abarcar em uma pesquisa científica tal complexidade mostra-se um desafio. Deparou-se então com a primeira questão metodológica: que método utilizar a fim de se compreender a complexidade desse fenômeno, e que ainda pudesse evidenciar os aspectos clínico e social desse conceito no ambiente em que ocorre?

É preciso deixar claro que nosso interesse estava em compreender a ambiência no CAPSi, a fim de se construir um conhecimento sobre os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes. Não tínhamos como objetivo explicar a ambiência, apresentando causas e determinações da constituição desse fenômeno, tão pouco avaliar o serviço do CAPSi e as atuações profissionais, mas sim destacar elementos da ambiência que pudessem influenciar o trabalho terapêutico.

Método Clínico-Qualitativo: uma escolha para o estudo da ambiência

Turato (2003), evidencia que o Método Qualitativo é empregado quando se quer compreender uma situação claramente definida pelo pesquisador, não importando tanto a situação em si, mas os significados experimentados pelos que dela

participam. Assim, as pesquisas que têm como interesse estudar o homem em profundidade, em situação natural e de modo particularizado, podem utilizar-se dos Métodos Qualitativos, que de acordo com Minayo (2004, p. 10, grifo do autor), são aqueles:

[...] capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

No entanto, Turato (2003), constata que existem algumas propostas de investigação científica que guardam especificidades, e necessitam de compreensão não apenas da concepção dos Métodos Qualitativos, mas também de vertentes clínico-psicológicas, ao que apresenta a definição da metodologia clínico-qualitativa:

[...] é o estudo e a construção dos limites epistemológicos de certo método qualitativo particularizado em settings da Saúde, bem como abarca a discussão sobre um conjunto de técnicas e procedimentos adequados para descrever e compreender as relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos referidos neste campo (TURATO, 2003, p. 240, grifo do autor).

Dessa forma, o Método Clínico-Qualitativo mostrou-se adequado na compreensão da construção da ambiência, inclusive porque a ambiência não pode ser qualificada como um fenômeno em si, mas uma construção que se dá na relação entre usuários e profissionais em um serviço de saúde, em um *setting*.

Definido o caráter clínico-qualitativo do trabalho, precisávamos escolher uma estratégia para a apreensão dos dados da pesquisa. Turato (2003, p. 250, grifo do autor) afirma que:

[...] deve ficar claro que o ambiente natural é o local certo para a coleta dos dados (onde se encontrarão as informações realmente válidas de que se precisa), pois a configuração ambiental engloba e preserva as incontáveis características e relações da pessoa, alvo de nossos estudos. [...] No caso da pesquisa clínico-qualitativa, enquanto uma particularização e refinamento das pesquisas qualitativas genéricas,

consideramos, para fins metodológicos, que, por exemplo, um espaço físico-estrutural, cotidiano, da prestação de serviços clínico (constituindo-se nos *settings* da saúde) configura-se o **ambiente natural** das pessoas, enquanto ali envolvidas em seus processos clínicos, preventivos e/ou terapêuticos.

Dessa forma, é preciso ir a campo observar o que acontece no ambiente dos serviços de saúde para que possamos compreender os processos ali desenvolvidos e como são significados pelos sujeitos que dele participam. Assim, optamos pela Observação Participante como técnica de coleta de dados.

Observação Participante: desafios da aplicação de uma técnica

De acordo com Minayo (1994), a Observação Participante consiste na presença de um observador em contato direto com o fenômeno observado, a fim de colher dados do contexto, na realidade em que ocorre para a realização de uma investigação científica. Foi na antropologia que a Observação ganhou destaque como estratégia de captação da realidade empírica. Minayo (2004), afirma que Malinowski foi quem lançou as bases metodológicas sobre o trabalho de campo que se utiliza da Observação, para ele:

Em outras palavras, há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados através de perguntas, ou em documentos quantitativos, mas devem ser observados em sua plena realidade. Denominemo-los *os imponderáveis da vida real* (MALINOWSKI, 1980, p. 55, grifo do autor).

A Observação Participante permite ao pesquisador entrar em contato direto com a realidade a qual deseja conhecer, em que as informações são obtidas no próprio contexto em que ocorrem, tendo em vista que não podem ser adquiridas simplesmente por meio de falas ou da escrita, permitindo uma compreensão mais global da situação estudada e a apreensão dos “imponderáveis da vida real” (MINAYO, 1994).

Sato e Souza (2001), Caprara e Landim (2008) indicam que este tipo de abordagem tem se mostrado caro no âmbito dos estudos psicológicos, os autores destacam a flexibilidade deste método de coleta de dados, pois permite o acesso a informações que não seriam possíveis por outros meios.

Turato (2003) também afirma que o fato de o pesquisador entrar em contato com a realidade que deseja conhecer, possibilita a apreensão de novas relações, muitas vezes, as quais extrapolam os objetivos do trabalho inicial, mas que se mostram, *a posteriori*, fundamentais para a compreensão do objeto investigado. O autor refere-se ao trabalho de Freud que, diretamente com o paciente, pôde construir diferentes relações entre os dados das falas, sonhos e comportamentos, o que evidencia a importância da coleta de dados no *setting* clínico.

Winnicott assim como Freud, utilizou-se amplamente da observação na construção de seu trabalho. Para Avellar (2009, p.13), Winnicott, “pediatra que se tornou psicanalista, teve o mérito de desenvolver uma teoria a partir de observações clínicas”.

O autor desenvolveu uma “situação-padrão” de observação para todo bebê que chegava a sua clínica, afirmando que tal situação poderia ser utilizada como instrumento de pesquisa. Nessa situação, chamada de “Jogo da Espátula”, Winnicott (2000), apresenta a descrição da sua experiência de observação do par mãe-bebê e evidencia que a observação direta, no *setting* clínico, pode ajudar na compreensão de uma série de ocorrências, bem como pode possibilitar estabelecer relações com situações do cotidiano familiar.

Turato (2003, p.31), ainda afirma que:

[...] o pesquisador do homem não faz perguntas a seu objeto de estudo. [...] O ideal é que se permita a manifestação do objeto, que pode ser uma pessoa, um grupo, um informante, uma história de vida, um mito, uma religião, uma representação cultural, um fato social, um fato político, um fato psicanalítico, ou melhor ainda: uma intersecção extremamente complexa de tudo isso. Quando se permite a manifestação, sem perguntas dirigidas, é que o novo vai aparecer – aquilo que não se perguntou porque a pergunta era impossível de ser formulada.

Dessa forma, a Observação Participante nos possibilitou olhar para a manifestação de um objeto de investigação, ante as significações dadas pelos atores do processo.

No entanto, a aplicação da técnica da Observação Participante guarda peculiaridades. Primeira: é importante atentar-se a influência do pesquisador no campo de pesquisa, pois entrar em um *setting* de saúde, com uma dinâmica já organizada pelos que dela participam, como um desconhecido que quer compreender seu funcionamento, não é uma tarefa simples.

Nesse estudo, o projeto de pesquisa foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória-ES, à diretora e à equipe do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES. A equipe do CAPSi conhecia a pesquisadora, uma vez que durante a graduação uma pesquisa de iniciação científica havia sido realizada por ela, nessa mesma instituição, inclusive sendo o motivo do interesse em continuar pesquisando sobre o tema, nesse momento ao nível de mestrado.

Dessa forma, a equipe do CAPSi apresentou boa receptividade à proposta da pesquisa. Assim, seguimos as formalidades como propõe o Conselho Nacional de Saúde (RESOLUÇÃO 196/ 1996): informamos sobre o objetivo do estudo, e ainda que os resultados obtidos seriam apresentados em congressos e artigos científicos sendo resguardada a confiabilidade dos mesmos. Esclareceu-se que

não haveria divulgação de dados que pudessem identificar usuários e profissionais. Além disso, a presente pesquisa obteve aprovação (n.º 226/10) no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

Apesar de os profissionais do CAPSi terem recebido bem a possibilidade do desenvolvimento da pesquisa, quando da entrada da pesquisadora no campo de trabalho para a coleta de dados, em alguns momentos, os profissionais perguntavam o que exatamente se fazia ali. Questionavam sobre uma possível avaliação do serviço ou ainda sobre análise das relações interprofissionais. Entendemos que o termo ambiência, objeto de nosso estudo, seja abrangente e realmente coloque em evidência o trabalho desenvolvido no serviço bem como as relações interpessoais, no entanto deixava-se claro que a proposta era compreender um ambiente de serviço de saúde mental para crianças e adolescentes, e que não se estava ali para avaliar ou questionar o desenvolvimento das intervenções e das interações profissionais.

A área da saúde mental infanto-juvenil ainda é carente de estudos, dessa forma, com o desenvolvimento da dissertação de mestrado nosso interesse estava em produzir material sobre os novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, especificamente sobre a constituição da ambiência em um CAPSi. Algumas situações descritas no corpo do trabalho foram apresentadas como exemplos, por possibilitarem a discussão de um aspecto da ambiência, de modo genérico, no entanto, não focamos nenhuma situação específica, mas se procurava sempre atentar ao contexto dos acontecimentos observados.

Ainda, tomamos o cuidado de mesmo na construção do diário de campo não identificarmos usuários e pacientes. Mas, como afirmam Sato e Souza (2001, s/p.):

O fato de não utilizarmos instrumentos visíveis de investigação e de estarmos ali, com eles, passando horas e horas observando, conversando, andando, muitas vezes como qualquer outro visitante o faria, é também motivo de curiosidade e, talvez, de apreensão.

Nosso interesse, assim como o da pesquisa clínica não estava em provar algo. Como afirma D'Alloes (2004), apoiado no trabalho de Winnicott, mais importante do que provar, mostra-se convencer o leitor sobre o que se diz, através de mostras do que pode ser visto e compreendido, dito e feito. Nosso trabalho sai da esfera da qualificação entre bom e mau, pois isso não apresenta a complexidade dos fenômenos tal como ocorrem na prática, mas sim, pretende abrir um campo para a construção de diálogos que possibilitem discutir como os espaços dos serviços de saúde mental infanto-juvenil podem influenciar o trabalho terapêutico.

Mostra-se ainda, fundamental destacar a identidade entre o sujeito e o objeto da investigação, pois embora nosso objeto tenha sido a constituição da ambiência em um serviço de saúde mental infanto-juvenil, esse fenômeno só ocorre na interação entre usuários e profissionais. Assim, um sujeito, pesquisador, estava em relação com outros sujeitos, usuários e profissionais de um serviço de saúde, o que, como evidencia Minayo (2004), torna sujeito e objeto solidariamente imbricados e comprometidos, o que pode dificultar a consecução dos objetivos do pesquisador no campo da coleta de dados.

Dessa forma, é preciso estar atento para não se assumir uma postura colocada pela relação entre iguais. Ao entrar no campo de pesquisa o pesquisador não deve assumir características, muitas vezes, atribuídas a ele pelos sujeitos

investigados. Na pesquisa em que realizamos, verificamos que em muitos momentos o pesquisador era chamado a ocupar diferentes lugares, como: o sujeito que apresentará uma solução para um determinado problema; o sujeito que nada sabe e em algumas situações é subestimado; ou ainda, aquele que será o porta-voz das dificuldades do grupo.

Dessa forma, é preciso que o pesquisador tenha métodos e técnicas de coleta de dados adequados aos objetivos do estudo e ainda que tenha uma visão crítica de seu trabalho, pois assim, poderá agir de forma segura no *setting* da coleta de dados, de modo a alcançar seus objetivos, sem cair nas amarras que a identificação entre sujeito e objeto de pesquisa possa produzir.

Ainda, em estudos em que se evidencia a relação entre clínica e pesquisa, como na investigação sobre ambiência, é preciso diferenciar o lugar da pesquisa clínica e o lugar da intervenção clínica. Giami (2004), ratifica a complexidade de tal situação, em que o pesquisador precisa separar o registro da intervenção do registro da pesquisa. Avellar (2009, p. 15), afirma que, nesse caso, mostra-se necessário “[...] um duplo movimento: o de aproximação e o de distanciamento”. O primeiro movimento acontece durante a intervenção e o segundo após o atendimento, nas anotações que servirão de base para a reflexão posterior. A autora adverte que é preciso manter “[...] cautela para não deixar predominar, durante os atendimentos, o interesse pela pesquisa. Isso teria como consequência deixar em segundo plano os atendimentos” (AVELLAR, 2009, p. 15).

Na pesquisa desenvolvida no CAPSi, a pesquisadora manteve uma posição privilegiada, uma vez que sendo uma pessoa de fora da equipe, não tinha como

função intervir. Nesse caso, utilizou-se das práticas realizadas no CAPSi como objetos, para como afirma Giami (2004), transformá-las, em um momento posterior, em conhecimento científico.

Nesse tipo de procedimento, o pesquisador se situa em posição de exterioridade em relação às situações estudadas: exterioridade na medida em que não é diretamente um dos protagonistas da situação; exterioridade também tendo em vista que os referentes teóricos e metodológicos são muitas vezes diferentes daqueles empregados pelo clínico terapeuta (GIAMI, 2004, p. 37-38).

Dado o caráter exterior da pesquisadora, como observar a manifestação da ambiência nas práticas dos profissionais do CAPSi apresentou-se como uma segunda peculiaridade.

Malinowski (1980), afirma que é preciso abrir-se a uma visão completa dos fenômenos, de modo que não se devem selecionar elementos específicos de uma situação, mas atentar-se a manifestação do todo. Tal fato faz-nos lembrar da recomendação dada por Freud (2010) aos analistas, no texto “Recomendações ao Médico que Pratica a Psicanálise”, em que cabe dispensar a tudo o que ouve do analisando a mesma “atenção flutuante”. Pois de acordo com Freud (2010, p. 149-150):

Assim evitamos uma fadiga da atenção, que certamente não poderíamos manter por muitas horas ao dia, e escapamos a um perigo que é inseparável do exercício da atenção proposital. Pois, ao intensificar deliberadamente a atenção, começamos também a selecionar em meio ao material que se apresenta; fixamos com particular agudeza um ponto, eliminando assim outro, e nessa escolha seguimos nossas expectativas ou inclinações. Justamente isso não podemos fazer; seguindo nossas expectativas, corremos o perigo de nunca achar senão o que já sabemos; seguindo nossas inclinações, com certeza falsearemos o que é possível perceber. Não devemos esquecer que em geral escutamos coisas cujo significado será conhecido apenas posteriormente.

O emprego dessa passagem freudiana nos dá possibilidade de refletir sobre os dados coletados pelo pesquisador no campo de trabalho.

Para Turato (2003), na estratégia de coleta de dados da metodologia clínico-qualitativa, deve-se dar mais importância à manifestação do fenômeno no ambiente em que ocorre, assim, não há uma pergunta dirigida, mas mostra-se importante atentar às situações do campo de trabalho, de modo geral, como manifestações que tornam possível a compreensão do objeto de estudo. Para Minayo (2004, p. 135), é nesse momento que surgem as controvérsias com relação à prática da Observação, “[...] ao ‘o que’ e ao ‘como’ observar”.

Controvérsias que abrigam as questões: quantitativo *versus* qualitativo; subjetivo *versus* objetivo. Como apresenta Minayo (2004), o quantitativo e o objetivo atrelados aos dados padronizados, produzindo resultados objetivos e precisos em uma linguagem neutra; enquanto o qualitativo e o subjetivo atrelados aos dados carregados de significados, em que pesa o sistema de valores do cientista.

No entanto, mostra-se importante sair dessa dicotomia que emperra, em muitos momentos, o avanço científico. Minayo (2004, p. 35), evidencia que nas pesquisas que envolvem aspectos sociais:

A questão da objetividade é então colocada em outro nível. Dada a especificidade das ciências sociais, a objetividade não é realizável. Mas é possível a objetivação que inclui o rigor no uso de instrumental teórico e técnico adequado, num processo interminável e necessário de atingir a realidade.

Nesse sentido, a autora revela que não se trata de fazer um retrato do campo de pesquisa, mas sim de fazer uma pintura, que não sendo a real imagem do fenômeno investigado, constitui-se como uma possibilidade de apreensão da realidade estudada que coloca em evidência a interpretação do autor da pesquisa.

Sabe-se que não há pesquisa neutra, em que o pesquisador despe-se de todos os seus valores para apreender de forma pura uma situação, mas faz-se necessário, como afirma Minayo (2004), diminuir tanto quanto for possível a invasão dos juízos de valor no estudo. Contudo, como salienta Malinowski (1980), o pesquisador constitui-se ele próprio um instrumento de coleta, pois muitos dados serão apreendidos ou passarão despercebidos dependendo da habilidade de quem pesquisa, e isso acontece não apenas na Observação, como também nas entrevistas e em outros métodos de coleta de dados qualitativos.

A fim de facilitar a estratégia de coleta de dados de modo a produzirmos um material baseado em um instrumento teórico e técnico adequado, coerente com o fenômeno que queríamos compreender por meio da Observação Participante, elaboramos um roteiro de Observação, com tópicos que apresentavam elementos considerados pelo Ministério da Saúde (2006, 2010), como constituintes da ambiência, foram considerados: a constituição dos ambientes de atendimento, a confortabilidade dos espaços, a acessibilidade ao serviço, a privacidade nos atendimentos, a acolhida e a atenção dispensada aos usuários, as atividades oferecidas para os usuários e a interação entre os usuários e os profissionais.

O roteiro de Observação foi organizado não para reduzir as observações a variáveis quantificáveis e observáveis, mas sim para dar uma direção na condução da coleta de dados, de modo que a atenção flutuante foi fundamental para que elementos diferentes dos que foram enumerados no roteiro pudessem vir à tona, evidenciando novos aspectos que influenciavam a constituição da ambiência em um CAPSi.

Pois, como nos adverte Malinowski (1980), durante o processo de coleta de dados, novos problemas se colocam para o pesquisador, exigindo assim, uma postura flexível cada vez que surjam novas dificuldades. Foi nesse sentido que a teoria de Winnicott mostrou-se significativa em nosso trabalho, pois verificamos no campo de pesquisa que os documentos do Ministério da Saúde (2006, 2010), sobre a ambiência, apresentavam poucas possibilidades de reflexão. E gostaríamos não apenas de identificar os elementos que constituíam a ambiência, como o Ministério da Saúde apresentava, mas também discutir e refletir sobre como esses elementos poderiam influenciar o trabalho terapêutico com crianças e adolescentes com transtornos mentais graves.

Além disso, a técnica de coleta de dados utilizada, a Observação Participante, sobre uma leitura clínico-qualitativa, mostrou-se coerente com o referencial teórico winnicottiano, pois como já afirmamos, sua concepção teórico-clínica também é baseada na observação.

Outra característica importante na coleta de dados por meio da Observação Participante consiste no modo em que se deve registrar o material apreendido pela Observação. Malinowski (1980, p. 57), afirma que: “Um diário etnográfico, sistematicamente elaborado durante todo o processo de pesquisa em um distrito seria o instrumento ideal para esse tipo de estudo”. Dessa forma, todas as observações realizadas na instituição foram registradas, gerando diário de campo. O registro das informações foi feito logo após as observações realizadas, no próprio CAPSi, em locais onde não havia atividades.

Ainda, esclarecemos que as visitas foram diárias com duração de aproximadamente duas horas, intercaladas entre: um dia na parte da manhã e um

dia na parte da tarde, isso porque se verificou que a rotina era diferente em função dos pacientes e da equipe que se distinguia por dias e turnos. Desse modo, pretendeu-se observar diversos contextos da ambiência do CAPSi. Foi utilizado o critério de saturação das informações, de modo que ao final de três meses verificou-se um grau de repetição nas observações, indicando que os dados coletados mostravam-se suficientes para os propósitos da pesquisa. Assim, foram 143 horas de observação, de março a junho de 2011.

Ainda, nos registros das observações realizadas no CAPSi, não foram descritos apenas os fenômenos observados, mas também a conversação estabelecida entre pesquisador, profissionais e usuários do serviço. Pois, como indica Becker (1997), o observador participante, além de observar as situações no contexto em que ocorrem, estabelece conversações com os participantes destas situações, descobrindo as interpretações sobre os acontecimentos observados, dadas pelos atores e autores do processo. Gaskell (2002), evidencia que a “conversação continuada”, que se estabelece no método da Observação Participante, tem por objetivo “[...] absorver o conhecimento local e a cultura por um período de tempo mais longo do que em fazer perguntas dentro de um período relativamente limitado” (GASKELL, 2002, p. 64).

Mais uma vez reafirmamos a importância da técnica da Observação Participante em nosso trabalho, pois, considerando que as atuações constroem-se no ambiente do serviço de saúde, em que os profissionais diante das diretrizes políticas oferecem aos usuários um trabalho clínico, a Observação nos possibilitou apreender dados da realidade cotidiana de um CAPSi, em que os desafios da construção de uma prática mostravam-se “ao vivo”, sem

intermediários, permitindo a construção de um saber sobre a constituição da ambiência em um serviço de saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos mentais e como tal constituição influenciava a intervenção clínica.

Dado a entrada no campo de pesquisa e a coleta de dados realizada, partimos para a terceira peculiaridade: como analisar o material.

Análise Clínico-Qualitativa de dados: a bricolagem como uma forma de composição

Como afirma Minayo (2004), a análise de dados qualitativa apresenta desafios ao pesquisador. A técnica de Análise de Conteúdo tradicional, muito utilizada para a análise de dados qualitativos, como evidenciam Turato (2003) e Minayo (2004), tem sido criticada por utilizar-se de muitas características quantitativas, o que pode provocar a perda de aspectos importantes do material coletado em função de sistemáticas tabulações, geralmente com pretensões estatísticas. Além disso, como apresenta Turato (2003, p. 442, grifo do autor), a Análise de Conteúdo:

[...] embora séria e procurando ser fundamentada, perde-se um tanto em seus textos áridos, ficando com aplicação a ser complementada, por exemplo, para o caso das pesquisas qualitativas cujas coletas de dados ocorrem em *settings* clínicos.

Turato (2003), assim, propõe uma particularização e refinamento da técnica de Análise de Conteúdo, visando às características do Método Clínico-Qualitativo. Proposta que utilizamos para apresentação e discussão dos resultados de nossa pesquisa.

De acordo com o autor, devemos em um primeiro momento organizar as informações coletadas. Em nosso caso, à medida que a pesquisa se realizava nosso material se configurava, uma vez que a cada dia, logo a após a

observação, no próprio CAPSi, o registro das observações era realizado, de modo que no último dia de coleta de dados o diário de campo estava constituído, em sua íntegra. No segundo momento, realizou-se a leitura flutuante do diário de campo, a fim de o pesquisador se familiarizar com os dados coletados como um todo. No terceiro momento, organizou-se o material coletado, selecionando dos dados originais os elementos mais relevantes para responder aos objetivos do estudo.

Finalizando, realizou-se a redação do trabalho com descrições do fenômeno investigado, de acordo com os dados coletados e sua interpretação, o que acrescentou à descrição elementos teóricos que possibilitaram maior reflexão. Durante todos esses processos, as supervisões com a professora orientadora da dissertação foram de fundamental importância, para, assim como coloca Turato (2003), validar a apresentação e a discussão dos resultados.

Entretanto, como afirma Avellar (2009, p. 16), a seleção do material de pesquisa para sua apresentação e discussão impõe:

[...] uma certa descontinuidade, certos recortes e espaços vazios que, certamente, possuem seus significados, pelos quais, muitas vezes, passa-se por cima, a fim de realizar uma redução dos elementos apresentados. Em alguns casos, há perdas difíceis de serem reparadas. É um risco que se corre.

D'Allones (2004), baseando-se em Levi Strauss afirma que em muitos casos não se trata de perda do material coletado, mas da construção do objeto de estudo de modo mais compreensivo. Recorrendo à bricolagem, D'Allones (2004), cita Levi Strauss para quem o termo está desprovido de qualquer conotação pejorativa, uma vez que um problema pode ter várias soluções. A bricolagem, desse modo,

apresenta a possibilidade de se reunir diferentes recortes sem rigidez alguma, produzindo um novo objeto de forma livre.

Nesta pesquisa, correu-se o risco de selecionar diante de uma grande quantidade de anotações, as que possibilitariam, ante a leitura do pesquisador, a compreensão da ambiência em um CAPSi. Assim, foi pela configuração de uma bricolagem, que se apresentou o que se pensou, se refletiu e se viveu em uma experiência de pesquisa que articula a interação pesquisador-pesquisados.

Como afirma Cassorla no prefácio do livro de Turato (2003): “[...] a neutralidade da ciência é uma falácia, fato que a maioria dos cientistas aceita tranqüilamente” (TURATO, 2003, p. 22). Pois, como completa Turato (2003, p. 252): “[...] são também as próprias angústias e ansiedade do pesquisador que igualmente o movem para querer entender as leis das manifestações humanas”. Dessa forma, foi pela valorização dada à angústia do pesquisador, que o movimenta na busca da compreensão do que o inquieta que optamos pelo Método Clínico-Qualitativo.

Avellar (2009), ainda, baseando-se na obra de Winnicott (1984), afirma que a prática de pesquisa apresenta algumas identificações com o Jogo de Rabisco, em que analista e paciente interagem livremente, por meio de um jogo, sendo que alternadamente um deles faz um rabisco e o outro o modifica, a fim de se realizar uma produção.

Nesse sentido, o ‘rabisco’ permite a criatividade na atividade de pesquisa, pois sustenta a capacidade do pesquisador de participar livremente do jogo. Além disso, possibilita-lhe estar em disponibilidade para surpreender-se, para manter-se aberto à atividade de investigação e de construção do conhecimento (AVELLAR, 2009, p. 14).

Na dissertação de mestrado: “Ambiência e Saúde Mental: um estudo no CAPSi de Vitória-ES”, nossa movimentação, nosso rabisco, se deu em busca de responder

questões sobre o trabalho terapêutico com crianças e adolescentes de modo geral, o que nos levou a uma questão específica: como se dá a constituição da ambiência nos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes.

Com o uso do Método Clínico-Qualitativo, a técnica de coleta de dados da Observação Participante e a técnica de Análise de Conteúdo adequada ao Método Clínico-Qualitativo, utilizando-se da bricolagem, verificamos particularidades de um serviço de saúde mental infanto-juvenil, evidenciando a importância de que o caminho percorrido na realização de uma pesquisa seja adequado às propostas do estudo e seja escolhido por identificação do pesquisador, sendo apropriado a sua forma de trabalhar, pois tais elementos influenciam a apreensão da realidade a qual se deseja conhecer e conseqüentemente sua forma de apresentação à comunidade.

Considerações finais

A realização de um projeto de pesquisa sempre impõe desafios, desde a elaboração e contextualização do problema de pesquisa, até a escolha do método adequado para a obtenção de sua resposta. Em se tratando de pesquisas nos novos serviços de saúde mental, verifica-se a necessidade da definição de parâmetros que auxiliem o pesquisador a alcançar seus objetivos de modo adequado, levando em consideração as particularidades desse campo de pesquisa.

Nesse sentido, a fim de se evidenciar uma escolha metodológica para a construção de conhecimentos no campo da saúde mental infanto-juvenil apresentamos este estudo, evidenciando que construir conhecimento, nessa área,

implica falar sobre o trabalho terapêutico, levando em consideração aspectos clínicos e sociais que compõem essa prática, o que exige adequação metodológica, a fim de se poder captar dados que evidenciem essa complexidade.

Referências

- AVELLAR, L. Z. A pesquisa em psicologia clínica: reflexões a partir da leitura da obra de Winnicott. **Contextos Clínicos**. São Leopoldo, RS, v. 2, n. 1, p. 11-17, 2009.
- BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, 2008.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [texto na Internet]. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 16 out. 1996. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 01 jul. 2009.
- D'ALLONES, C. R. (2004). O estudo de caso: da ilustração à convicção. In: GIAMI, A; PLAZA, M. (ORGS.). **Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 69-90.
- FREUD, S. Recomendações ao médico que pratica a psicanálise (1912). In: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia: (“O caso Schreber”): artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)**. Tradução e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. 10. p. 147-162.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Trad. Pedrinho Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 64-89.
- GIAMI, A. Pesquisa em psicologia clínica ou pesquisa clínica. In: GIAMI, A; PLAZA, M. (Orgs.). **Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 35-52.
- GUERRA, A. M. C. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. **Psyché**, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 139-154, 2005.

MALINOWSKI, B. Objeto, método e alcance desta pesquisa. In: **Desvendado máscaras sociais**. Rio de Janeiro. Ed. Livraria Francisco Alves, 1980, p. 39-62.

MARI, J. de J. et al. A pesquisa em saúde mental no Brasil: políticas, infraestrutura, financiamento e recursos humanos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 161-169, 2006.

MINAYO, M. C. de S. (org.); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

SATO, L.; SOUZA, M. P. R. de. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 29-47, 2001.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

WINNICOTT, D. W. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. W. A observação de bebês numa situação padronizada (1941). **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 112-132.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nova rede de assistência em saúde mental, composta pelos Centros de Atenção Psicossocial, impõe desafios aos profissionais e estudiosos do campo da saúde mental, pois estabelece seus parâmetros em uma clínica comprometida com o social. No caso da atenção a crianças e adolescentes, esses desafios se intensificam, uma vez que a saúde mental infanto-juvenil esteve historicamente sob os domínios das áreas educacionais e assistenciais rompendo com paradigmas de cuidado quando se desloca para o campo da saúde.

A constituição desses novos serviços apresenta a necessidade de os profissionais criarem diferentes formas de atuação no contexto em que trabalham, adequando as diretrizes políticas-técnicas ao cotidiano dos serviços. Dessa forma, faz-se necessário legitimar um saber e uma prática que se constroem dia-a-dia nas particularidades do trabalho.

Assim, a realização de pesquisas nesse campo de trabalho requer um instrumental teórico e técnico capaz de captar as especificidades dessa prática, e o método clínico-qualitativo com a observação participante mostraram-se adequados a isso, pois valorizaram as situações vivenciadas nos *settings* dos serviços de saúde.

Além disso, optamos por conhecer a construção da ambiência em um CAPSi por verificar que este fenômeno referia-se não apenas ao aspecto físico, mas também ao aspecto social, afetivo e profissional de um serviço de saúde mental. Ainda, os dados coletados no campo de pesquisa, sob a interpretação da teoria de Winnicott, nos permitiram compreender que mais do que fornecer um espaço físico, social, profissional e afetivo adequados aos pacientes, quando se atenta à

ambiência, pode-se possibilitar aos usuários experienciar situações que facilitem seu desenvolvimento psíquico.

Verificamos que aspectos da constituição da ambiência em um serviço de saúde mental para crianças e adolescentes podem facilitar o trabalho terapêutico, uma vez que o uso de objetos e meios lúdicos, como brinquedos, brincadeiras, histórias e produções artísticas mostram-se fundamentais para um trabalho que se propõe terapêutico, e isso só é possível em um espaço que possibilite a criança brincar, comunicar e se organizar, em um ambiente que forneça elementos adequados para que a comunicação aconteça e os pacientes possam se apropriar de lugares e de materiais que os possibilite acessar e expor conteúdos psíquicos que possam ser utilizados a favor do trabalho terapêutico.

Além disso, o funcionamento do serviço em uma casa e não em uma instituição hospitalar marca que as intervenções podem ser mais acolhedoras, confortáveis e particularizadas. A liberdade na utilização dos espaços do serviço como uma casa, pode trazer ao paciente e seus familiares, maior confiança de que as suas necessidades serão atendidas, uma vez que o acesso facilitado a diferentes elementos do ambiente podem possibilitar a compreensão da significação que o sujeito faz de si mesmo e do mundo, promovendo a comunicação de estados psíquicos por meio da utilização de objetos do ambiente, que de outro modo seriam de difícil articulação.

Ainda, verificamos, com este estudo, que não apenas o espaço físico dos serviços de saúde mental constituem sua ambiência, mas os aspectos afetivos expressos nas relações sociais na forma da atenção dispensada pelos profissionais aos usuários e na forma da interação dos profissionais entre si e com os pacientes

são aspectos importantes na ambiência, que se refletem nas atividades desenvolvidas no CAPSi.

A interação dos profissionais a fim de organizar as oficinas e os atendimentos individuais ou em grupo pode apresentar a possibilidade de sustentação de uma ambiência em que se possam comunicar experiências significativas e vivenciar novos ambientes. Ainda, por meio do manejo, da sustentação e da apresentação de objeto, como aprendemos com a teoria de Winnicott, os profissionais podem fornecer uma adequada provisão ambiental a fim de atender as necessidades das crianças e dos adolescentes.

Além disso, considerando as interações constituídas entre profissionais e pacientes, uma presença constante dos profissionais nos espaços do serviço com disponibilidade de escuta, mostra-se importante para pacientes com quadros psicóticos, pois traz a possibilidade de experimentarem um ambiente previsível e confiável, em que há alguém para cuidar do ambiente, mesmo nos imprevistos, diferente daquele ambiente que falhou no provimento das necessidades iniciais.

Conhecer a ambiência em um CAPSi possibilitou compreender que a interação adequada entre profissionais, usuários e espaço físico de um serviço de saúde mental para crianças e adolescentes pode facilitar ou dificultar o trabalho terapêutico, pois a promoção e a prevenção de saúde são facilitadas quando o ambiente físico e social é adequado para atender as necessidades dos pacientes e dos profissionais.

A ambiência como um dos aspectos da política de Humanização do SUS potencializa a compreensão das influências dos espaços de saúde em suas

intervenções diárias e apresenta o desafio da constituição de espaços de saúde adequados às necessidades dos usuários dos serviços. No processo de implantação da atenção psicossocial no campo da saúde mental infanto-juvenil, pensar a ambiência possibilita a discussão da constituição dos serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico asilar, rompendo com processos de adoecimento criados pelos processos de institucionalização.

Entender que os materiais disponíveis no espaço; assim como a organização das salas de atendimento; o universo social e cultural em que se insere o CAPSi; a presença constante e frequente de alguém que poderá cuidar do ambiente acolhendo necessidades inesperadas; a interação entre os profissionais, uma vez que as intervenções podem se delinear em função da organização dos diferentes conhecimentos dos profissionais; e a atenção aos espaços utilizados pelos pacientes, estruturam um *setting*, moldura que marca tempo, espaço e presença. Produz formas de cuidar, e traz o ganho de se construir ambientes favoráveis na atenção em saúde mental, comprometidos com a qualidade dos espaços do cuidado, facilitando o desenvolvimento do trabalho terapêutico.

Assim, a ambiência na atenção psicossocial infanto-juvenil não se constitui apenas pelo ambiente físico adequado à atividade proposta aos usuários, mas também se compõe na sustentação fornecida pelo profissional à atividade, em um tempo e espaço, e no manejo fornecido através de uma adaptação ambiental adequada às necessidades dos pacientes.

Por fim, conhecer e descrever a ambiência, como um fenômeno que articula em sua definição espaços físicos, afetivos e sociais, expressos na forma da atenção dispensada aos usuários e da interação estabelecida entre profissionais e

usuários, em um CAPSi, implicou em trazer questões do cotidiano do serviço, evidenciando que nos novos serviços de saúde mental a prática e a pesquisa requerem sensibilidade para compreender a articulação entre clínica e política.

6. Referências

- ABRAM, J. Ambiente. **A linguagem de Winnicott** – dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000, p. 25-38.
- AMIRALIAN, M. L. T. M.; GALVÁN, G. B. Diferentes possibilidades de intervenção a partir da teoria winnicottiana do amadurecimento. **Natureza Humana**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 127-152, 2009.
- AVELLAR, L. Z. **Jogando na análise de crianças**: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- AVELLAR, L. Z.; BERTOLLO, M. A saúde mental na infância e adolescência e o diálogo necessário entre as dimensões clínica, ética e política. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; AVELLAR, L. Z. (Orgs.). **Psicologia Social em Debate**. Vitória: UFES – ABRAPSO/ GM Gráfica Editora, 2008. p.68-87.
- AVELLAR, L. Z. A pesquisa em psicologia clínica: reflexões a partir da leitura da obra de Winnicott. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, RS, v. 2, n. 1, p. 11-17, 2009.
- BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.
- BIELEMANN, V. de L. M. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-139, 2009.
- BRASIL. Presidência da República Federativa. Casa Civil. Subchefia para Assuntos jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em 01 de abril. 2010.
- BRASIL. Presidência da República Federativa. Casa Civil. Subchefia para Assuntos jurídicos. **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. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em 01 de abril. 2010.
- BRASIL. **Portaria GM336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 01 abril. 2010.
- CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. de A.; PEREIRA, I. M. T. B. A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 446-455, 2009.
- CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface**. Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, 2008.

COHEN, S. C. et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis saúde como estratégia de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 191-198, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [texto na Internet]. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 16 out. 1996. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 01 jul. 2009.

COUTO, M. C. V. Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: GUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. (orgs.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento – uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 191-198.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (Org.). **A criança e a saúde mental – enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004. p. 61-72.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008.

DALBELLO-ARAÚJO, M.; ANDRADE, A. N. Política, comunidade e controle social. IN: ROSA, E. M. et al. (Orgs.). **Psicologia e saúde**. Desafios às políticas públicas no Brasil. Vitória: Edufes, 2007, p. 45-74.

D'ALLONES, C. R. (2004). O estudo de caso: da ilustração à convicção. In: Giami, A. & Plaza, M. (Orgs.). **Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 69-90.

DEMARTINI, J. **Um olhar arquitetônico sobre centros de atenção psicossocial infantil: o caso do CAPSi de Cuiabá**. 2007. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

DIAS, E. O. Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. **Natureza Humana**. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 283-322, 1999.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

DIAS, F. W. de S. A criança e o adolescente no campo da saúde mental: que lugar? **Revista CliniCAPS -Impasses da clínica**, Belo Horizonte, n. 7, p. 1-7, 2009.

FERREIRA, T. Introdução – sob o manto da deficiência. In: FERREIRA, T. (Org.). **A criança e a saúde mental – enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004. p. 13-22.

- FERRIOLLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 251-259, 2007.
- FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 200-207, 2010.
- FRANCHINI, C. B.; CAMPOS, E. M. P. O papel de espelho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 619-627, 2008.
- FREUD, S. Recomendações ao médico que pratica a psicanálise (1912). In: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber")**: artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). Tradução e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. 10. p. 147-162.
- GAIOSO, V. P.; MISHIMA, S. M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 617-625, 2007.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Trad. Pedrinho Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 64-89.
- GIAMI, A. Pesquisa em psicologia clínica ou pesquisa clínica. In: GIAMI, A.; PLAZA, M. (Orgs.). **Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 35-52.
- GUERRA, A. M. C. Tecendo a rede na assistência em Saúde Mental Infanto-Juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In: GUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. (orgs.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento – uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p.171-189.
- GUERRA, A. M. C. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. **Psyché**, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 139-154, 2005.
- HECK, R. M. et al. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 647-655, 2008.
- HISADA, S. **A intervenção por meio do manejo do setting como facilitador de mudança psíquica no processo psicoterápico**. 2000. Tese (Doutorado em Psicologia – Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 633-642, 2008.

KHAN, M. M. R. Vicissitudes do ser, do conhecer e do experimentar na situação terapêutica (1969). In: **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro, Francisco Alves Editora, 1984, p. 205-217.

JARDIM, V. M. da R. et al. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 241-248, 2009.

MAALOUF, J. F. **A oficina de histórias como um dispositivo clínico no atendimento de crianças psicóticas**: a constituição do objeto subjetivo. 1998. Dissertação (Mestrado em Psicologia - Psicologia Clínica) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.

MAIA, C. C. **Concepções e práticas profissionais em saúde mental: vicissitudes do campo de assistência infanto-juvenil**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

MALINOWSKI, B. Objeto, método e alcance desta pesquisa. In: **Desvendado máscaras sociais**. Rio de Janeiro. Ed. Livraria Francisco Alves, 1980, p. 39-62.

MARI, J. de J. et al. A pesquisa em saúde mental no Brasil: políticas, infraestrutura, financiamento e recursos humanos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 161-169, 2006.

MINAYO, M. C. de S. (org.); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

MONTEIRO, K. A. C.; RIBEIRO, M. M. C.; BASTOS, A. Porta de entrada para adolescentes autistas e psicóticos numa instituição. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 290-303, 2007.

- MONTEIRO, R. de L.; LOYOLA, C. M. D. Qualidade de oficinas terapêuticas segundo pacientes. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 436-442, 2009.
- NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: a teoria do cuidado transpessoal e complexo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 215-221, 2009.
- OLIVEIRA, R. C. de. A chegada de crianças e adolescentes para tratamento na rede pública de saúde mental. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (Orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007, p. 29- 54.
- OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 781-787, 2009.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança – 2001**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.
- PAULA, C. S.; DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p.11-17, 2007.
- RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 71-84, 2010.
- SAFRA, G. **Momentos mutativos em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.
- SAFRA, G. **A face estética do self: teoria e clínica**. São Paulo: Unimarco, 1999.
- SANTOS, P. L. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 315-321, 2006.
- SATO, L.; SOUZA, M. P. R. de. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 29-47, 2001.
- SCHLICHTING, S.; BOOG, M. C. F.; CAMPOS, C. J. G. Almoço como momento terapêutico: uma abordagem de educação em saúde com mulheres alcoolistas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 384-390, 2007.
- SCHNEIDER, J. F. et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro. **Ciencia y Enfermerla**, Concepcion, v. 15, n. 3, p. 91-100, 2009.

- SOUZA, A. M. O. de. **Loucura em cena: a “ambiência” como espaço informal de tratamento em um centro de atenção psicossocial**. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1845-1853, 2006.
- TAVARES, C. M. de M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 403-410, 2005.
- TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- VICTAL E BASTOS, L. H. C. **Ilhas de invenção e solidão: um estudo da atenção à saúde mental para a infância e a adolescência em unidades básicas de saúde em Vitória – ES**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- WARSCHAUER, M.; D'URSO, L. Ambiência e formação de grupo em programas de caminhada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, suppl.2, p. 104-107, 2009.
- WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- WINNICOTT, D. W. A integração do ego no desenvolvimento da criança (1962). **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artmed, 1983, p. 55-61.
- WINNICOTT, D. W. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- WINNICOTT, D. W. A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise (1964). In: Winnicott, C., Shepherd, R., Davis, M. (Orgs.) **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994, p. 77-81.
- WINNICOTT, D. W. Ansiedade Associada à Insegurança (1952). **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000a, p. 163-167.
- WINNICOTT, D. W. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico (1954). **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000b, p. 375-392.
- WINNICOTT, D. W. A Preocupação Materna Primária (1956). **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000c, p. 399-405.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Disorders**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/>. Acesso em: 29 ago. 2010.

Apêndice I

Roteiro de Observação

O roteiro de observação foi construído com base na definição de ambiência proposta pelo Ministério da Saúde (2006a):

1. Do ambiente físico:

1.1 Onde se localiza o CAPSi? O serviço está integrado na comunidade?

Como é a acessibilidade do usuário ao serviço?

1.2 Como é o espaço de funcionamento do serviço CAPSi (número e disposição de salas)? Apresenta composições diferenciadas em cada cômodo?

1.3 Como é o acesso dos usuários a instalações sanitárias e ao bebedouro?

1.4 Encontram-se nos cômodos objetos tais como: quadros, espelhos, brinquedos, exposições artísticas?

1.5 Como se constituem (som, cor, cheiro, iluminação) os espaços para as diferentes atividades: atendimento individual, em grupo e oficinas?

1.6 Há privacidade nos espaços em que são desenvolvidas as atividades com as crianças e os adolescentes com transtorno mental grave no CAPSi ?

1.7 Os espaços em que são desenvolvidas as atividades com as crianças e os adolescentes com transtorno mental grave no CAPSi, visam a confortabilidade dos usuários e profissionais?

1.8 Os espaços disponíveis no CAPSi favorecem a realização de diferentes atividades com os usuários do serviço?

1.9 Há no CAPSi espaços reservados apenas para os profissionais?

2. Do ambiente social (do espaço profissional e das relações interpessoais):

2.1 Como é a chegada das crianças e dos adolescentes no CAPSi?

- 2.2 Quem leva as crianças e os adolescentes ao serviço?
- 2.3 Quando chegam ao serviço, como e por quem as crianças e os adolescentes são recebidos?
- 2.4 Com quem e como ficam as crianças e os adolescentes quando estão no serviço do CAPSi?
- 2.5 Como os profissionais se dirigem às crianças e aos adolescentes?
- 2.6 Como as crianças e os adolescentes se dirigem aos profissionais?
- 2.7 Há contato físico entre as crianças e os adolescentes com os profissionais? Como eles ocorrem? As crianças e os adolescentes vão em direção ao profissional, ou o profissional é quem vai em direção à criança e ao adolescente?
- 2.8 Quais situações são propostas às crianças e aos adolescentes quando estão no CAPSi? Quem as propõe? Como são propostas?
- 2.9 As situações propostas às crianças e aos adolescentes apresentam particularidades dependendo de para quem são dirigidas, em função de diagnósticos, idades e preferências pessoais?
- 2.10 As crianças e os adolescentes podem recusar-se a fazer as situações propostas pelos profissionais no CAPSi?
- 2.11 Em caso de recusa por parte das crianças e dos adolescentes de fazer a atividade, como essa situação é manejada pelo profissional?
- 2.12 Como as atividades dirigidas às crianças e aos adolescentes são apresentadas aos mesmos?
- 2.13 Como interagem os profissionais na organização das atividades dirigidas às crianças e aos adolescentes? Existe divisão de tarefas?
- 2.14 Como interagem os profissionais e as crianças e os adolescentes na execução das atividades?
- 2.15 Se houver espaços reservados apenas aos profissionais, como esses espaços são utilizados por eles?

Apêndice II**Formulário para registro das observações**

Data: _____

Início: _____ Término: _____

Observações:	Comentários:

Apêndice III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DE INSTITUIÇÃO EM PESQUISA

Título do Projeto: Ambiência e Saúde Mental: um estudo no CAPSi de Vitória-ES.

Pesquisador Responsável: Professora Doutora Luziane Zacché Avellar.

Aluna de Pós-Graduação: Juliana Peterle Ronchi.

Instituições: Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia; Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória-ES; Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil.

Justificativa: O CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil) de acordo com a portaria n.º336/2002 mostra-se como um redirecionamento na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes. Dessa forma, pretende-se refletir sistematicamente sobre a assistência psicossocial, suas práticas e os seus resultados, verificando como fatores do ambiente podem influenciar as práticas de atenção em saúde mental. Visa-se ainda, contribuir com a escassa produção

sobre os modelos de atenção psicossocial na área da saúde mental infanto-juvenil.

Objetivo do projeto: conhecer e descrever a ambiência enquanto espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES.

Síntese dos Procedimentos: os dados serão coletados a partir da observação das situações de atendimento em saúde mental no CAPSi, priorizando os aspectos dos ambientes físico, social, profissional e as relações interpessoais, no conjunto. As observações serão transcritas em formulários adequados para posterior análise.

Esclarecimentos:

a) em qualquer momento do andamento do projeto, os profissionais e usuários do CAPSi terão direito a quaisquer esclarecimentos em relação ao projeto;

b) não haverá divulgação de dados que possam identificar usuários e profissionais envolvidos no estudo, os mesmos não serão abordados diretamente nesta pesquisa.

c) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à coordenação pelos telefones (27) 4009-2501 (Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES), (27) 8142-0415 (Juliana Peterle Ronchi – Mestranda do PPGP – UFES), (27) 8113-5562 (Luziane Zacché Avellar – Professora Doutora do PPGP – UFES, Orientadora da pesquisa).

d) Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa do pelo telefone 3335-7211, pelo e-mail cep@ccs.ufes.br / CEP.ufes@hotmail.com ou www.ccs.ufes.br/cep

Consentimento:

Eu, _____,

abaixo assinado, em pleno uso e gozo de minhas faculdades mentais, declaro

que autorizo o acesso das pesquisadoras para a observação da instituição sob minha coordenação (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil) para fins de coleta de dados para o projeto de pesquisa nos termos acima discriminado, sem nenhum ônus financeiro, pessoal ou moral. Tenho conhecimento de que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em reuniões e publicações de cunho científico. Declaro ainda que tenho plena liberdade para retirar o consentimento para a realização deste estudo a qualquer momento que decidir, sem que haja nenhum tipo de ônus ou constrangimento. Considero plenamente satisfatórias as informações prestadas, bem como as respostas às dúvidas por mim suscitadas, responsabilizando-me pela veracidade das informações por mim fornecidas. Assim, aceito assinar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RG ou Carteira Profissional do participante: _____ Órgão Emissor: _____

Representante legal da Instituição

Responsável pelo projeto

Vitória, ____ de _____ de _____.