

---

**OS ENCONTROS GRUPAIS NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA:  
VIVÊNCIAS NO CAPS INFANTIL**

Érica Cristina Pereira<sup>1</sup>  
Flávia Berehulka Muller<sup>2</sup>  
Suzana Jaqueline Cordeiro<sup>3</sup>

**RESUMO**

O presente artigo trata da questão da Saúde Mental para o público infanto-juvenil e suas implicações. Em estágio de campo no CAPS infantil foi constatado que a modalidade grupal de atendimento, a postura dos técnicos e a medicalização são recursos terapêuticos que necessitam de um viés crítico, prescindindo de um reposicionamento dos técnicos para que seu efeito seja eficaz. A discussão é embasada na fundamentação teórica à respeito da teoria de grupo na abordagem psicanalítica e nas diretrizes federais para a atuação no CAPS Infantil. Problematisa ainda os sintomas do público como uma causa das questões familiares e aborda a medicalização como um item a ser criticado.

104

**Palavras-chave:** Teoria de grupo. Saúde Mental. Infanto-juvenil. Psicanálise.

**UM POUCO SOBRE O CAPS INFANTIL**

A seguinte reflexão realizada de acordo com as diretrizes e conceitos de grupo para a Psicanálise, foi efetuada a partir da experiência de estágio de duas discentes do 5º ano de Psicologia da Unifil – Centro Universitário Filadélfia. A instituição na qual atuamos foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil, cujo objetivo geral é oferecer atendimento e acompanhamento psicossocial, promovendo a reinserção social dos seus usuários - crianças, adolescentes e seus familiares - através do acesso e garantia dos direitos civis, além do fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O CAPS é um equipamento de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma referência de tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais. O objetivo desse serviço é oferecer atendimento e acompanhando

---

<sup>1</sup> Prof. MS

<sup>2</sup> Psicóloga

<sup>3</sup> Psicóloga

psicossocial com a finalidade de reinserção social, e foi criado com o propósito de diminuir as internações em hospitais psiquiátricos.

Os CAPS pretendem, segundo o Ministério da Saúde (2004, p. 13):

Prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. [...] Têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Dessa maneira, o CAPS é considerado um articulador da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>4</sup>, pois é um equipamento com porta de entrada livre, onde o sujeito consegue também acessar outros setores da rede assistencial, sobretudo a Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>5</sup> (BRASIL, 2013). Nesse sentido, a articulação do CAPS Infantil assim como outros equipamentos de saúde mental visam manter a continuidade do cuidado e produzir saúde mental em outros espaços, principalmente na comunidade.

105

O público atendido neste serviço apresenta intenso sofrimento psíquico, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, o que impossibilita, por vezes, a realização de ações da vida cotidiana. A porta de entrada para o CAPS é a busca espontânea ou o encaminhamento de qualquer serviço de saúde ou da rede intersetorial (BRASIL, 2013).

O primeiro contato com o usuário é o acolhimento, que tem por objetivo principal compreender a situação do paciente, dando início ao vínculo terapêutico (BRASIL, 2013). Por diversas vezes, o acolhimento acaba se transformando em aspectos burocráticos, como fazer um prontuário ou apresentar algum encaminhamento de outro equipamento de saúde. A formulação de um diagnóstico é necessária, mas não deve ser o principal objetivo do momento da acolhida. Por isso, no CAPS Infantil acaba

<sup>4</sup> A RAPS foi instituída pela publicação da Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.

<sup>5</sup> A RAS teve suas diretrizes organizacionais publicadas na Portaria nº 4279, de 31 de dezembro de 2010.

ocorrendo diversas modalidades de acolhimento, inicialmente com os pais da criança ou adolescente na forma de entrevista individual, observação em grupos de crianças e também escuta dos pais em grupo.

Após esse procedimento é traçado o Projeto Terapêutico para cada usuário. Se este não for caracterizado como público, isto é, como alguém que sofre de um transtorno global do desenvolvimento ou de algum transtorno mental de persistente a grave (BRASIL, 2013), para ser atendido no CAPS, aquele deverá ser encaminhado para um serviço adequado a sua demanda. O trabalho desenvolvido no CAPS tem finalidade terapêutica, que é construída no dia-a-dia em um “ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 16).

O Terapeuta de Referência (TR) é responsável por monitorar, acompanhar e é o profissional com vínculo próximo ao sujeito, por isso é o profissional de referência do projeto terapêutico do usuário. Acaba definindo as atividades e a frequência de participação no serviço, fazendo contato com a família e avaliação periódica da evolução do usuário. É recomendável que cada paciente tenha formulado um projeto terapêutico havendo uma linha de cuidado.

De acordo com a Portaria GM nº 336/2002, o CAPS oferece algumas modalidades de acompanhamento. Podendo ser atendimento intensivo (atendimento diário), atendimento semi-intensivo (o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês), e atendimento não-intensivo (podendo ser atendido até três dias no mês) (BRASIL, 2002).

Para o Ministério da Saúde (2004, p. 17):

O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial também tem revelado outras realidades, isto é, as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço.

Enquadrar o sujeito em modalidades de tratamento no CAPS, parece insuficiente frente as demandas e ao sofrimento. Sobretudo, no CAPS Infantil existem muitas crianças e adolescentes que são inseridos no serviço em razão da vulnerabilidade psicossocial e familiar. Por vezes, a questão central do sofrimento não é a criança, mas a família que não consegue se engajar num tratamento.

Os CAPS devem oferecer acolhimento, com um ambiente terapêutico e harmônico. As atividades terapêuticas são “psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 17).

Contudo, o espaço físico deve proporcionar um bem-estar aos usuários do serviço, por meio da ambiência, ou seja, diferente de um espaço voltado a instituição de saúde, como o hospital. Sendo assim, no local onde se trata o infanto-juvenil se deve proporcionar características agradáveis e compatíveis a ponto de produzir um bem-estar. O ambiente físico ainda, deve considerar a singularidade das pessoas que por ali transitam, abrindo espaços para a convivência e construção coletiva, como: uma sala agradável, uma biblioteca e uma horta.

As ações do CAPS são preconizadas pelo Ministério da Saúde. Podendo-se contar com os seguintes recursos:

Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação; atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal; atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares; atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. [...]; assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do

CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 17).

Porém, nem todos os sujeitos necessitarão das estratégias ofertadas. A partir do rol de ações é que se delimitam os Projetos Terapêuticos. Sendo assim, é estabelecido a estratégia de tratamento conforme os interesses e necessidades do sujeito. Os dispositivos coletivos, como as assembleias e associações dos usuários, são instrumentos que viabilizam a politização dos mesmos e seus familiares. Resulta na recuperação da cidadania e na conscientização da participação política.

O CAPS pode, portanto, associar o cuidado clínico com programas que possibilitem a reabilitação psicossocial, deste modo, os Projetos Terapêuticos pretendem promover “oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.18).

Sobre a medicação, cada caso deve ser avaliado constantemente pelos profissionais do serviço, cabendo a este um “empenho na capacitação e supervisão das equipes de saúde da família para o acompanhamento do uso de medicamentos e para a realização de prescrições adequadas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 18).

As oficinas terapêuticas são formas de tratamento oferecido nos CAPS, sendo atividades realizadas em grupo, onde se realizam vários tipos de atividades de acordo com o interesse dos usuários, e com as possibilidades dos técnicos. São exemplos de oficinas terapêuticas: oficinas expressivas, com expressão corporal, expressão verbal e expressão musical; oficinas geradoras de renda; e oficinas de alfabetização.

As atividades desenvolvidas pelos técnicos do CAPS são, segundo o Ministério da Saúde (2004, p. 21):

Tratamento medicamentoso: tratamento realizado com remédios chamados medicamentos psicoativos ou psicofármacos. Atendimento a grupo de familiares: reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico. Atendimento individualizado a famílias: atendimentos a uma família ou a membro de uma família que precise de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos. Orientação: conversa e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico[...]. Atendimento psicoterápico: encontros individuais ou em grupo onde são utilizados os conhecimentos e as técnicas da psicoterapia. Atividades comunitárias: atividades que utilizam os recursos da comunidade e

que envolvem pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade. Atividades de suporte social [...]. Oficinas culturais [...]. Visitas domiciliares: atendimento realizado por um profissional do CAPS aos usuários e/ou familiares em casa. Desintoxicação ambulatorial: conjunto de procedimentos destinados ao tratamento da intoxicação/ abstinência decorrente do uso abusivo de álcool e de outras drogas.

Existem diferentes tipos de CAPS, tanto no que se refere ao “tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas. Quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 22).

Segundo a Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial há os seguintes espaços para acesso à população: CAPS I e CAPS II, com atendimento diário de adultos; CAPS III, atendimento diário e noturno de adultos; CAPS Infantil, para infância e adolescência; CAPS AD, para usuários de álcool e drogas (BRASIL, 2002).

109

Os CAPS são considerados Centros de Atenção Secundária, pois pode oferecer atendimento ao público por meio de Ambulatórios Gerais de Psiquiatria, e Ambulatórios Médicos Especializados (AME) em Psiquiatria com a função de complementar o sistema de atendimento baseado na atenção básica (BRASIL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2004, p. 23), “o CAPS I é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicicamente”. São atendidos nesse serviço os usuários portadores de “autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais”.

De acordo com o acompanhamento dos usuários e com os estudos realizados a respeito dos transtornos manifestos em crianças e adolescentes, sabe-se que o tratamento tem maior probabilidade de ser eficaz quando a criança ou adolescente é mantida em seu ambiente doméstico e familiar. Observa-se melhor eficácia no tratamento a partir do momento que a família participa e se implica com ele.

Além disso, qualquer equipamento de saúde mental deve ter uma perspectiva integral do sujeito, por isso a importância de se ofertar alguns dispositivos para o tratamento com o objetivo de atender necessidades múltiplas. Portanto, a clínica

transcende só o aspecto mental ou do sofrimento, introduzindo ações e organizações intersetoriais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A peculiaridade com que se constrói as ações de um CAPS acaba exigindo uma constituição diferenciada da equipe, que é multiprofissional e atua com conhecimento interdisciplinar.

Segundo o Ministério da Saúde:

As equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas, recomendando-se a participação de médicos com experiência no atendimento infantil, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais para formar uma equipe mínima de trabalho. A experiência de trabalho com famílias também deve fazer parte da formação da equipe. Deve-se ter em mente que no tratamento dessas crianças e adolescentes, mesmo quando não é possível trabalhar com a hipótese de remissão total do problema, a obtenção de progressos no nível de desenvolvimento, em qualquer aspecto de sua vida mental, pode significar melhora importante nas condições de vida para eles e suas famílias. Atividades de inclusão social em geral e escolar em particular devem ser parte integrante dos projetos terapêuticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 23).

110

Assim, as atividades realizadas no CAPS Infantil são semelhantes às desenvolvidas nos CAPS que realizam atendimentos com adultos, a diferença está na condução dos encontros terapêuticos. Estes são caracterizados por atividades lúdicas, que utilizam objetos intermediários para a expressão verbal ou física do sujeitos. E no tratamento do público infanto-juvenil, acrescenta-se a importante participação da família, pois é no contexto familiar que se faz os desafios de lidar com o sofrimento, comportamentos inadequados e outras questões.

## **MÚLTIPLOS OLHARES SOBRE A REALIZAÇÃO DOS GRUPOS NO CAPS INFANTIL**

Foram observados e acompanhados grupos conduzidos por duas técnicas da área de Psicologia num CAPS Infantil durante o período de cinco meses. Cada estagiária do curso de Psicologia do Centro Universitário Filadélfia – UNIFIL foi supervisionada por uma profissional, auxiliando-a semanalmente nos grupos

terapêuticos, familiares e acolhidas, além das questões burocráticas da instituição que demandavam assistência em determinado período do estágio.

Durante o período de graduação, dentro da técnica psicanalítica foram abordados os conceitos de grupo e os métodos de trabalho. No estágio relatado foi então constatada na prática, a importância de tornar o agrupamento de pessoas em um grupo terapêutico. Segundo Amaral (2007, p. 5) o conceito de grupo é “uma unidade que se dá quando os indivíduos interagem entre si e compartilham normas e objetivos”. Ou seja, as pessoas não estão apenas agrupadas, mas formam uma unidade que busca atender objetivos em comum e partilham de normas e regras.

Ainda segundo a autora, a vida cotidiana é marcada pela vida em grupo, pois para viver existem regras necessárias. A partir das pactuações surgem a institucionalização, “o estabelecimento de regularidades comportamentais que possibilitam o viver coletivo”. Após anos de repetições dessas atuações, estas se tornam uma regra social. O conjunto de regras e valores formam a organização social, que pode ser complexa (empresas), ou mais simples (pequenos negócios).

111

Além do objetivo do grupo terapêutico ser o mesmo à todos os participantes, e de haver normas organizadoras do *setting*, devem existir aspectos partilhados e identificatórios para que se estabeleça a análise comum, favorecendo a transferência multilateral, onde os participantes do grupo assumem características similares e identificam-se entre si.

Freud no texto “Psicologia de grupo e a análise do ego” (1973), aponta que a constituição de um grupo se dá pela colocação de um mesmo objeto no lugar de ideal do ego. Consequentemente, as pessoas se identificam umas com as outras, isto é, do ponto de vista egoico as pessoas se aproximam havendo compartilhamento do objetivo (ideológico) do grupo.

Freud (1973) propõe que “todos os comportamentos individuais dentro de uma multidão poderiam ser compreendidos a partir do psiquismo dos indivíduos, na medida em que os processos mentais se articulam desde cedo com a dimensão social da existência” (AMARAL, 2007, p. 03). Ou melhor, para Freud o indivíduo isoladamente constitui uma unidade diferente daquela quando está associado com outras pessoas. Por isso, é possível analisar os efeitos da massa e das grandes multidões sobre o

comportamento do sujeito, pois, existe neste processo a perda da capacidade de pensamento e julgamento.

Para Amaral (2007) o grupo é dinâmico, não sendo simplesmente a soma dos participantes, mas a atuação efetiva sobre as pessoas individualmente através do processo grupal.

O objeto (um ideal, uma ideia, um objetivo) ocupa lugar no ideal do ego para cada um dos participantes, desde então, cada um deles estão identificados um com os outros compartilhando uma mesma instância psíquica. Os egos se “alinham” para uma configuração da dimensão grupal.

Para Pichon-Rivière (2005) um grupo será centrado num objetivo específico, ou seja, as pessoas não se agregam somente para compartilhar ideologias, mas todo grupo possui o propósito de realizar uma tarefa. Nesta perspectiva é válida a citação a seguir:

Quando várias pessoas se reúnem em um grupo, cada membro projeta seus objetos de fantasia inconsciente sobre vários membros do grupo, relacionando-se com eles de acordo com essas projeções, que se tornam patentes no processo de adjudicação e assunção de papéis. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 164)

112

Pichon-Rivière (2005) mostra que no grupo acaba acontecendo organização em papéis definidos. Todavia, a presença destes possibilitam a projeção das fantasias inconscientes tanto no próprio papel exercido pelo sujeito, quanto na forma como se vincula as demais pessoas do grupo.

A definição de papéis no grupo, possibilitam afirmar que este se constitui para além de uma tarefa. Conforme assinala Pichon-Rivière (2005), todo grupo que é centrado num objetivo específico também terá um fundo terapêutico. As características que demonstram que o agrupamento de pessoas se tornou um grupo são: coesão (fidelidade aos objetivos); padrões grupais (padrões ou normas de comportamento); motivações individuais e objetivos do grupo; liderança (habilidade do líder) (OSORIO, 2003).

## **EXPERIÊNCIAS COM GRUPOS DIVERSOS**

A partir das “Diretrizes para um modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil”, na atenção secundária é utilizado nos atendimentos infanto-juvenis como método a brinquedoteca terapêutica:

Tem como objetivo favorecer a melhora da qualidade de vida de pacientes registrados em um serviço de psiquiatria da infância e da adolescência, bem como de suas famílias. Seu objetivo é propiciar a interação grupal e a aceitação de regras e limites necessários ao convívio social através do brincar, orientando as famílias quanto à possibilidade de desenvolvimento psicossocial de suas crianças e/ou adolescentes. Para tanto, utiliza, enquanto metodologia, atividades lúdicas que usam o brinquedo como objeto intermediário e facilitador e orienta pais individualmente ou em grupo. Atende, assim, crianças até 12 anos ou mais velhas se apresentarem dificuldades cognitivas e sociais acentuadas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014, p. 17).

Na citação, observa-se o quanto o brincar tem a função facilitadora de dialogar e imprimir na relação equipe e criança/adolescente elementos simbólicos, responsáveis por proporcionar a introdução das regras e limites. Também, a brincadeira pode ser considerada uma artimanha pedagógica, pois é um modo como muitas crianças experimentam ser e estar no mundo.

Como constatado na teoria sobre o CAPS apresentada anteriormente, para o Ministério da Saúde (2004, p. 17) “as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção”. Assim, é necessário criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, as vezes, sobrepondo-se ao transtorno mental.

Na prática de estágio, constatou-se a existência de dois métodos de trabalho: a brinquedoteca e a utilização de modelos engessados de atendimento. Sendo que o manejo em sessão do trabalho com grupos é desenvolvido de acordo com a subjetividade e vivências pessoais de cada técnico, aqui é entendido como profissional da psicologia. Assim, àqueles que possuem melhor formação nas teorias de grupo e identificam a importância do dispositivo, acabam reproduzindo nos atendimentos grupais, a preocupação com os papéis organizativos dentro do grupo resultando em trabalhos verdadeiramente terapêuticos e harmônicos. Por exemplo, a participação ativa na condução do grupo, já é um fator positivo e percebido pelos seus participantes, do

mesmo modo que estabelecer o contrato terapêutico e pensar na introdução de novos membros no grupo com o objetivo de se ter melhor coesão grupal. Enquanto que profissionais que atuam sem contorno e direcionamentos teóricos-técnicos não conseguem avançar da condição de agrupamento de pessoas para um grupo coeso e terapêutico, especialmente em grupos de crianças até doze anos como mencionado na citação anterior.

Notou-se também a alta demanda de atendimento na instituição mencionada, uma vez que todas as solicitações relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes passam por avaliação dos técnicos do CAPS Infantil, o que impede, por vezes, que a atenção seja voltada para o público que realmente necessita dos serviços ofertados. Outra dificuldade tem sido as demandas judiciais, existe um excesso de encaminhamento para tratamento ou “acompanhamento” sem ao menos o sujeito apresentar um transtorno ou sofrimento. Um reflexo disso, é a baixa participação das crianças e adolescentes nas atividades grupais, sendo que a adesão foi melhor observada nos grupos conduzidos por profissionais que demonstravam melhor aptidão pessoal para lidar com grupos. Quando ainda, a demanda era por encaminhamento de outro profissional de saúde ou espontânea.

114

Outro ponto levantado foi a comunicação divergente entre os técnicos que atendem diferentes membros da família. Embora troquem informações sobre o assunto, por vezes não conseguem dialogar para se chegar a uma conduta comum, pois assim como já relatado, atuam de acordo com suas particularidades teóricas e suas visões de mundo.

Nesse sentido, a divergência técnica corresponde a abordagem teórica, a qual é diversificada no campo da psicologia. No CAPS Infantil em questão existem diversos psicólogos basicamente atuando em duas principais bases teóricas: a comportamental e psicanálise. Contudo, independente da formação dos profissionais, existem como parâmetro para atuação dos psicólogos no CAPS a linha de cuidado, e também o PTS, cujo objetivo é traçar estratégias de ação individual e/ou familiar.

No atendimento clínico individual o sujeito é identificado com um sofrimento, um problema ou uma questão. No entanto, no CAPS Infantil muitas crianças e adolescentes são encaminhadas pelas escolas ou levadas pelos seus familiares, porque na percepção daqueles são portadores de uma doença.

Sobre isso, a teoria de psicoterapia familiar permite apontar que no contexto familiar ou escolar, alguém precisa ser alvo dos sintomas. Diante disso, pode-se dizer que as crianças/adolescentes postos no lugar de paciente-identificado, têm uma função sintomática de revelar demais conflitos não superados.

Nas palavras de Checchinato (2007, p. 141):

Note-se que a posição da criança é sintomática. Ora, o sintoma não é doença. Onde, então, encontra-se a doença, causa do sintoma da criança? Evidentemente, na “estrutura familiar”. Mas quem constitui essa estrutura? Obviamente, os pais que, a priori, fundaram-se como pai e mãe, como genitores. Conclusão, o lugar do sintoma é a criança e o lugar da doença (causa) está nos pais. Disso decorre, evidentemente, que são os pais que precisam ser tratados e, tratados eles, os problemas (sintomas) das crianças conseqüentemente se dissiparão. Isso não é uma hipótese. É uma constatação baseada na análise de pais.

O sintoma acaba sinalizando que a estrutura familiar está disfuncional. Isto é, há uma organização dos papéis familiares que não correspondem as funções imaginárias esperadas. Logo, a desorganização e a desresponsabilização familiar resultam em situações conflituosas e sintomáticas, portanto, a família surge como causa deste.

Na prática, evidenciou-se que os sintomas apresentados pelos sujeitos infanto-juvenis necessitariam de tratamento psicológico, sobretudo para os pais. No entanto, muitos sintomas decorrentes de fatores psíquicos são tratados pela via medicamentosa. Isto é, no CAPS Infantil existe uma demanda (social) psiquiátrica elevada, principalmente em se tratando do uso da medicação para transtorno de hiperatividade e déficit de atenção. Todavia, a demanda real para se medicar um transtorno mental é baixo, muitas vezes, isso acaba sendo uma forma de apaziguar a angústia dos familiares.

Para Checchinato (2007), o sintoma apresentado na criança deve ser visto como a causa dos conflitos intrafamiliares. Por isso, aquela acaba sendo o porta-voz do sistema adoecido. Infelizmente, no trabalho exercido na saúde mental nos dias atuais a ação é controversa: as crianças são medicadas, e por vezes, os pais não aderem aos atendimentos grupais oferecidos e quando participam, não são necessariamente atendidos por profissionais da área da psicologia.

Segundo Guarido (2007), as terapias analíticas têm foco no diagnóstico psiquiátrico com bases biológicas para explicar os sofrimentos psíquicos, aproximando

os fenômenos mentais das doenças orgânicas. Há o abandono da descrição causal e de sentido dos sintomas apresentados, valorizando os acontecimentos biológicos, e por vezes não obtendo um resultado eficaz de melhora, já que na maioria dos sintomas psicológicos apresentados pelos sujeitos infanto-juvenis não há necessidade de medicalização, mas de psicoterapia.

Não se pretende neste artigo fazer uma crítica aos medicamentos. Em algumas situações os remédios apresentam efeitos positivos, mas se questiona o excesso de medicalização dos processos existenciais, como se o discurso e a postura (técnica) se reduzisse ao nível biológico, naturalizando os sofrimentos e culpabilizando os sujeitos pelos seus próprios sofrimentos.

A partir da prática no CAPS Infantil se constatou que existe a recorrência de classificar determinado sofrimento numa categoria clínica de doença. Uma prevalência, ainda em medicar os sujeitos infanto-juvenis em razão de adequá-los ao ambiente (família ou escola). Por outro lado, os técnicos devem assumir o tratamento das pessoas de modo ético, reconhecendo na escuta e nos espaços coletivos, entendido como grupos diversos, um potencial terapêutico.

116

Para isso os técnicos necessitam se atualizar ou procurar por formação em tratamentos focados no atendimento em grupo, pois tradicionalmente na formação em psicologia existe o predomínio da clínica individual. A modalidade de atendimento em grupo proporciona ao sujeito uma experiência de troca, ou melhor, “eu compartilho minha experiência e posso aprender com a experiência do outro”. Sendo assim, o grupo é um espaço rico, no qual muitos entraves e construções ocorrem havendo uma múltipla transmissão de saber.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Vera Lúcia do. **A Dinâmica dos Grupos e o Processo Grupal**. Natal, RN: UFRN, 2007. 208 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Diretrizes para um modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil**. Brasília, DF: ABP, 2014. Disponível em: [http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes\\_final.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf). Acesso em: 15 de out. de 2016.

BRASIL. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:  
[http://www.mprj.mp.br/documents/112957/5266990/portaria\\_336\\_2002.pdf](http://www.mprj.mp.br/documents/112957/5266990/portaria_336_2002.pdf). Acesso em: 12 de nov. de 2016.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Atenção Básica, nº 34: Saúde Mental**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CHECCHINATO, Durval. **Psicanálise de Pais: criança sintomas dos pais**. Bauru, SP: Companhia de Freud, 2007.

FREUD, Sigmund. *Psicologia de grupo e a análise do ego* (1921). Rio de Janeiro: Imago, 1976..

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, jan./abr. p. 151-161, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OSÓRIO, L.C. *Marcos referenciais teóricos fundantes*. In: OSÓRIO, L.C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.