

**Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública**

**Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e  
Estratégia de Saúde da Família: articulação das  
ações voltadas à saúde mental de crianças e  
adolescentes**

**Patricia Santos de Souza Delfini**

**Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Pública para  
obtenção do título de Mestre em Saúde  
Pública.**

**Área de concentração: Saúde, ciclos de  
vida e sociedade**

**Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo  
Advíncula Reis**

**São Paulo  
2010**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e  
Estratégia de Saúde da Família: articulação das  
ações voltadas à saúde mental de crianças e  
adolescentes**

**Patricia Santos de Souza Delfini**

**Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Pública da  
Faculdade de Saúde Pública da  
Universidade de São Paulo para obtenção  
ao título de mestre em Saúde Pública.**

**Área de concentração: Saúde, ciclos de  
vida e sociedade**

**Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo  
Advíncula Reis**

**São Paulo  
2010**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais e irmão, que me ajudaram a trilhar meus caminhos.

Ao meu marido, que caminha ao meu lado todos os dias.

À minha filha, com quem tenho dado os primeiros passos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, de alguma forma, puderam me ajudar a desenvolver este trabalho.

Ao CNPQ pelo apoio financeiro.

Aos trabalhadores dos serviços que se dispuseram a participar da pesquisa.

Ao meu orientador Alberto pelo aprendizado em todos os momentos, pela disponibilidade e pelo constante incentivo.

Às professoras Ianni Regia Scarcelli e Rosana Onocko-Campos por suas valiosas contribuições na qualificação, pré-banca e banca.

À todos os colegas do Lasamec que, cada um a sua maneira, me ajudaram nesta tarefa.

Aos amigos Moacyr, Maria Fernanda, Natalia, Alina, Carol G., Grace que estiveram comigo durante essa jornada.

À querida amiga Carol Dombi com quem compartilhei todas as etapas do mestrado e que me ajudou nesta reta final com a leitura cuidadosa do texto.

Aos funcionários da FSP/USP, em especial a Iara e Leandro do Dpto. de Saúde Materno-infantil pela ajuda em todos os meus pedidos.

À toda equipe da creche Saúde, em especial às educadoras Alessandra e Bárbara que ao cuidarem tão amorosamente da minha bebê, cuidaram também de mim.

Aos meus pais e irmão por todo o suporte e apoio para que eu chegasse até aqui.

Ao meu marido Ruben que respeitou meus momentos de ausência e me ajudou em todas as etapas da pesquisa. É o cientista da computação que mais entende de Saúde Mental e Saúde Pública!

À minha pequena Leticia, por sua tranquilidade e paciência dentro e fora da barriga que me permitiram ir a campo e realizar todo o trabalho escrito.

Finalmente, agradeço a Deus por ter me dado todas essas oportunidades e me rodeado de pessoas tão especiais.

Delfini PSS. Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

## RESUMO

O objetivo do estudo foi descrever e analisar as articulações que se realizam entre as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), tendo em vista as ações voltadas à atenção em saúde mental de crianças e adolescentes. Além disso, visou-se conhecer os facilitadores e obstáculos encontrados no cotidiano do trabalho para sua efetivação; apreender a expectativa dos entrevistados sobre como elas deveriam ser; conhecer outras formas de apoio em saúde mental recebidas pelas equipes de SF. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi-dirigidas com gerentes, ou outro profissional por ele indicado, de 5 CAPSi e 13 Unidades Básicas de Saúde com equipes de SF, de cinco regiões distintas no município de São Paulo, totalizando 18 entrevistas que foram transcritas e submetidas a técnicas de análise de conteúdo. Constatou-se que a articulação entre CAPSi e SF se dá prioritariamente por encaminhamento de casos, apoio matricial ou parceria para casos pertinentes ao CAPSi. O contato ocorre ocasionalmente, de acordo com a demanda e, nessas situações, se dá por telefone, pessoalmente ou por meio de relatório; ou regularmente, em reuniões entre os serviços, envolvendo, em algumas regiões, apenas os gerentes e, em outras, parte das equipes de CAPS e SF. Dentre as estratégias, foram mencionadas discussões de casos, intervenções conjuntas, reuniões gerenciais e fóruns de saúde mental. Quanto aos objetivos, destacam-se ampliar a resolutividade dos casos, fortalecer a rede e apoiar as equipes de SF para lidar com saúde mental. Os principais obstáculos apontados foram: problema de dimensionamento e recursos humanos do CAPS; sobrecarga de tarefas, agenda rígida, falta de capacitação, grande rotatividade dos profissionais das equipes de SF; falta de profissionais e equipamentos de saúde mental na rede. O conhecimento pessoal dos trabalhadores dos diferentes serviços foi considerado como importante facilitador para articulação, no entanto, uma maior proximidade foi mencionada como necessária. Todas as regiões pesquisadas contam com Núcleo de Apoio à Saúde da Família que auxilia as equipes nas questões que envolvem saúde mental. A lógica do encaminhamento e da desresponsabilização bem como a hegemonia do modelo biomédico, a departamentalização do trabalho por núcleos de especialidades e a consequente fragmentação dos cuidados se mostram vigentes no cotidiano dos serviços.

**Descritores:** saúde mental, infância e adolescência, CAPSi, Saúde da Família, rede de saúde, saúde pública.

Delfini PSS. Psychosocial Care Centers for children and adolescents and Family Health Strategy: the articulation of actions aimed to mental health care of children and adolescents [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

## **ABSTRACT**

The objective of this paper was to describe and analyze the articulation of interventions between Family Health Strategy (ESF) and Psychosocial Care Centers for children and adolescents (CAPSi) teams considering mental health care for children and adolescents. In addition, we aimed to identify the factors that facilitate or hinder the articulation of actions between the teams in daily work; to understand workers' expectations of these factors and other kinds of mental health support received by ESF teams. In order to achieve these objectives, semi-structured interviews were conducted with five CAPSi and 13 ESF managers, or other professionals of the teams suggested by him/her, from five different regions of São Paulo city, Brazil. The 18 interviews have been transcribed and subjected to content analysis techniques. It was found that the relationship between ESF and CAPSi occurs mostly by referral of cases, matrix support or partnership for cases concerning CAPSi. The contact between them occurs occasionally, according to the demand and usually happens by phone, personally or through paper reports. In some cases, contact takes place via regular meetings between the services involving the managers or other workers of CAPSi and ESF teams, depending on the region. The strategies used for the contact of teams mentioned in the interviews were case discussions, joint interventions, management meetings and mental health forums. The main goals of the joint work were to increase case resolution, strengthen care networks and give support to the ESF teams to deal with mental health. The main obstacles mentioned were: lack of CAPSi in the city, lack of human resources in the existing services; overhead tasks, rigid schedule, lack of training in mental health and frequent changes of ESF professionals; as well as lack of services and professionals in the mental health network. Personal connection among workers from different services was considered an important factor to facilitate the development of partnerships between teams. All the surveyed regions have Family Health Strategy Support Centers that helps ESF teams on issues involving mental health. The referral of users to specialized services, the lack of responsibility for mental health cases, the hegemonic biomedical model, the departmentalization of work by specialized sections and the fragmentation of care have been found as main working procedures in the services.

Descriptors: mental health, childhood and adolescence, specialized mental health services, Family Health Strategy, health network, Public Health.



## ÍNDICE

<b>MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO</b> .....	9
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>1. UM POUCO DE HISTÓRIA</b> .....	13
1.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	14
1.1.1 Considerações sobre a Cidade de São Paulo.....	20
1.2. A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL.....	21
1.3. REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	27
1.3.1 O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI) .....	29
1.3.2 A Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	33
1.3.2.1 Saúde Mental na ESF .....	35
1.4. ARTICULAÇÃO ENTRE OS CAPSI E A ESF.....	38
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	45
2.1 OBJETIVO GERAL.....	45
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
<b>3. MÉTODO</b> .....	46
3.1 LOCAL DA PESQUISA.....	46
3.1.1 Critérios de Escolha das Unidades.....	49
3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS E DOS SERVIÇOS.....	49
3.2.1 Sujeitos.....	50
3.2.2 Serviços.....	51
3.3 INSTRUMENTOS.....	52
3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	53
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	56
<b>4. RESULTADOS – POR REGIÃO</b> .....	57
4.1. REGIÃO A.....	58

4.2 REGIÃO B.....	63
4.3 REGIÃO C.....	68
4.4 REGIÃO D.....	74
4.5 REGIÃO E.....	79
<b>5. ANÁLISE E DISCUSSÃO – POR EIXO TEMÁTICO.....</b>	<b>83</b>
5.1 ENCAMINHAMENTO – PASSAR A RESPONSABILIDADE OU COMPARTILHÁ-LA? .....	83
5.1.1 Encaminhar como Passar a Responsabilidade.....	83
5.1.2 Encaminhar no Sentido de Compartilhar.....	88
5.2 MATRICIAMENTO – A PALAVRA DA VEZ.....	89
5.2.1 A Entrada dos NASF.....	98
5.3 O CAPSI E SEU PAPEL NA REDE.....	103
5.4 TRABALHO EM REDE E NO TERRITÓRIO.....	110
5.4.1 Fórum de saúde mental .....	114
5.4.2 Reunião gerencial.....	115
5.5 PROCESSOS DE TRABALHO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO... ..	116
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>123</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>129</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>136</b>
Anexo I - Roteiro de entrevista para coordenador/gerente CAPSI.....	136
Anexo II - Roteiro de entrevista para coordenador/gerente ESF.....	137
Anexo III – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Saúde Pública....	138
Anexo IV - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal da Saúde.	141
Anexo V – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	144
Anexo VI - Quadro-resumo da articulação entre CAPSi e ESF por região.....	145
Anexo VII - Currículo Lattes da pesquisadora.....	147
Anexo VIII - Currículo Lattes do orientador.....	148

## MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

A ideia inicial para a realização desta pesquisa vem de uma experiência de Aprimoramento em Saúde Mental realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de São Paulo em 2004, embora meu interesse pela área venha de minha graduação em Psicologia.

Em uma determinada aula do terceiro ano, tive a oportunidade de conhecer uma “nova” modalidade terapêutica voltada às pessoas em intenso sofrimento psíquico: o Acompanhamento Terapêutico (AT). Essa forma de cuidar chamou minha atenção, pois pela primeira vez pude, de fato, acreditar que alguma ajuda poderia se concretizar para aquelas pessoas.

Iniciei, assim, um curso de AT que incluía aulas teóricas e um estágio prático que consistia no acompanhamento terapêutico de um usuário de um CAPS, local até então desconhecido para mim. Meu papel era fazer parte da equipe que cuidava dele, ajudando-o em atividades externas. Se por um lado essa proposta me fascinava, por outro me assustava, porque o contato que tinha com a loucura até este momento era em um hospital psiquiátrico, onde realizávamos visitas quinzenais, 30 alunos e um professor, para avaliar as funções psíquicas de um paciente que, diante desse grupo, era entrevistado, para que pudéssemos reconhecer os sintomas de sua doença, seus delírios, alucinações etc.

Na experiência de AT, ia ao CAPS semanalmente durante um ano e fui conhecendo essa nova modalidade de intervenção, bem diferente daquele hospital que havia tido contato até então. Depois de formada, ingressei no Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental do CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira. Foi uma experiência muito rica para mim, pois estar no CAPS 8 horas por dia durante um ano, trouxe uma amplitude de conhecimento e vivência inestimáveis.

Lá me envolvi nas mais variadas formas de intervenção, porém as que mais me interessavam eram as externas, tais como idas ao cinema, ao complexo esportivo do clube Pacaembu, visitas domiciliares e acompanhamento terapêutico, nas quais

conseguia ver, de forma direta e explícita, a progressiva ampliação da inserção social dos usuários nos mais distintos cenários da vida.

No entanto, foi um trabalho de parceria entre CAPS e equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>1</sup> que me levou a formular questões que tem a ver com esta pesquisa. Havia um núcleo do CAPS – Núcleo de Ações Territoriais – que dentre outras atribuições deveria realizar parceria com UBS que tivessem equipes de ESF da região, a fim de trabalhar conjuntamente as situações que envolvessem o sofrimento psíquico. Fazíamos, principalmente, reuniões conjuntas para discutir casos e visitas domiciliares com as equipes. Conhecemos diversas famílias e situações que pudemos manejar melhor por estarmos juntos, compartilhando o caso e construindo coletivamente seus projetos terapêuticos.

Embora considere ter sido um trabalho exitoso, encontramos muitas dificuldades ao longo do processo que me fizeram refletir sobre alguns pontos, tais como a desarticulação entre os serviços e a rede como um todo, o isolamento dos equipamentos e de suas ações, a falta de profissionais disponíveis e dispostos para trabalhar com saúde mental, a ausência de diretrizes para a efetivação da parceria, entre outras.

Neste mesmo ano, ingressei no Laboratório de Saúde Mental Coletiva – LASAMEC – da Faculdade de Saúde Pública da USP, local de discussão, reflexão e pesquisa no campo da saúde mental coletiva. Pude, nesse espaço, compartilhar esses questionamentos e perceber que não eram restritos aquele serviço, mas eram problemas comuns de diversas regiões.

Assim, a partir do meu envolvimento em outras pesquisas do laboratório em CAPS infantojuvenil e na Atenção Básica, formulei, com mais clareza, meu problema de pesquisa e meus objetivos que serão abordados ao longo do trabalho.

---

<sup>1</sup> Relatamos essa experiência no artigo Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PD, Guimarães POS. Ciência e Saúde Coletiva, 2009.

## APRESENTAÇÃO

A saúde mental infantojuvenil vem sendo discutida muito recentemente não só no Brasil como em todo o mundo. As crianças e adolescentes ficaram por um longo período exclusivamente a cargo de instituições filantrópicas que, com ideários de tutela e proteção, as segregaram do convívio social.

Atualmente, um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira está relacionado à consolidação de uma nova etapa na atenção à saúde mental da população infantojuvenil, que leve em conta suas peculiaridades e respeite seus membros como sujeitos de direitos e responsabilidades.

O trabalho em rede entre diferentes dispositivos de saúde e a articulação com outros setores se mostram fundamentais para os cuidados de sujeitos em sofrimento psíquico. Cuidar das pessoas nos locais onde elas vivem e circulam, envolvendo diversos atores que convivem com elas das formas mais diferenciadas, potencializa as possibilidades de inclusão social e de uma melhor qualidade de vida.

Entretanto, muitos são os entraves encontrados no trabalho cotidiano de atenção e acolhimento dessa população. No que diz respeito às crianças e adolescentes, a família, a escola, a justiça, a comunidade e todos aqueles envolvidos na vida desses sujeitos, devem participar de seu tratamento. No entanto, trabalhar em conjunto não é tarefa fácil visto que surgem divergências de opiniões, discórdias, dificuldades que apenas com muita dedicação e empenho podem ser manejadas.

No setor público de saúde, há ainda questões burocráticas e institucionais, tais como horários incompatíveis, sobrecarga de funções, condições de trabalho precárias, falta de espaço físico para reuniões, falta de transporte, dentre outros fatores que tornam a tarefa ainda mais árdua. Apesar disso, experiências exitosas em todo o Brasil têm demonstrado que o trabalho em rede enriquece a prática, desmistifica preconceitos e é fundamental para garantir os cuidados necessários à população.

O objetivo do presente estudo é descrever e analisar a articulação das ações realizadas entre dois dispositivos de saúde no que diz respeito à saúde mental de

crianças e adolescentes: os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). A pesquisa foi desenvolvida em diferentes regiões da cidade de São Paulo, o que pode dar um panorama geral dessa articulação em todo o município, bem como particularidades de cada local.

No capítulo 1, contextualizamos a política pública voltada à saúde mental infantojuvenil e para isso, apresentamos de forma sucinta os principais aspectos relacionados à Reforma Psiquiátrica Brasileira, à atenção em Saúde Mental Infantojuvenil e suas especificidades e à rede de dispositivos públicos de saúde atuais, enfatizando o CAPSi e a ESF, alvos da presente pesquisa. Ainda, expomos o tema central desta investigação: a articulação entre os CAPSi e a ESF, demonstrando seus princípios norteadores, suas principais ações, suas potencialidades e entraves.

No segundo capítulo, expomos o objetivo geral e os específicos do estudo. O terceiro capítulo é voltado para o método e todas as questões referentes a ele: local da pesquisa, instrumentos, procedimentos de coleta e de análise dos dados e aspectos éticos.

A partir do capítulo 4, dedicamo-nos aos resultados encontrados no estudo que são expostos nas sub-sessões de 4.1 a 4.5, cada uma voltada a uma das regiões pesquisadas. A seguir, no quinto capítulo, analisamos e discutimos a investigação tendo em vista as temáticas que tiveram maior representatividade no material coletado.

No capítulo 6, apontamos algumas considerações finais, mencionando os alcances e possíveis limites da pesquisa, bem como sugestões para futuros trabalhos.

## 1. UM POUCO DE HISTÓRIA

*A Reforma Psiquiátrica é uma transição. O velho não predomina e o novo ainda não domina. Nessa luta entre o domínio e predomínio, que é o conceito clássico de transição para afirmar o que deve predominar a reforma precisa ter um sentido mais diretivo do que imperativo.*

Paulo Delgado

Pensar sobre a articulação entre dois dispositivos públicos de saúde no que diz respeito à saúde mental infantojuvenil, como é o objetivo desta pesquisa, nos remete à necessidade de contextualizar os caminhos históricos em que a atenção voltada a essa população vem se constituindo.

Os serviços em questão, CAPSi e ESF, se inserem na atual política pública brasileira e, articulados aos demais setores e recursos da comunidade, têm como função acolher e acompanhar crianças e adolescentes em sofrimento psíquico<sup>2</sup>.

Assim, a fim de caracterizar a presente situação da saúde mental infantojuvenil, abordaremos, de forma breve, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, as especificidades de nossa população-alvo e da rede de serviços públicos voltados a esses cuidados, até chegarmos ao nosso problema de pesquisa: a articulação entre CAPSi e ESF.

Para tanto, teremos como perspectiva documentos oficiais do Ministério da Saúde, uma vez que nossa pesquisa se configura na análise da articulação entre dois dispositivos concretos inscritos na política vigente. São esses documentos que ditam e orientam o fazer dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde. Assim,

---

<sup>2</sup> Optamos por utilizar o termo ‘em sofrimento psíquico’, por acreditarmos que seja o que melhor expressa a situação dessas pessoas, pois remete a ideia de “um sujeito que ‘sofre’, em uma experiência vivida de um sujeito”, como afirma AMARANTE (2007, p. 68). No entanto, ao nos referirmos a informações oficiais ou escritos de outros autores, manteremos o termo como aparece no original.

retratamos o cenário atual da atenção à saúde mental infantojuvenil, tendo em vista a política pública oficial que vem se configurando no país.

## 1.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Falar da Reforma Psiquiátrica significa dizer de um processo complexo, de múltiplas facetas que vem se compondo não só no âmbito da assistência, como também no jurídico, epistemológico, cultural, etc. Trata-se de “algo em permanente movimento, que caminha e se transforma permanentemente” (AMARANTE, 2007, p. 63).

Embora tenha se constituído com foco na população adulta, atualmente têm se ampliado reflexões e ações dirigidas às crianças e adolescentes que levem em conta as especificidades da faixa etária. Além disso, o estabelecimento de uma política pública que possa responder com efetividade às necessidades dessa população tem sido considerado como fundamental para garantir avanços. Nesse sentido, COUTO et al. (2008) afirmam que há duas principais ações em curso atualmente: a implantação de novos serviços de saúde mental, os CAPSi e a construção de estratégias de articulação intersetorial, visando a integralidade do cuidado.

Contudo, vale lembrar que a Reforma não se restringe a uma reorganização ou implantação de serviços, já que a simples existência de novos dispositivos não garante a inclusão social das pessoas. Se não forem acompanhados de uma profunda mudança em diferentes âmbitos, corre-se o risco de se manter os mecanismos violentos, segregatórios e excludentes dos hospitais psiquiátricos (SCARCELLI e ALENCAR, 2009). Há, conforme afirma AMARANTE (1999), ao menos quatro dimensões fundamentais no processo de reforma: 1) teórico-conceitual, que diz respeito à produção conhecimento e saberes sobre a loucura, o louco, o sofrimento mental, etc; 2) técnico-assistencial, que tem relação com a construção de uma rede de



serviços e espaços de vida para o cuidado das pessoas; 3) jurídico-político, que se trata dos direitos humanos e sociais e da cidadania; 4) sócio-cultural, que diz respeito ao imaginário social relacionado à loucura, à normalidade, ao doente mental, etc.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira recebeu forte influência de outros movimentos ocorridos nos EUA e na Europa, especialmente na Itália, primeiro país a abolir a internação no Hospital Psiquiátrico do conjunto de prestações de serviços em saúde mental. Os italianos, com destaque para Franco Basaglia, principal personagem do processo e, seu sucessor, Franco Rotelli (LANCETTI e AMARANTE, 2006), criticavam o paradigma racionalista, problema-solução, normalmente aplicado em Psiquiatria, defendendo que esse deveria ser desmontado, dando lugar a uma mudança de ótica profunda capaz de atingir o conjunto das ações e interações institucionais.

O mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global, complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos (a instituição), todos referidos à “doença”. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto “existência” doente (ROTELLI et al, 2001, p. 29-30).

Nesse sentido, busca-se reconstruir o objeto de intervenção, que deixa de ser a doença e passa a ser a “existência-sofrimento do paciente”, ou seja, o objetivo do tratamento deixa de ser a cura e passa a ser a produção de vida, de sentido e de sociabilidade. Propõe-se que se coloque a doença entre parênteses e se volte o olhar para o indivíduo e suas particularidades (AMARANTE, 1996). As novas experiências em psiquiatria surgem no contexto desta mudança de objeto de intervenção, do tratamento da doença mental para a promoção da saúde mental. As práticas dentro desse novo modelo, denominado psicossocial, contrapõe-se ao antigo em quatro pontos principais: na definição de seu objeto e meios de intervenção, nas formas de organização dos serviços, nos modos de relacionamento com os usuários e população e nas implicações éticas de sua prática (COSTA-ROSA, 2000).

Nesse contexto, algumas propostas e ações para a reorientação da assistência ganharam força em todo o Brasil. Abordaremos alguns marcos desse processo, com o

objetivo de situar nossa pesquisa, sem a pretensão de esgotar o tema, cuja discussão é complexa e a literatura ampla<sup>3</sup>.

Foi no final da década de 70 que as críticas ao modelo asilar de tratamento de pessoas em intenso sofrimento psíquico ganharam força no país inspiradas em mudanças que vinham ocorrendo em diversos locais do mundo. Até então, os ditos loucos da sociedade eram confinados ao isolamento e, não raro, submetidos a diferentes formas de violência e alienados de direitos, dentro dos manicômios.

Os protagonistas dessas críticas e de denúncias de violência, negligência e ausência de recursos das instituições asilares foram trabalhadores, familiares, pessoas com longo histórico de internação, sindicalistas, membros de instituições, entidades, associações e militâncias, com destaque para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, considerado por AMARANTE (1995) como “o ator e sujeito político fundamental no projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira (...) a partir do qual originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico” (p. 51).

Na década de 80, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, aliado à 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se debateu, com forte participação popular, a política de saúde do país, à I Conferência Nacional de Saúde Mental que tratou sobre a reorganização da assistência, a legislação e os impactos da economia, sociedade e Estado sobre a saúde mental da população e ao II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental - Bauru, SP, cujo lema lançado foi “Por uma sociedade sem manicômios” impulsionaram a implantação de um novo modelo de atenção em saúde mental no país.

No ano de 1987, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país, o CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, oferecendo uma nova possibilidade de cuidados em saúde mental. Outra intervenção do poder público de fundamental importância nacional ocorreu em Santos (SP), em 1989, na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico que foi desmontado, por iniciativa da Secretaria Municipal, e substituído por outros serviços, como os

---

<sup>3</sup> Sobre esse tema, indicamos o livro *Loucos pela vida – a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, coordenado por Paulo Amarante (1995).

Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. Essa experiência se tornou um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, por se tratar da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica era possível (BRASIL, 2005a).

Ainda no ano de 1989, o projeto de lei 3.657/89 de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG) foi apresentado ao Congresso Nacional, onde tramitou por 12 anos, sendo aprovado em 2001 na forma da lei 10.216, com modificações importantes.

Em 1992, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo tema central foi a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Nessa Conferência, considerou-se que má qualidade da assistência psiquiátrica brasileira decorria, principalmente, do modelo assistencial vigente e sua reversão foi indicada como prioridade para a saúde mental (BRASIL, 1994). Outro documento de fundamental importância no contexto da Reforma foi a “Declaração de Caracas” (OMS/OPAS, 1990), assinado por países latino-americanos, que enfatiza a necessidade de reverter o modelo de assistência, rever o papel centralizador e hegemônico do hospital psiquiátrico, garantir os direitos dos portadores de transtornos mentais e propiciar a permanência em seu meio comunitário.

Durante toda a década de 90, a construção de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e a redução de leitos nos hospitais ocorreram de maneira descontínua e irregular, em diferentes Estados do país. Em alguns deles, movimentos sociais conseguiram aprovar leis que, inspiradas no projeto de lei 3.657/89, determinaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Ao fim dessa década, o Ministério avaliou que o período foi de grande desenvolvimento no que se refere à reestruturação da assistência psiquiátrica como política oficial do governo (BRASIL, 2001).

O ano de 2001 foi marcado pela promulgação da lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas ali denominadas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Defende o atendimento comunitário e extra-hospitalar, objetivando a reintegração social do sujeito, afirma a necessidade do redirecionamento dos recursos humanos e financeiros dos hospitais

para os serviços substitutivos e responsabiliza as três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) pelo apoio aos que permaneciam internados (BRASIL, 2004a).

Nesse mesmo ano, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, foram elaborados novos mecanismos para fiscalização, gestão e redução dos leitos psiquiátricos, além de linhas específicas para a ampliação e o financiamento de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que vêm se dando de forma progressiva até os dias de hoje. Em documento intitulado *Saúde Mental em dados 7* (BRASIL, 2010), observa-se a inversão da proporção do investimento do SUS para saúde mental. Enquanto em 2002 os gastos em hospitais psiquiátricos representavam 75.24% e em recursos extra-hospitalares correspondiam a 24.76% do total de investimento em saúde mental no país, no ano de 2009, o total investido nos hospitais diminuiu para 32.29% e na rede substitutiva aumentou para 67.71%.

Ainda na III Conferência, a Reforma Psiquiátrica foi consolidada como política de governo, atribui-se ao CAPS valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, estabeleceu-se o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica. Contou com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares e forneceu os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental brasileira. Além disso, defendeu-se a construção de uma política de saúde mental específica, intersetorial e inclusiva para crianças e adolescentes que levasse em conta as peculiaridades dessa faixa etária e as particularidades de cada município (BRASIL, 2001).

A formalização dos CAPS voltados à população infantojuvenil, pela portaria 336 de 2002, indica o caminho que a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes vai tomando no país. Em documento denominado *Caminhos para uma Política Pública de Saúde Mental Infanto-juvenil* (BRASIL, 2005b) são apresentadas considerações técnicas para a discussão e implementação dessa política dentro do SUS. Além disso, são destacados os seguintes princípios que regem suas linhas de ação:

- condição de sujeito da criança/adolescente - responsável por sua demanda, seu sofrimento e seu sintoma, com direito de ser ouvido e tratado de forma sigular;

- acolhimento universal - todo serviço público de saúde mental infanto-juvenil deve estar aberto a todos que chegam e esses devem ser acolhidos, ouvidos e respondidos;

- encaminhamento implicado - aquele que encaminha se implica, se inclui e acompanha o sujeito encaminhado ao local onde o envia;

- construção permanente de rede - as ações de um serviço devem estar necessariamente articuladas com outros recursos do território - entendido como lugar psicossocial do sujeito, tecido e permeado pelas pessoas e instituições que atravessam sua vida;

- intersetorialidade - os serviços de saúde devem se envolver com outros setores, como escola, justiça, lazer, etc (BRASIL, 2005b).

Como se vê, a política pública, a oficialização e a implantação de serviços destinados à atenção em saúde mental infantojuvenil são recentes. Ainda hoje, segundo LAURIDSEN-RIBEIRO e TANAKA (2005) essa população conta com serviços escassos, de difícil acesso e com longas filas de espera.

Devido à contemporaneidade do tema e na busca pelo avanço dos cuidados em saúde mental infantojuvenil no Brasil, acredita-se ser de fundamental importância a avaliação e reflexão sobre a situação atual dos serviços de saúde mental, a população que necessita de cuidados devido ao sofrimento psíquico e os profissionais inseridos nesses cuidados.

Na cidade de São Paulo, o Laboratório de Saúde Mental Coletiva – LASAMEC – da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, do qual fazemos parte, tem desenvolvido pesquisas com esses objetivos. Uma delas, denominada *Caracterização Epidemiológica e Sócio-demográfica da população atendida nos CAPSi do Estado de São Paulo*, concluída em março de 2010 (FAPESP 06/06902-2), indica o perfil sócio-demográfico e epidemiológico das pessoas atendidas nesses locais. Outra pesquisa em andamento, intitulada *Condições de acolhimento e resolutividade de problemas de saúde mental infantojuvenil na Estratégia de Saúde da Família* (CNPq 575238/2008-9) tem como objetivo principal identificar como se desenvolvem os cuidados relacionados aos problemas de Saúde

Mental dessa população na Atenção Básica, ou mais especificamente, na Saúde da Família.

Há, ainda, pesquisas de mestrado e doutorado sendo desenvolvidas por membros do LASAMEC voltadas à saúde mental infantojuvenil que poderão contribuir substancialmente para o desenvolvimento da temática.

### 1.1.1 Considerações sobre a Cidade de São Paulo

Tendo em vista que a presente pesquisa se desenvolveu na cidade de São Paulo, pensamos ser de fundamental importância fazer algumas considerações sobre o processo da Reforma Psiquiátrica da cidade<sup>4</sup> nos últimos anos.

Na década de 80, principalmente durante o governo de Franco Montoro, ampliou-se, no estado de São Paulo, a rede de assistência em saúde mental extra-hospitalar por meio de ambulatorios e inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica (LUZIO e L'ABATTE, 2006). Foi um período de amplas discussões e reflexões sobre as práticas desses serviços e políticas públicas que, acompanhadas pela organização dos trabalhadores, possibilitou a construção de novos dispositivos e programas, como o Programa de Intensidade Máxima voltado para pessoas em intenso sofrimento psíquico. Esse programa foi considerado como mais uma semente para a construção do CAPS Prof Luis da Rocha Cerqueira, inaugurado em 87.

O município passou por um período de considerável expansão da política antimanicomial, entre 1989 e 1992, e posteriormente por outro de grande declínio, de 1993 a 2000. No primeiro período, “construiu-se uma política antimanicomial de forma pioneira, nos marcos e para além de uma profunda reforma sanitária, e de uma amplitude sem precedentes no Brasil e na América Latina” (DAÚD JR, 2000, p. 49). Buscou-se tanto potencializar e redirecionar as ações de saúde mental nos serviços

---

<sup>4</sup> Para aprofundamento sobre o assunto, indicamos o livro *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo*, organizado por Maria Inês A. Fernandes, Maria Cristina Gonçalves Vicentin e Maria Cláudia Tedeschi Vieira (1999).

existentes – UBS, pronto-socorros e hospitais – quanto criar novos equipamentos, como Hospitais-Dia em saúde mental e Centros de Convivência e Cooperativas (SCARCELLI, 1999). Além de ampliação nos investimentos em uma rede de atenção integral à saúde mental substitutiva ao manicômio (LOPES, 1999), o engajamento dos profissionais no processo de construção de uma nova cultura e no estabelecimento de novas relações com a comunidade foram marcas dessa fase.

No segundo período, instalou-se um novo modelo de assistência à saúde na cidade, o PAS - Plano de Assistência à Saúde - projeto neoliberal privatizante do sistema de saúde que substituiu o SUS, implantado na gestão de Paulo Maluf, de 1993 a 1996, que continuou na gestão de seu sucessor Celso Pitta, até 2000. Dos profissionais que atuavam em serviços públicos de saúde mental, 70% não aderiram ao plano. Com isso, houve a necessidade de se contratar novos e inexperientes profissionais que trabalharam dentro dessa nova proposta (LUZIO e L'ABATTE, 2006), que não dava continuidade à política de saúde mental antimanicomial (LOPES, 1999).

O modelo de saúde instaurado pelo PAS representou um retrocesso para o projeto de saúde mental e nas palavras de DAUD JR, “o renascimento das relações manicomiais” (2000, p. 61). A partir de 2001, o PAS foi abolido e houve uma reorganização do sistema de saúde na cidade, considerando os princípios do SUS. Essa descontinuidade político-administrativa levou o município a sofrer prejuízos que comprometeram a qualidade dos serviços prestados à população. Atualmente, vemos a parceria dos serviços de saúde com Organizações Sociais que nos levam a questionar sobre os rumos da Reforma Psiquiátrica na cidade.

## 1.2 A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Como citado anteriormente, o movimento da Reforma Psiquiátrica teve seu olhar voltado à população adulta, ficando as crianças e adolescentes à margem do

processo e, como consequência, ausentes de uma política pública específica. Neste capítulo, pretendemos tecer uma breve descrição sobre a temática da infância e seus cuidados em saúde mental<sup>5</sup> nos últimos anos, na tentativa de contextualizar os alicerces sob os quais se sustenta a implantação dos atuais serviços que, inseridos na política pública vigente, se destinam a atenção de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

A criança foi, por muito tempo, percebida e tratada como um adulto em miniatura, sem peculiaridades, a não ser físicas, que pudessem demandar uma preocupação especial. Como consequência disso, pouco se pensou sobre os cuidados voltados ao seu sofrimento psíquico.

No Brasil, foi somente a partir do século XX que estudos mais consistentes sobre a saúde mental dessa população foram desenvolvidos. A atenção e os cuidados voltados a ela estavam, nesse início de século, fortemente relacionados à Higiene Mental, um grande projeto de saneamento e prescrição de hábitos alimentares, indumentários e disciplinares em escolas e outros locais públicos. A lógica higienista, com inspiração jurídico-normativa, ressaltava a importância da criança como o futuro da sociedade e, por esse motivo, sua proteção e cuidado eram fundamentais. Além disso, a infância era entendida como ponto de partida para ações de prevenção da insanidade e delinquência e, por isso, momento privilegiado de intervenção. Tal concepção extrapolava o campo da saúde, atribuindo às escolas o papel de adequar as crianças às regras sociais e ensinar boas condutas, contrapondo-se a uma eventual nocividade familiar (ASSUMPÇÃO, 1995).

As famílias eram consideradas incapazes de proteger a vida de seus membros, tendo em vista os altos índices de mortalidade infantil e as más condições de saúde dos adultos. Sendo assim, a ordem médica impunha as normas familiares de disciplina física, moral, intelectual e sexual baseadas nos preceitos sanitários (COSTA, 1979). O tratamento voltado às crianças se vinculava, portanto, ao aconselhamento, policiamento, orientação médico-pedagógica e a higiene social.

---

<sup>5</sup> Sobre o tema da saúde mental infantojuvenil no contexto brasileiro, recomendamos o livro: *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*, organizado por Edith Lauridsen-Ribeiro e Oswaldo Yoshimi Tanaka (2010).



Ainda se vê, como afirma COUTO (2001), resquícios dessas idéias em práticas atuais de cuidados a essa população.

No que se refere à assistência, o modelo vigente era, predominantemente, o da institucionalização, sendo que as instituições filantrópicas eram maioria. Segundo documento do Ministério da Saúde, “o discurso hegemônico sobre a importância da criança na organização da sociedade republicana não teve como correspondente a tomada de responsabilidade do Estado que, por outro lado, oficializava o modelo em curso e a concepção da criança a ser assistida: a deficiente social (pobre), deficiente mental e deficiente moral (delinquente)” (BRASIL, 2005b, p. 7-8).

Para os então nomeados deficientes sociais – crianças pobres ou abandonadas pelos familiares – havia instituições, como as Santas Casas, que as proviam de proteção e cuidados, visando discipliná-las para se adaptarem e se tornarem cidadãos. Aos chamados deficientes morais ou delinquentes restavam as instituições jurídicas.

Na categoria dos denominados deficientes mentais, incluindo variadas enfermidades e perturbações mentais, até então com pouca visibilidade, começava a crescer o número de estudos e instituições voltadas aos seus cuidados, nas primeiras décadas do século XX. Dentre os diversos locais de tratamento que foram sendo implantadas no Brasil, elencamos alguns que por seu pioneirismo tiveram destaque em diferentes cidades do país.

No Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, foi instalado o primeiro pavilhão destinado às crianças portadoras de enfermidades mentais, anexo à ala de adultos, no ano de 1903 (REIS et al, 2010a). Em São Paulo, em 1921, inaugurou-se no Hospital Juquery um serviço para menores deficientes, cujo funcionamento derivava do modelo da Higiene Mental. Em Pernambuco, Ulysses Pernambuco criou vários serviços até então inéditos para atendimento aos doentes mentais, além do Instituto de Psicologia onde, em 1929, criou uma equipe multiprofissional para atuar com as crianças (RIBEIRO, 2006). Em Minas Gerais, importante papel é atribuído à psicóloga russa Helena Antipoff que implantou o Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico, em 1929, onde realizava pesquisas sobre desenvolvimento mental de crianças e posteriormente, fundou a Sociedade e o Instituto Pestalozzi, instituição filantrópica voltada para tratamento de crianças deficientes ou com perturbação mental (ASSUMPCÃO,

1995), que perdura até os dias de hoje, com cerca de cem instituições espalhadas por todo o Brasil<sup>6</sup>.

No setor privado, destaca-se a Comunidade Terapêutica Enfance<sup>7</sup>, fundada em 1968, por profissionais que atuavam no setor de psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Do ponto de vista das práticas institucionais e terapêuticas, a comunidade representou um marco na história da psiquiatria brasileira, pois colocou em prática um modelo de atendimento e funcionamento institucional muito diferente dos predominantes no país até então (CYTRYNOWICZ, 2002).

No final dos anos 70, três grandes movimentos da luta democrática do país impulsionaram mudanças importantes na saúde mental infantojuvenil: o da Reforma Psiquiátrica, discutido no subcapítulo anterior, o da Reforma Sanitária, e o do reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito (REIS et al, 2010a). A Reforma Sanitária foi sedimentada com a construção do SUS, em 1990, que com os princípios de universalidade, integralidade, igualdade e participação social implantou no país uma política de saúde democrática e um sistema público de saúde voltado para toda a população. O reconhecimento da criança e adolescente como sujeito de direitos culminou com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990 que indicou que seus direitos fossem garantidos pela família, comunidade e poder público. O Estado assume, assim, a responsabilidade pela assistência a esse público e passa a elaborar políticas que dêem conta de seu atendimento.

Como se vê, é recente o reconhecimento da saúde mental de crianças e adolescentes como uma questão de saúde pública integrante das ações do SUS e, apesar dessas conquistas atuais, a institucionalização, a desassistência e o descuido ainda se fazem presentes nesse importante segmento da população. Muitas crianças ainda se encontram em abrigos, outras peregrinam por atendimento especializado sem encontrá-lo e há ainda as que aguardam em longas filas de espera por atendimento ambulatorial (COUTO, 2001; 2008). Um dos mais importantes desafios

---

<sup>6</sup> De acordo com informação disponível em [http://www.pestalozzi.org.br/asp/historia\\_helena.aspx](http://www.pestalozzi.org.br/asp/historia_helena.aspx) [acesso em 22 set 2010].

<sup>7</sup> Vale lembrar que antes da Enfance houve outra experiência semelhante, de Comunidade Terapêutica, na cidade de Porto Alegre.

a serem enfrentados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira diz respeito à saúde mental infantojuvenil que até a virada deste século estiveram “ausentes da agenda de debates, excluídas das proposições de políticas públicas de saúde mental, silenciadas nos documentos oficiais” (COUTO, 2001, p. 133).

Atualmente, a rede pública voltada aos cuidados em saúde mental de crianças a adolescentes inclui, de acordo com o documento ministerial *Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil* (BRASIL, 2005b), Atenção Básica – UBS e ESF, Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi), ambulatórios, hospitais e outros dispositivos que, articulados a uma rede intersetorial, tem como maior objetivo a inclusão social de seus usuários. Esses equipamentos operam dentro da lógica do SUS, de base territorial, comunitária e não institucionalizante, dirigidos a cidadãos de responsabilidade e de direito, seguindo os princípios da Reforma Sanitária, Psiquiátrica e do ECA.

O CAPSi, serviço voltado à atenção de crianças e adolescente com “transtornos mentais severos e persistentes” e preconizado como serviço estratégico para organizar a rede de saúde mental de um território e consolidar a Reforma Psiquiátrica, embora presente em diversos locais do país, é escasso frente ao proposto<sup>8</sup>. Na cidade de São Paulo, lócus da presente pesquisa, há quatorze CAPSi cadastrados no Ministério da Saúde<sup>9</sup> e, de acordo com o tamanho de sua população e o parâmetro de uma unidade para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2010), caberia mais de 100. No entanto, vale refletir se a simples implantação dos serviços em larga escala não poderia representar a criação de unidades centralizadoras de cuidados que se assemelhariam aos manicômios. Desta forma, o investimento em outros dispositivos territoriais, tais como Centros de Convivência e Estratégia de Saúde da Família – que cobre menos de 40% da cidade de São Paulo – pode ser considerado como importante forma de fortalecer as possibilidades de atenção a essas pessoas visando sua inserção social.

---

<sup>8</sup> Na portaria 336/02, propõe-se que cada CAPSi seja referência para uma população de aproximadamente 200.000 habitantes, porém em documento recente (BRASIL, 2010) propõe-se o uso do indicador de uma unidade CAPSi para cada 100.000 habitantes.

<sup>9</sup> Esse é o número de CAPSi cadastrados pela prefeitura da cidade. Extraído de: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudemental/CAPS\\_end.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudemental/CAPS_end.pdf) em 19/09/2010

Ademais, vale ressaltar que não basta a construção de novas modalidades de serviços para crianças e adolescentes se não forem considerados alguns pontos fundamentais: (1) as ações devem ser dirigidas a sujeitos em sofrimento que portam uma dimensão subjetiva e tem possibilidade de constituir uma ordem própria de existência e, por isso, necessitam de cuidados psicossociais, não pedagógicos e disciplinares; (2) a loucura é uma possibilidade de existência da infância e adolescência; (3) os ideários de tutela e proteção podem levar a “descaminhos” que precisam ser extintos, como a institucionalização, a segregação e a intervenção adaptativa (COUTO, 2001).

Entretanto, a escassez de serviços públicos e de profissionais capacitados para lidar com o sofrimento psíquico, aliada ao processo histórico que foi se constituindo levam boa parte dessas pessoas a ficar a cargo de instituições particulares e filantrópicas. Um estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro (COUTO, 2001) indicou que 70% dos municípios utilizavam dispositivos da rede filantrópica como recursos principais para atendimento de crianças e adolescentes com alguma demanda de saúde mental, apesar da responsabilidade do Estado de garantir a saúde da população.

Cabe mencionar que as crianças e os adolescentes são sujeitos em fase desenvolvimento e as diferentes etapas que vivem podem influenciar sua vulnerabilidade a problemas de saúde mental, a maneira como eles se manifestam e o melhor modo de serem tratados, o que reforça a necessidade de que se desenvolvam intervenções terapêuticas singulares (LAURIDSEN-RIBEIRO e TANAKA, 2010). Portanto, há de se ter especial cuidado ao lhes atribuir um diagnóstico, para que se evitem rotulações que, além de não contribuírem para sua melhora, podem levar a estigmatizações e prejudicar sua inserção social.

Contudo, estudos epidemiológicos têm importância, pois podem fornecer elementos para a organização e implantação da rede de serviços de saúde mental, a elaboração de programas de prevenção e intervenção oferecidos à comunidade. Estima-se que 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais e 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo (OMS 2002, BRASIL, 2005b). A Organização Mundial de Saúde (2002) destaca os transtornos de comportamento, atenção, emocionais e hiperatividade como os mais frequentes para

essa faixa etária. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) indica que dentre aqueles que demandam cuidado intensivo, os mais comuns são a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade. O uso de substâncias psicoativas e o suicídio entre adolescentes também são mencionados.

Além disso, conforme demonstra PATEL et al (2007), embora as crianças representem entre 1/3 e 1/2 da população total de países em desenvolvimento, há poucas pesquisas focadas em intervenções para o seu sofrimento psíquico. Sendo assim, consideramos que o grande número de crianças e adolescentes que necessitam de atenção devido ao sofrimento psíquico, aliado a escassez de pesquisas focadas nessa população demonstram a importância de se desenvolverem estudos nessa área, como o que se propõe no presente trabalho.

### 1.3. REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A organização dos serviços de saúde para a atenção de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico pressupõe a análise das necessidades de saúde dessas pessoas em um determinado território e dos recursos disponíveis nesse local. Propõe-se que os recursos funcionem em rede e respondam de maneira integral as pessoas que ali vivem.

Assim, os dispositivos que estudamos nesta pesquisa, CAPSi e ESF, se inserem em uma ampla rede de serviços que inclui recursos da comunidade e de outros setores sociais. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer podem potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e atenção psicossocial.

Ainda, segundo LANCETTI e AMARANTE (2006), o bairro, as famílias, as comunidades e as unidades de saúde encontradas nos territórios onde as pessoas

vivem são os lugares privilegiados para o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico.

A construção de uma rede comunitária e de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços da cidade. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim, como de base comunitária (BRASIL, 2005a).

No que se refere especificamente aos serviços de saúde, a rede pública vem se constituindo por vários dispositivos assistenciais que visam possibilitar a atenção psicossocial às pessoas em sofrimento psíquico, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Atualmente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) indica que ela pode contar com ações de saúde mental na Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência (CECCO), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais e ambulatórios.

Entendemos que nenhum serviço de saúde tem, isoladamente, capacidade de responder a toda a demanda e necessidade de saúde de uma população, o que torna a organização em rede indispensável. Essa rede pode se estruturar a partir dos CAPS ou, em locais onde eles não existam, da Atenção Básica (BRASIL, 2004b). Todavia, ao colocar o CAPS no centro da rede e lhe atribuir o papel de ordenador, pode-se cair no erro de que ele seja o foco do tratamento, isolando-o dos demais recursos. FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS (2008) propõem a idéia de uma rede multicêntrica, na qual se destacam diferentes serviços e atores sociais envolvidos no cuidado de um usuário, de acordo com o momento e o andamento do tratamento.

As equipes de Saúde da Família, por sua proximidade com a comunidade, deparam-se freqüentemente com problemas de saúde mental, porém nem sempre apresentam condições para darem conta dessas situações. Por esse motivo, o Ministério da Saúde vem estimulando, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, diretrizes que incluam os problemas mais freqüentes em saúde mental e a dimensão subjetiva dos sujeitos (BRASIL, 2005a). Além disso,

vem estabelecendo diretrizes e construindo condições para que, nos municípios com menos de 20.000 habitantes, a rede de cuidados em saúde mental estruture-se a partir da Atenção Básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Nestes locais, pequenas equipes de saúde mental dão apoio matricial<sup>10</sup> às equipes de Saúde da Família, através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas nas famílias e comunidades, supervisões, cursos de capacitação, entre outras medidas que se justifiquem pela situação (BRASIL, 2005a).

A função de oferecer apoio matricial às equipes de Saúde da Família tem sido atribuída a diferentes equipes ou serviços: equipes de saúde mental da Atenção Básica ou da rede, CAPS, e mais recentemente aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituídos pela portaria 154 de 2008. Falaremos sobre esse novo dispositivo no item 1.3.2.1 deste trabalho, juntamente com o conceito de apoio matricial.

Como dito acima, a rede de saúde mental pode contar com ações de diversos serviços, incluindo os CAPSi e a ESF que, por se tratarem dos dispositivos analisados na presente pesquisa, serão abordados de maneira singular a seguir.

### 1.3.1 O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI)

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) constitui a principal estratégia vigente na atualidade do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entretanto, a Atenção Básica tem sido considerada lugar privilegiado para a construção de uma nova lógica de cuidados em saúde mental, o que significa que os CAPS e as equipes da rede básica devem trabalhar de maneira integrada para que haja responsabilidade

---

<sup>10</sup> Apoio matricial é um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Será tratado na sessão 1.3.2.1.

compartilhada dos casos e maior resolutividade no manejo das situações que envolvam sofrimento psíquico (BRASIL, 2004b).

Embora os primeiros CAPS do Brasil tenham sido inaugurados no fim da década de 80, eles só foram oficializados em 1992, por meio da portaria 224/92, que os definia como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

Em 2002, os CAPS foram reestruturados pela portaria GM/336, que estabeleceu diversas modalidades do serviço, variando de acordo com porte - CAPS I, CAPS II, CAPS III e clientela - CAPSi (infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas). Os CAPS I, II e III cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pela capacidade operacional, a complexidade do serviço e abrangência populacional. Os CAPSi e CAPSad diferem pelo público que atendem, sendo o primeiro voltado às crianças e adolescentes, e o segundo, aos usuários de álcool e outras drogas.

Atualmente, os CAPS são entendidos como “instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico” (BRASIL, 2004b). Diretrizes do Ministério da Saúde indicam que estejam capacitados para realizar atendimentos de atenção diária de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Sua principal característica é a busca pela integração a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”<sup>11</sup>, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares por meio de ações intersetoriais. Para tanto, pretende-se que os CAPS estejam articulados a rede de serviços de saúde e outras redes sociais, de diversos setores, para “fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais”

---

<sup>11</sup> Neste contexto, entende-se por território não apenas uma área geográfica, mas sua complexidade, as pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, famílias, instituições e cenários (igreja, escola, trabalho, locais de lazer, etc.).



(BRASIL, 2004b). Isso significa dizer que o local primordial de atuação dos CAPS é o território, com ações na comunidade e utilizando os recursos nela existentes.

As atividades que realizam podem ser bastante variadas, mas costumam contar com atendimento individual, atendimento em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias, atividades socioculturais e esportivas, atividades comunitárias enfocando a integração do usuário em seu meio, sua inserção familiar e social, entre outras (BRASIL, 2008). Propõe-se que cada usuário do serviço tenha um projeto terapêutico singular<sup>12</sup> e sua inserção nas atividades se dá de acordo com ele. Sendo assim, os CAPS têm como função procurar recursos que possam atender as necessidades individuais de cada usuário, sem “encaixá-lo” em atividades previamente elaboradas.

Além disso, são atribuídas ao CAPS as funções de se responsabilizar pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, regular a porta de entrada da rede assistencial, coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas, supervisionar e capacitar as equipes de Atenção Básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território (BRASIL, 2004b).

O CAPSi, foco dessa pesquisa, é um serviço de atenção diária voltado para crianças e adolescentes com grave comprometimento psíquico, tais como autismo, psicose, neuroses graves e outras situações que impossibilitem ao sujeito o estabelecimento ou a manutenção de laços sociais (BRASIL, 2005b). O estabelecimento de parcerias com toda a rede de saúde, além de outros setores, como educação, lazer e justiça social é fundamental para ampliar as possibilidades de cuidado, que tende a ter mais êxito quanto mais cedo se iniciarem.

Embora os CAPSi ofereçam atividades similares as dos demais CAPS, seus usuários tem a especificidade da fase de desenvolvimento que se encontram, o que exige um olhar cuidadoso e uma atenção que vise sua inserção social em diversos ambientes, especialmente nas escolas. Além disso, o Ministério da Saúde (2004b) enfatiza a importância da participação da família no tratamento, a multiplicidade de estratégias e objetivos do tratamento, assim como a importância do trabalho

---

<sup>12</sup> O Projeto Terapêutico Singular é difundido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e composto por quatro principais momentos: diagnóstico, definição de metas e objetivos, divisão de responsabilidades e reavaliação (BRASIL, 2007).

interdisciplinar e intersetorial da equipe, a fim de garantir cuidado integral aos usuários.

A equipe mínima dos CAPSi é composta por um médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo, cinco profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004b). Os CAPS podem dispor de outros profissionais de diversas categorias, mesmo “externas” à saúde, como músicos e artistas plásticos, dependendo da possibilidade de cada serviço (AMARANTE, 2007).

Pesquisas atuais indicam que os CAPSi têm atendido principalmente crianças e adolescentes do sexo masculino com hipótese diagnóstica de transtorno de comportamento e emocional (HOFFMANN, 2008; DELFINI et al, 2009b; REIS et al, 2010b). No estado de São Paulo, segundo pesquisa de REIS et al (2010) os meninos representam 69.7% dos usuários dos CAPSi, a faixa etária predominante é entre 10 e 14 anos. Além dos transtornos do comportamento e transtornos emocionais, cuja frequência encontrada foi de 24.7%, merece destaque os transtornos do desenvolvimento psicológico – 19.8%.

Desde a oficialização dos CAPS, sua expansão tem ocorrido de forma contínua, no entanto, há ainda regiões com poucos ou nenhum desses equipamentos. Ao mesmo tempo em que se ampliam os CAPS em todo o Brasil, os leitos em hospitais psiquiátricos são reduzidos. No ano de 1989, havia 13 CAPS e 80.000 leitos em hospitais psiquiátricos no país. Já em 2010, são 1.523 CAPS e 35.426 leitos psiquiátricos (BRASIL, 2010). Os números demonstram que avanços foram conquistados, mas ainda há um longo caminho a percorrer para que a institucionalização de pessoas em hospitais psiquiátricos seja, de fato, substituída por um modelo de atenção psicossocial, o qual não se alcança com a simples ampliação de serviços.

Em relação aos CAPSi, há, em todo o Brasil, 118 unidades, sendo 27 no Estado de São Paulo, representando a maior concentração de unidades do país, seguidos pelos Estados do Rio Grande do Sul, com 14 unidades e do Rio de Janeiro,

com 13. O Ministério da Saúde considera esses números baixos frente à demanda e indica a necessidade de sua expansão, bem como maior qualificação dos serviços e intensificação das ações de saúde mental na Atenção Básica (BRASIL, 2010). Pensamos ser fundamental o estabelecimento constante de ações intersetoriais e inseridas no contexto de vida das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, incluindo os recursos do território e a comunidade.

### 1.3.2 A Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A Constituição de 1988 e as leis complementares 8080 e 8142 representaram um marco para as mudanças ocorridas no tratamento à saúde no Brasil. Criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípios básicos a integralidade, igualdade e universalidade.

Novas ofertas de serviços para atenção em saúde passaram a vigorar em seus diversos níveis. Na Atenção Básica, destaca-se o Programa Saúde da Família (PSF), estratégia fundamental de reorientação do modelo assistencial em saúde que compõe parte das prioridades políticas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

O PSF<sup>13</sup>, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), é fruto da combinação de dois programas do Ministério da Saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) de 1994, que funcionava sem os agentes comunitários. Os programas foram implantados primeiramente em cidades pequenas, com baixa densidade populacional, escassez de serviços de saúde e alta morbimortalidade, apresentando resultados positivos (CAPISTRANO, 1999).

A ESF funciona a partir da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), compostas por um médico de família, um

---

<sup>13</sup> O termo Programa foi, posteriormente, substituído por Estratégia, pois o primeiro remetia a ideia de uma atividade com início, desenvolvimento e fim, e não a noção de uma estratégia adotada para reorientação do modelo de assistência.

enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde (ACS). Os agentes comunitários de saúde devem residir ao menos há dois anos na área de abrangência da equipe de Saúde da Família a que pertencem. O trabalho em equipe é o elemento-chave para seu sucesso: a permanente comunicação e a troca de conhecimentos e experiências entre os integrantes da equipe são elementos que, se presentes, potencializam as ações.

Cada equipe é responsável por 800 a 1.000 famílias, ou seja, cerca de 3.000 a 4.500 pessoas de uma área delimitada. Atuam com ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da população. O trabalho ocorre nas UBSs, nas residências e na comunidade. A integração da ESF ao contexto e o trabalho em rede com os demais recursos do local onde se insere tendem a proporcionar maior resolutividade de suas ações.

Considerando os princípios fundamentais da Atenção Básica no Brasil de integralidade, qualidade, equidade e participação social, a estratégia da Saúde da Família tem, em sua forma de atuação, muito a contribuir. Suas práticas procuram ser democráticas e participativas, nas quais as equipes estabelecem vínculo com a população que atendem, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade.

MERHY (2002) indica dois pontos essenciais para se pensar a rede básica de atenção: (1) os estabelecimentos de saúde compõem uma rede articulada tecnologicamente voltados para o enfrentamento de problemas centrados no usuário e em sua maneira de representar seu sofrimento; (2) essa rede se estrutura horizontalmente, para possibilitar relações de ajuda entre os dispositivos, conforme uma rede de petição e compromisso coletiva e pública, a partir de um modelo “redebasicocêntrico”, no qual serviços especializados servem como apoio.

Na cidade de São Paulo, o PSF foi adotado a partir de 1996, no distrito de Itaquera, por meio de um convênio entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Fundação Santa Marcelina, recebendo a nomeação de Projeto Qualis I (Qualidade Integral em Saúde). Em 1998, inaugurou-se o Projeto Qualis II, na região norte e sudeste de São Paulo, fruto de um convênio com a Fundação Zerbini. Até então, o programa tinha demonstrado eficácia em cidades pequenas localizadas, em sua

maioria, na região Norte e Nordeste do Brasil. Nunca tinha sido testada em megalópoles de altíssima complexidade como São Paulo (LANCETTI, 2001a).

A partir de 2001, no início da administração da prefeita Marta Suplicy (2001-2004) a proposta da Secretaria Municipal de Saúde foi assumir o PSF como estratégia de reorganização da saúde em São Paulo. Assim, surgiram várias outras equipes de Saúde da Família espalhadas em diferentes regiões de São Paulo.

Apesar disso e de toda a importância dada à ESF, apenas 51.6% da população do país é coberto pela estratégia. A distribuição por região e por cidade é bastante variável, sendo a região nordeste com a maior cobertura do país – 71.5% - e a sudeste com a menor taxa – 38.9%. Em relação aos estados, a menor cobertura é a de São Paulo, com apenas 27.3%. Já no município de São Paulo, 31.2% de sua população conta com a ESF<sup>14</sup>, número pequeno se pensarmos a ESF como estratégia de reorientação do modelo de assistência.

### 1.3.2.1 Saúde Mental na ESF<sup>15</sup>

Devido à proximidade que as equipes de SF estabelecem com a população, elas se deparam com frequência com questões de saúde mental e podem ser um recurso estratégico para o enfrentamento desses problemas. Segundo pesquisa do Ministério da Saúde, 56% das equipes de SF referem realizar “alguma ação de saúde mental” (BRASIL, 2003) em seu cotidiano. Além disso, acredita-se que grande parte dos problemas de saúde mental podem ser resolvidos pela Atenção Básica. O Ministério da Saúde estima que 12% da população geral do país possui algum tipo de transtorno mental, sendo que 9% necessita de atendimento eventual devido a transtornos menos graves que podem ficar a cargo da Atenção Básica (BRASIL, 2003). Posto que “todo problema de saúde é também - e sempre - mental, e que toda

---

<sup>14</sup> Dados do Ministério da Saúde, disponível em [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php) [acesso em 26 jul 2010].

<sup>15</sup> Sobre esse assunto, indicamos o livro Saúde Loucura 7 – Saúde Mental e Saúde da Família, dirigido por Antonio Lancetti (2001), que reúne experiências ocorridas em diferentes cidades do país sobre saúde mental no Programa de Saúde da Família.

saúde mental é também - e sempre - produção de saúde” (BRASIL, 2003) a articulação da saúde mental com a Saúde da Família será importante.

Na cidade de São Paulo, a preocupação em incluir a saúde mental no escopo das ações da SF esteve presente desde sua implantação, em 1998. David Capistrano Filho, coordenador do projeto Qualis, entendia que era necessário desenvolver um projeto de saúde mental para garantir a integralidade dos cuidados à população. Para tanto, convidou diversos profissionais que vinham da experiência de intervenção da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, para elaborarem o projeto. Nesta proposta, foram montadas “equipes volantes” de saúde mental que funcionavam como retaguarda às equipes de saúde da família em todas as questões ligadas à saúde mental de determinado território. Os profissionais discutiam os casos de saúde mental coletivamente e eram responsáveis pela condução dos projetos terapêuticos (LANCETTI, 2001b). Os trabalhadores foram capacitados, tendo como ideias norteadoras: evitar dispositivos tradicionais de atendimento, como consulta psiquiátrica, atender prioritariamente as pessoas que se encontravam em maior risco, ter o olhar voltado às pessoas e não às suas patologias, considerar a família como paciente, entendendo-a como todo grupo que coabita, compartilhar a responsabilidade dos casos entre a equipe volante e a equipe de SF, realizar reuniões sistemáticas entre as duas equipes, operar em conjunto com outros parceiros, como abrigos, conselhos tutelares, hospitais psiquiátricos e escolas, entre outras.

Embora o Projeto Qualis tenha sofrido algumas modificações e tenha sido extinto em 2008, pode-se afirmar que se tratou de uma experiência inovadora, que deixou suas marcas na cidade de São Paulo.

Atualmente, a inclusão da saúde mental nas ações da SF se dá, principalmente, pelo arranjo organizacional do apoio matricial que visa alterar o organograma tradicionalmente vertical dos serviços por um modelo horizontal. Assim, pretende-se garantir atenção integral aos usuários por meio de equipes de referência que recebem suporte técnico de apoiadores de determinadas áreas do conhecimento.

Esse arranjo, proposto por CAMPOS (1999), é complementar ao de equipes de referência, como as de SF, responsáveis pela atenção integral do sujeito e pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, elaborando projetos

terapêuticos e buscando outros recursos, quando necessário (CAMPOS e DOMITTI, 2007; BRASIL, 2004c). As equipes de referência podem se organizar dentro de cada serviço a partir de uma distribuição territorial, como é o caso das equipes de Saúde da Família, ou de acordo com as características locais e a disponibilidade de recursos de uma unidade. O objetivo dessa organização é a criação de um modelo mais singularizado e personalizado em que cada equipe tem uma clientela mais ou menos fixa, o que potencializa o vínculo terapêutico e permite um melhor acompanhamento ao longo do tempo do processo saúde-enfermidade-intervenção dos usuários (CAMPOS, 1999).

Já a equipe de apoio matricial é composta por especialistas em determinada área que podem agregar saberes e contribuir com intervenções que potencializam a resolutividade dos problemas de saúde enfrentados pelas equipes de referência. No caso da saúde mental, é geralmente composta por psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais que têm como função apoiar as equipes de referência em situações de maiores dificuldades, por meio de compartilhamento dos cuidados e co-responsabilização pelos casos (BRASIL, 2003). Busca-se, com ambas as equipes, criar possibilidades para ampliação do trabalho clínico e sanitário, já que nenhum especialista pode isoladamente assegurar um cuidado integral.

A equipe de apoio matricial pode intervir nos casos indiretamente, em discussões conjuntas e trocas de informações, ou diretamente, realizando atendimentos e intervenções junto com os profissionais da equipe de referência (CAMPOS e DOMITTI, 2007; BRASIL, 2004c). Ainda, em situações que exijam atenção mais específica, o apoiador pode realizar atendimentos ou intervenções especializadas, mas sempre mantendo contato com a equipe de referência que não se descompromete do caso, mas complementa os cuidados. Pode, também, participar de iniciativas de capacitação em saúde mental para as equipes de referência e formação continuada por meio de discussão de casos e de textos, ajudando as equipes de referência a incorporarem conhecimentos para lidar com os casos mais simples (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004c).

Com o compartilhamento dos casos, exclui-se a lógica do encaminhamento e de referência e contra-referência, assim como se aumenta a capacidade resolutiva

dos problemas, aproximando usuário e equipe. Esse modelo é considerado como potencializador de um atendimento voltado às necessidades de cada usuário, um contato mais próximo entre paciente e equipe, o que facilita a construção de vínculo terapêutico, fatores considerados indispensáveis para a humanização da atenção e gestão em saúde (BRASIL, 2004c).

O apoio matricial às equipes de SF pode ser oferecido por equipes de saúde mental da Atenção Básica, pelos CAPS e, mais recentemente, pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Nas três situações, o objetivo, no que diz respeito à saúde mental, é o mesmo: compartilhar os casos e construir coletivamente estratégias para abordagem de problemas ligados ao sofrimento mental, isolamento, violência, abuso de álcool e outras drogas, entre outros.

O NASF, oficializado em 2008 pela portaria GM 154, é um núcleo composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, tais como médico acupunturista, assistente social, professor de educação física, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional, que visa “ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica”.

Pode ser classificado em duas modalidades: NASF1, composto por ao menos cinco profissionais dentre os acima citados e NASF2, composto por no mínimo três. Recomenda-se, na portaria, que haja ao menos um profissional de saúde mental em cada NASF, levando em conta a complexidade dos transtornos mentais.

#### 1.4 ARTICULAÇÃO ENTRE OS CAPSI E A ESF

O termo articulação tem diversos significados. Na Anatomia, indica a junta entre dois ossos ou cartilagens no esqueleto de um vertebrado; o ponto de contato,



de junção de duas partes do corpo ou de dois ou mais ossos. Na Mecânica, designa a ligação entre peças móveis de aparelho ou máquina, variando em diferentes tipos de articulação, cada uma permitindo certa espécie de movimento. O verbo articular quer dizer ligar(se), unir(se), vincular(se), juntar(se).

No estudo da articulação entre os CAPSi e a ESF, pretende-se compreender a ligação, o vínculo, o ponto de contato entre os dois serviços, no que se refere à atenção em saúde mental infantojuvenil. Tomar-se-á emprestada a ideia de articulação da Mecânica que diz poder haver diferentes tipos de articulação que permitem distintos movimentos. Pretende-se, portanto, investigar a ligação existente entre os dispositivos, independente da nomenclatura que lhe seja atribuída, se apoio matricial, parceria, reunião entre equipes, ajuda mútua, trabalho conjunto ou outra que faça sentido naquele local. Conforme assinala AMARANTE e TORRE (2001), mais importante que os termos empregados são seus significados, sendo que se pode observar, por exemplo, práticas bastante conservadoras sob a denominação de “antimanicomiais”.

Além disso, a simples implantação de “novos serviços” não implica necessariamente a substituição do modelo manicomial, tampouco a possibilidade de mediar e operar novas formas de intervenção (AMARANTE e TORRE, 2001). Portanto, nesta pesquisa pretende-se analisar as articulações que se realizam no cotidiano dos serviços e compreender seus sentidos.

No plano da Saúde Pública brasileira, diretrizes ministeriais preconizam que a articulação entre as equipes de saúde mental e saúde da família se concretize por meio do apoio matricial. No entanto, como mencionado no capítulo anterior, este não é necessariamente oferecido pelos CAPS. Ainda assim, é de fundamental importância que haja articulação entre os CAPS e a SF, uma vez que ambos estão integrados ao SUS e são responsáveis pela saúde da população de um território comum. Além disso, o trabalho conjunto é mais eficaz para os usuários do sistema e menos danoso para os trabalhadores da saúde (LANCETTI e AMARANTE, 2006).

LANCETTI (2001a) entende que a realização de parcerias entre serviços de saúde é vital para os cuidados em saúde mental, bem como o envolvimento de todos os recursos do território, priorizando as conexões com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade. FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS (2009) reforçam

que a articulação entre equipes de saúde mental e de saúde da família e a coresponsabilidade dos casos são fundamentais, pois, entre outras coisas, permitem que se regule o fluxo dos usuários na rede e se distingua com maior clareza situações que necessitam atenção especializadas daquelas que podem ser acolhidas pela Atenção Básica, evitando a psiquiatrização e medicalização excessiva do sofrimento psíquico.

Para o Ministério da Saúde, os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica devem fundamentar as articulações entre saúde mental e Atenção Básica. Propõe que essas ações obedeçam “ao modelo de rede de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculo e acolhimento” (BRASIL, 2003, p. 3).

Na presente investigação, usamos como principal referência a noção de modo/atenção psicossocial, tal como conceitua COSTA-ROSA (2000) e AMARANTE (2007). O modo psicossocial é aquele que se contrapõe ao modo asilar em diferentes parâmetros: “a definição de seu objeto e dos meios teórico-técnicos de intervenção (o que inclui as formas da divisão do trabalho interprofissional); as formas de organização dos dispositivos institucionais; as modalidades do relacionamento com os usuários e a população; as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos” (COSTA-ROSA, 2000, p. 143). O autor enfatiza que o modo asilar e o psicossocial só serão alternativos, se contraditórios tanto em suas práticas quanto em seus parâmetros basilares.

AMARANTE (2007) enfatiza o caráter processual do campo da saúde mental e da atenção psicossocial que envolve diversas dimensões, tais como teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. O avanço de uma depende do avanço da outra. Para SARACENO (2001) a atenção psicossocial é o “processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania e de contratualidade em três grandes cenários: casa, trabalho e rede social” (p.16), que visa a facilitar aos indivíduos com limitações, a restauração, no melhor nível possível, de sua autonomia dentro da comunidade. No sentido instrumental, representa um conjunto de iniciativas, programas e serviços, desenvolvidos para facilitar a vida das pessoas em sofrimento psíquico, maximizando suas oportunidades de recuperação e

minimizando os efeitos cronicantes dos transtornos, envolvendo indivíduos, famílias e comunidades (PITTA, 2001).

Como dito anteriormente, a inspiração desse modelo vem principalmente da desinstitucionalização italiana, processo social complexo de desconstrução e quebra de paradigmas. Seu objetivo é reconstruir o objeto de intervenção e todos os elementos que foram construídos para dar conta dele: o olhar deixa de estar voltado à doença e a procura pela cura, e passa a se voltar ao sujeito em sofrimento e sua produção de vida. A substituição das internações em hospitais psiquiátricos por outras estruturas de saúde mental torna-se, portanto, fundamental, mas não é o único componente da desinstitucionalização. Para que tal processo de transformação ocorra, é necessária a mobilização de todos os atores: trabalhadores, usuários e comunidade (ROTELLI, 2001).

A noção de atenção psicossocial está relacionada com outros conceitos, dos quais destacamos, dados os objetivos da presente pesquisa, território, rede e integralidade. Território é o lugar psicossocial do sujeito, um objeto dinâmico, vivo de inter-relações que engloba as características físicas de uma dada área, bem como as marcas e relações produzidas pelo homem (SANTOS, 2002). Na atenção à saúde, o território não se restringe à delimitação geográfica e divisão de distritos sanitários, mas inclui os recursos e equipamentos existentes, as áreas de maior vulnerabilidade, os dados epidemiológicos e socioeconômicos, as lideranças locais, o conhecimento da organização da vida dos moradores, bem como dos saberes e das culturas locais (AMARANTE, 1997). O território engloba as instâncias pessoais e institucionais, como a casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e o próprio sujeito. Esse é considerado um dos conceitos mais importantes no campo da Saúde Mental. As ações de todos os serviços públicos de saúde mental têm o território como lócus.

A rede representa mais que um conjunto concreto de serviços interligados, mas uma forma de conceber e agir o cuidado (BRASIL, 2005b). Posto que as ações de um serviço de saúde incluem tanto intervenções técnicas, do tipo atendimento terapêutico e prescrição de medicação, quanto o trabalho com os outros serviços e equipamentos do território, a construção de rede é permanente. A rede implica a articulação com o que se situa para fora e para além dos limites da instituição, não

apenas com outros serviços de saúde, como também outros setores, como educação, lazer e justiça.

Pensamos a integralidade com o sentido de se voltar o olhar para um sujeito “inteiro”, com todas as suas características e história, incluindo sua família, seus recursos, seu contexto, em contraposição à clínica voltada apenas para a doença e o sintoma. Essa visão é uma crítica à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos, ao sistema que privilegia a especialização e a segmentação.

No campo das práticas, conclui-se que as ações conjuntas, entre as equipes do CAPS e da ESF, no que se refere à Saúde Mental infantojuvenil, focos do estudo, podem ser tão variadas quanto o território em que se inserem e devem estar voltadas às características e necessidades daquela população. Em linhas gerais, essas ações podem incluir, segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003): reuniões conjuntas para discussão de casos, intervenções clínicas conjuntas, visitas domiciliares, intervenções na comunidade visando à diminuição do preconceito e capacitação.

Nesse estudo procuramos investigar as ações que têm sido usadas para a articulação entre ambos os dispositivos na cidade de São Paulo e a maneira como essas ocorrem. Apesar dos princípios que norteiam as práticas dos serviços de saúde no que diz respeito à saúde mental, a lacuna entre o que se propõe nas diretrizes e o que se concretiza na realidade cotidiana ainda parece ser grande.

FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS (2008) em pesquisa sobre a saúde mental na Atenção Básica na cidade de Campinas, São Paulo, constataram que, apesar da grande contribuição do apoio matricial para ampliação da clínica voltada aos cuidados de pessoas em sofrimento psíquico bem como para o deslocamento progressivo dos serviços especializados para o território, há ainda a sobreposição de duas lógicas de trabalho antagônicas, que se configuram ora como um trabalho em rede, ora como um “emaranhado”. Afirmam a necessidade de se construir “uma rede efetiva de ajuda e socorro ao usuário da Saúde Mental e não uma teia na qual ele fique preso, sem acesso, perdido nos emaranhados da desresponsabilização, uma rede de salvamento e não de captura e impotência” (p.148).

Pesquisas indicam que diversas dificuldades são encontradas no dia-a-dia de trabalho dessas equipes e há muitos desafios a serem superados (SOUZA, 2006; NUNES et al, 2007; DELFINI et al, 2009a; MUNARI et al, 2008, BEZERRA e

DIMENSTEIN, 2008; FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS, 2009; SILVEIRA e VIEIRA, 2009), destacando-se: falta de capacitação das equipes de Saúde da Família e daquelas dos novos serviços de saúde mental para um pensar e agir voltado à atenção psicossocial; falta de espaços de reflexão e análise sobre o próprio trabalho e sobre a loucura; falta de entrosamento entre as equipes de Saúde da Família e os serviços especializados de saúde mental; escassez de serviços especializados ou de profissionais de saúde mental frente à demanda, o que gera superlotação dos serviços; sobrecarga trazida pelo contato cotidiano com o sofrimento, a violência e a pobreza; baixa cobertura da SF em certas regiões; redes inexistentes ou enfraquecidas; isolamento dos serviços em si mesmos, em especial, dos CAPS com relação à rede. A angústia gerada pelo contato com o sofrimento do outro também aparece como obstáculo na maioria das pesquisas citadas, no entanto, sabe-se que o contato próximo entre usuários e profissionais de saúde mobiliza os mais diversos sentimentos e relacionamentos e esses podem ser favoráveis aos objetivos terapêuticos, se os profissionais forem capacitados, apoiados e acolhidos em seu trabalho (LANCETTI e AMARANTE, 2006).

Em relação à centralização dos CAPS em si mesmos e sua pouca abertura para o território podem levá-los a assumir a posição do manicômio, de isolar a loucura e afastá-la das ruas (LANCETTI, 2006; ONOCKO-CAMPOS, 2009). LANCETTI (2006) critica o funcionamento atual dos CAPS apontando para a necessidade de serem “turbinados” para produzir saúde mental de modo intenso, complexo e sempre renovado. Propõe que os CAPS considerem todas as ações de produção de saúde mental a luz do relacionamento com a ESF e funcionem de modo paradoxal, isto é, sua prática deve ocorrer ao mesmo tempo dentro e fora do serviço, para que “o trabalhador de saúde mental navegue pelos espaços-tempos da produção da doença e saúde mental” (p. 52).

As pesquisas sobre a articulação entre os CAPS e a ESF são escassas e, ao se considerar a população infantojuvenil, são ainda menos frequentes. Considerando a contemporaneidade dos dispositivos CAPSi e ESF, o número reduzido de estudos sobre os cuidados em saúde mental infantojuvenil na rede pública e a ênfase que vem sendo dada para a inclusão efetiva de ações de Saúde Mental na Atenção Básica,

entende-se que o desenvolvimento de pesquisas que analisem a relação desses serviços seja de grande importância.

O presente estudo pretende, portanto, descrever e analisar as articulações das ações voltadas à saúde mental infantojuvenil entre equipes de CAPSi e ESF da cidade de São Paulo. Desta forma, visa-se contribuir para reflexão e debate sobre o tema, como também para avaliação e elaboração de novas políticas públicas para a população infantojuvenil tendo em vista as facilidades e dificuldades enfrentadas no trabalho prático para a efetivação das diretrizes relacionadas ao tema.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever e analisar as articulações que se realizam entre as equipes de Saúde da Família e o equipamento CAPSi, tendo em vista as ações voltadas à atenção em saúde mental infantojuvenil.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Descrever as articulações de cada região, considerando tipo, frequência, meio de contato, atores envolvidos, estratégias e objetivos.
2. Conhecer os elementos que facilitam ou dificultam as articulações, no cotidiano do trabalho de acordo com a percepção dos gerentes dos CAPSi e de SF;
3. Aprender a expectativa dos gerentes a respeito de como deveriam ser as articulações entre SF e CAPSi;
4. Conhecer outras formas de apoio em saúde mental que as equipes de SF recebem.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa se desenvolveu na cidade de São Paulo cuja população estimada é de 11.037.593 habitantes (IBGE, 2009). Em relação à organização da saúde, o município se divide em cinco Coordenadorias Regionais de Saúde: Norte, Sul, Sudeste, Leste e Centro-Oeste, cada uma subdividida em cinco Supervisões Técnicas de Saúde, com exceção da Centro-Oeste, que possui três.

**Figura 1:** Mapa da cidade de São Paulo dividida em Coordenadorias de Saúde, 2010.



Fonte: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/Secretarias/saude/organizacao/0009>



As Coordenadorias de Saúde são órgãos do SUS no município de São Paulo, que desempenham as funções de gestão do sistema, em suas áreas de atuação, mediante delegação da Secretaria Municipal de Saúde. Cada Coordenadoria é composta por unidades de saúde, tais como ambulatórios, CAPS, UBS, hospitais, CECCOs, pronto-socorros, que ficam sob sua responsabilidade político-administrativa.

Os CAPSi e as equipes de Saúde da Família, focos desta pesquisa, estão presentes de forma irregular nas Coordenadorias da cidade. No quadro adiante, são apresentados os dez CAPSi existentes em São Paulo<sup>16</sup>, no início da pesquisa, separados por localização:

**Quadro 1:** CAPSi da cidade de São Paulo de acordo com Coordenadoria de Saúde e bairro, 2008.

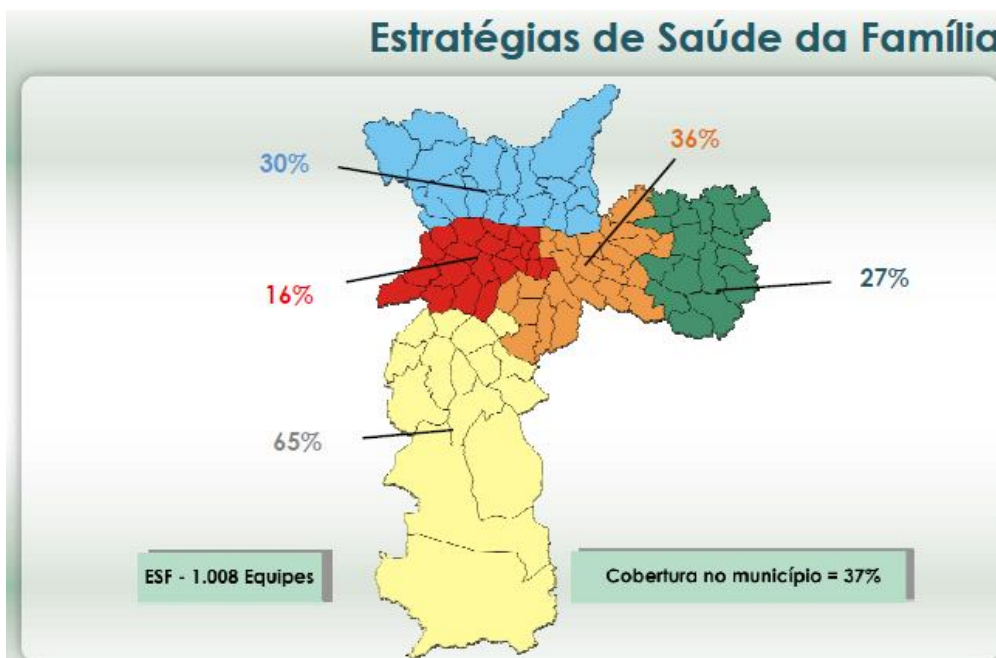
<b>Coordenadoria</b>	<b>CAPSi</b>	<b>Bairro</b>
Sudeste	CAPS adolescente Vila Prudente	Vila Zelina
	CAPSi Penha	Vila das Mercês
	CAPSi Móoca	Mooca
	CAPSi Jabaquara	Cidade Vargas
Norte	CAPSi Santana	Santana
Sul	CAPSi Santo Amaro	Vila União
	CAPS adolescente Santo Amaro	Santo Amaro
Centro-oeste	CAPSi Lapa	Parque da Lapa
Leste	CAPSi São Mateus	São Mateus
	CAPSi Itaquera	Itaquera

Fonte: [http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/Secretarias/saude/ade/CAPS\\_AD\\_enderecos.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/Secretarias/saude/ade/CAPS_AD_enderecos.pdf)

<sup>16</sup> Atualmente, há quatorze equipamentos na cidade, de acordo com site da prefeitura: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudemental/CAPS\\_end.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudemental/CAPS_end.pdf) [acesso em 26 jul 2010].

Em relação à ESF, sua cobertura é de 31,17%<sup>17</sup> em toda a cidade e varia bastante de uma Coordenadoria para outra, como se vê no mapa a seguir<sup>18</sup>. Há um total de 1052 equipes de SF, distribuídas em 232 Unidades Básicas de Saúde (UBS). O número de equipes de SF em cada UBS varia de uma a onze (BRASIL, 2008)<sup>19</sup>.

**Figura 2:** Cobertura da Estratégia de Saúde da Família por Coordenadoria de Saúde, São Paulo, 2008.



Fonte: Montone, J. Secretário Municipal de Saúde. 1º Fórum Nossa São Paulo: propostas para uma cidade justa e sustentável, 2008.

<sup>17</sup> Dados do Ministério da Saúde, disponível em [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php) [acesso em 26 jul 2010].

<sup>18</sup> Embora os dados expressos no mapa sobre cobertura total da ESF e número de equipes na cidade não sejam os mais atuais que encontramos, sua inclusão se mostrou importante para expressar as diferenças de cobertura por Coordenadoria de Saúde.

<sup>19</sup> Essas informações foram obtidas por e-mail, quando solicitamos à Coordenação de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do município de São Paulo uma lista contendo todas as UBS com equipes de SF e o número de equipes por unidade.

### 3.1.1 Critérios de Escolha das Unidades

Primeiramente, foram selecionados os CAPSi, tendo em vista: (1) tempo de existência do serviço - superior a 2 anos; (2) público atendido - tanto crianças quanto adolescentes; (3) localização - que as unidades pertencessem a diferentes regiões da cidade.

Para eleger as UBS com equipes de Saúde da Família foi considerada a distância física de cada uma em relação aos CAPSi, por se acreditar que esse poderia ser um fator que influenciaria na articulação entre os serviços. Optamos por escolher três UBS para cada CAPSi, sendo as duas mais próximas da unidade e uma mais afastada, desde que estivesse dentro da área de cobertura do CAPSi e fizesse parte da mesma Supervisão Técnica de Saúde.

## 3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS E DOS SERVIÇOS

Os sujeitos da pesquisa foram gerentes de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e de unidades com equipes de Saúde da Família existentes na cidade de São Paulo. A escolha pelos gerentes das unidades se deu por acreditarmos que essas são as pessoas que reúnem maior amplitude de informações sobre os aspectos organizacionais envolvidos na articulação entre os distintos serviços, bem como as demais questões que são objetivos desta pesquisa. No entanto, em algumas unidades, um outro profissional foi incluído na entrevista, por ter sido indicado pelo gerente como pessoa que poderia responder melhor às perguntas apresentadas.

Assim, fizeram parte da pesquisa os gerentes, ou outro profissional por ele indicado, de cinco (CAPSi) e de treze unidades de Saúde da Família, totalizando 18

entrevistas. Houve recusa de duas UBS de regiões distintas em participar da pesquisa.

### 3.2.1 Sujeitos

Para garantir o anonimato dos participantes, conforme compromisso firmado em termo de consentimento livre esclarecido, não estabeleceremos relação entre os sujeitos de pesquisa e seus locais de trabalho, uma vez que entrevistamos apenas um ou dois profissionais de cada equipamento.

Participaram da pesquisa 19 pessoas, sendo apenas duas do sexo masculino. Em 14 unidades, a pessoa entrevistada foi o gerente; em 3 delas, entrevistamos outro profissional da equipe por ele indicado; em uma unidade entrevistamos tanto o gerente quanto um profissional da equipe, para complementar informações que o primeiro não tinha. Em todos os casos nos quais o sujeito da pesquisa foi um profissional da equipe, o gerente acompanhou a entrevista sem, entretanto, responder às questões.

Em relação à formação acadêmica dos sujeitos da pesquisa, estiveram presentes oito profissões distintas levando em conta os dois equipamentos. Nos CAPSi, dos seis participantes da pesquisa, tivemos: dois assistentes sociais, dois psicólogos, um terapeuta ocupacional e um fonoaudiólogo. Nas UBS, entrevistamos seis enfermeiros, dois médicos, dois assistentes sociais, um dentista, um fonoaudiólogo e um administrador hospitalar.

Em relação ao tempo de trabalho na unidade, houve uma variação de poucos meses até 8 anos, tanto em CAPS quanto em UBS.

### 3.2.2 Serviços

De acordo com os critérios acima descritos, os CAPSi selecionados foram CAPSi MÓoca; CAPSi Jabaquara; CAPSi Santana; CAPSi Lapa; CAPSi Itaquera.

Incluímos na pesquisa três UBS/USF por região, porém, duas delas, de supervisões distintas, se recusaram a participar da investigação. A maior parte das unidades pesquisadas possuía três ou mais equipes de SF, com exceção de duas de uma mesma região, como se observa no quadro 2.

**Quadro 2:** Unidades Básicas de Saúde pesquisadas, por supervisão técnica considerando número de equipes, 2009.

Supervisão Técnica	UBS/USF	nº equipes
Itaquera	UBS Jardim Copa	3
	UBS Santo Estevão	4
	UBS Jardim Maria	3
Vila Mariana/ Jabaquara	UBS Santa Catarina	6
	UBS Milton Santos	4
	UBS Vila Clara	6
Lapa/ Pinheiros	UBS Parque da Lapa	5
	UBS Manuel J. Pera	3
	UBS Jaguará	3
Santana	UBS Lausane Paulista	2
	UBS Vila Nivi	1
MÓoca	UBS Pari	4
	UBS Nova Iorque	4

Dentre todas as unidades pesquisadas, cinco são UBS tradicionais com equipes de SF que dão cobertura a uma parcela da população da área de abrangência da unidade e oito são USF (Unidades de Saúde da Família) exclusivas, ou seja, toda a área de abrangência da unidade é coberta pela ESF e todos os profissionais da unidade são membros das equipes da ESF.

### 3.3 INSTRUMENTOS

Os sujeitos de pesquisa foram submetidos a entrevistas semi-estruturadas individuais com o pesquisador que foram gravadas e depois transcritas para que conteúdo das respostas fosse preservado.

A entrevista semi-estruturada “permite construir narrativas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema que lhe é proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador” (MINAYO, 2004, p. 108).

Utilizou-se dois roteiros de entrevista (anexo I e II), sendo um voltado para os gerentes dos CAPSi e outro, para os da ESF. Os roteiros serviram como guias para orientar as entrevistas e proporcionar ampliação e aprofundamento das questões (MINAYO, 2004). Com as entrevistas foi possível obter informações sobre as articulações existentes entre as equipes do CAPSi e da ESF, bem como impressões dos gerentes de ambas as equipes sobre a importância desse trabalho para uma maior resolutividade das questões relacionadas à saúde mental infantojuvenil.

Os aspectos abordados na entrevista foram:

- a existência da articulação entre as equipes do CAPS e da ESF;
- descrição da articulação das ações voltadas à saúde mental infantojuvenil considerando tipo, frequência, meio de contato, atores envolvidos, estratégias e objetivos;
- impressões dos entrevistados sobre a articulação existente;
- facilitadores e obstáculos encontrados para a articulação entre os serviços;
- outros apoios recebidos pelas equipes de SF no que se refere à saúde mental.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, cujo objetivo é “apreender um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2004, p. 21).

Para que pudéssemos responder aos objetivos de nossa pesquisa, pensamos que a fala de trabalhadores de saúde, mais especificamente de gerentes de dois equipamentos distintos, obtida por meio de entrevista semi-estruturada fosse material valioso. Todas as entrevistas foram transcritas com literalidade e lidas repetidas vezes para que pudéssemos proceder a uma análise cuidadosa.

Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, entendida como “... um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição de conteúdos de mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimento relativo às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 1977, p.42). A análise de conteúdo, em sua operacionalização, relaciona estruturas semânticas com estruturas sociológicas, ou seja, articula o texto com os fatores que determinam suas características – psicossociais, culturais e processuais de produção da mensagem (MINAYO, 2004).

Dentre diversas modalidades de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática, uma das formas que melhor se adequam a investigação qualitativa em saúde, segundo MINAYO (2004). A análise temática propõe a descoberta de “núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2004, p.209), que se desdobram em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A primeira etapa subdivide-se em leitura flutuante do material colhido, organização do material de acordo com algumas normas como

exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência e formulação de hipóteses e objetivos. Em relação ao último ponto, recomenda-se que se estabeleçam hipóteses iniciais, anteriores à coleta dos dados, considerando que essas devem ser flexíveis e permitirem a emergência de outras a partir da exploração do material.

Desta forma, no presente estudo, algumas hipóteses iniciais sobre as articulações existentes entre CAPSi e ESF voltadas às ações em saúde mental foram consideradas, sabendo-se que essas poderiam ser modificadas ou acrescidas a partir das entrevistas. Ademais, algumas categorias prévias foram pensadas e citadas no quadro a seguir. Posteriormente à coleta do material, as categorias foram re-elaboradas e delimitadas no contexto da compreensão.

**Quadro 3:** Variáveis e categorias prévias de análise.

<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>
Tipo	apoio matricial, parceria, trabalho conjunto, encaminhamento.
Frequência	regular, ocasional, pontual.
Meios de contato	telefone, pessoalmente, relatório.
Atores envolvidos	todos os profissionais da unidade, equipe específica.
Objetivos	co-responsabilização, ampliar resolutividade.
Estratégias	reuniões conjuntas, capacitação, visita domiciliar conjunta, intervenção na comunidade.
Outros apoios recebidos pela ESF	NASF, equipes volantes da Atenção Básica, profissionais de SM da UBS.

Nas questões que se referem às impressões dos gerentes sobre as articulações existentes, seus facilitadores e obstáculos, optou-se por não subdividi-las em categorias prévias por terem sido consideradas questões mais complexas que poderiam abarcar uma grande variedade de respostas, difíceis de serem imaginadas antes da coleta dos dados.

A apresentação e discussão dos dados procederá em duas etapas, considerando os objetivos da pesquisa. Na primeira (capítulo 4) descreveremos as articulações entre CAPSi e ESF em cada uma das cinco regiões pesquisadas separadamente, uma vez que investigação ocorreu em diferentes locais da cidade de



São Paulo. Tendo em vista o número reduzido de entrevistas realizadas em cada região e com o intuito de garantir o anonimato dos participantes, optamos por identificá-las por letras (Região A, B, C, D e E). No início de cada sessão (4.1 a 4.5), apresentamos um quadro-resumo dos principais aspectos envolvidos na articulação daquela região, em relação ao tipo, frequência, meio de contato, atores envolvidos, estratégias, objetivos, facilitadores, obstáculos, expectativa e outros apoios recebidos pelas equipes da ESF. Em seguida, procedemos uma apresentação mais detalhada dos diferentes aspectos envolvidos na articulação, ilustrando com falas dos entrevistados. Selecionamos a(s) fala(s) que pudessem ser mais representativas do assunto abordado.

Ao fim de cada trecho de fala transcrita, colocamos entre parênteses o local onde o profissional trabalha (CAPS ou UBS) acompanhado de uma letra e/ou um número. Para os CAPS usamos a mesma letra da região onde ele se localiza, ou seja, para Região A, utilizamos CAPS A e assim sucessivamente. Para as UBS, como existem duas ou três unidades por região, acrescentamos à letra um algarismo - 1, 2 ou 3, para que seja possível a identificação das falas de uma mesma pessoa. Desta forma, teremos, por exemplo, UBS A1, UBS A2, UBS A3, UBS B1, UBS B2 e assim por diante.

Na segunda etapa de análise e discussão dos dados (capítulo 5), levamos em conta o material como um todo e o organizamos por eixos temáticos, tendo em vista os temas que se mostraram de maior relevância nas entrevistas. São eles:

- Encaminhamento: passar a responsabilidade ou compartilhá-la?;
- Matriciamento – a palavra da vez;
- O CAPSi e seu papel na rede;
- Trabalho em rede e no território;
- Processos de trabalho e integralidade do cuidado.

Nesse capítulo, os temas serão discutidos teoricamente e relacionados com o material coletado. Incluiremos, mais uma vez, trechos das entrevistas realizadas.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa cumpre as exigências éticas descritos na Resolução 196 (1996), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa de campo se iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (anexo III e IV).

O sigilo e a participação voluntária dos sujeitos da pesquisa foram garantidos, mediante um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por eles (anexo V).

#### **4. RESULTADOS – POR REGIÃO**

Pudemos perceber que a articulação entre CAPSi e SF se dá de formas distintas nas regiões pesquisadas, em relação ao tipo, frequência, meio de contato, atores envolvidos e estratégias adotadas, como se pode visualizar no anexo V. Ainda, consideramos importante contextualizar o histórico de cada região em relação a essa articulação, seu objetivo, a expectativa dos entrevistados sobre como deveria ser o contato entre ambas as equipes, os facilitadores e obstáculos encontrados no cotidiano e outros apoios recebidos em saúde mental pela SF. A seguir, apresentaremos essas informações em cada uma das regiões pesquisadas.

Vale dizer que embora tenhamos levantado como hipótese inicial que a distância física entre UBS e CAPSi pudesse indicar diferenças importantes da relação entre os dispositivos, isso não foi observado no trabalho de campo, havendo em apenas uma entrevista, alguma menção a esse fator.

Todas as unidades incluídas nessa investigação contam com equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. No entanto, em cada região eles se constituem com algumas diferenças tanto em sua composição quanto em suas atribuições. Dedicaremos para este assunto o subcapítulo 5.2.1.

## 4.1 REGIÃO A

**Quadro 4:** Principais aspectos envolvidos na articulação entre CAPSi e SF na região A.

<b>Tipo</b>	Encaminhamento.
<b>Frequência</b>	Mensal (fórum e reunião de gerentes) ou eventual (conforme demanda).
<b>Meio de contato</b>	Pessoalmente (nas reuniões), telefone (se urgente) ou sistema de regulação.
<b>Atores envolvidos</b>	Gerentes (nas reuniões e telefone), funcionários da regulação (sistema eletrônico) ou profissionais do CAPSi e ESF.
<b>Estratégias</b>	Reuniões das gerências, fórum de saúde mental ou contato direto (por telefone) para encaminhamento.
<b>Objetivos</b>	Viabilizar tratamento do usuário por meio do encaminhamento.
<b>Facilitadores</b>	Abertura do CAPSi para contato inicial.
<b>Obstáculos</b>	Problema de dimensionamento e recursos humanos do CAPSi; sobrecarga de tarefas, rigidez nas agendas, falta de capacitação das equipes de SF; falta de profissionais de saúde mental na rede.
<b>Expectativa</b>	Contato mais próximo e mais frequente entre equipes.
<b>Outros apoios recebidos pela SF</b>	NASF.

## 4.1.1 Descrição da Articulação

As entrevistas apontam para uma articulação entre os serviços voltada para o encaminhamento de pacientes. O contato entre o CAPSi e a ESF se dá, principalmente, por meio de reuniões, nas quais se definem vagas e fluxo. Foram mencionados dois tipos de reuniões: o fórum de saúde mental, no qual todos os equipamentos de saúde mental participam e as equipes de SF são convidadas e a reunião das gerências de todos os serviços da Supervisão de Saúde da região.

O fórum tem uma frequência mensal e ocorre geralmente no CAPS adulto ou no CAPS ad. Não fica claro nas entrevistas quem participa de fato desses encontros,

porém há indícios de que a frequência de membros das equipes de SF seja baixa e, quando ocorre, são as gerentes dos serviços que comparecem.

*Existe um fórum de saúde mental na região que todo mês a gente tem algumas discussões (...) têm serviços de saúde mental, eles tão se reunindo e nós somos convidados a participar, mas não é uma participação obrigatória (...) ela manda a pauta, (...) dependendo do assunto, dependendo da situação a gente vai (...) (UBS A1)*

Já as reuniões das gerências envolvem todos os equipamentos de saúde da Supervisão, tem frequência mensal e acontece em um hospital da região. Nesses encontros são tratados assuntos gerais de saúde, abrangendo saúde mental, mas não específico desse tema.

*Ela é uma reunião mensal (...) e reúne todas as gerências dessa supervisão, incluindo aí as dos CAPS, enfim de todas, todos os equipamentos de saúde da... da supervisão (...) Nessas reuniões a gente tem os informes de um modo geral, não existem informes específicos, né, por isso que eu digo que a articulação ela fica um pouco... truncada mesmo, ela não tem uma especificidade. (UBS A2)*

Além das reuniões, foram citados como possibilidade de articulação o encaminhamento por contato telefônico, por e-mail entre os gerentes, em casos mais urgentes, ou via funcionário da regulação (sistema eletrônico da secretaria de saúde onde estão disponíveis todas as vagas para especialidades da cidade) que pode procurar a vaga por meio eletrônico ou ligar na unidade que deseja encaminhar.

*Às vezes, têm algumas situações que são mais emergenciais, aí a gente faz contato direto e já encaminha (...) Nem sempre você consegue porque é um equipamento pra uma região tão grande e enfim, existe um déficit aí (...) via de regra é via telefone. (...) a gente tem um setor de regulação na unidade, então... que é quem, na verdade, recebe diretamente esses casos, e aí ela faz o contato, às vezes não, não conseguindo alguma coisa, aí passa pra gerência e aí é de gerência pra gerência. (UBS A2)*

Uma das unidades menciona também uma articulação entre as equipes para ajudar no tratamento do usuário que se dá por telefone entre os profissionais das equipes de SF e os do CAPSi.

*(...) quando há a necessidade de algum encaminhamento a gente faz o contato com o CAPS. Ou quando algum paciente nosso é tratado no CAPS também, né. Porque todos os pacientes que fazem uso de algum tipo de tratamento que não seja com o clínico, que seja com alguma especialidade a gente sempre tem um acompanhamento mesmo que a distância a gente faz (...) se a gente tem a informação, se o CAPS diz ou nos devolve que o paciente está se ausentando, não tá comparecendo então a gente tem como saber pelo agente comunitário que aquele paciente deixou ou abandonou o tratamento, e a gente vai tentar descobrir o porquê, ver se a gente tem uma forma de fazer ele retornar. Então, é uma coisa assim meio que esporádica, não é uma... não existe assim um controle rígido, não. (UBS A1)*

Nessa região, vemos que o principal objetivo da articulação existente é viabilizar o tratamento do usuário por meio do encaminhamento.

#### 4.1.2 Histórico

De acordo com as entrevistas, a região A nunca contou com articulações específicas entre CAPSi e SF. Foram mencionadas outras iniciativas que já ocorreram de saúde mental, tais como encontros regionais para discussão do tema e a existência de preceptorias de saúde mental que orientavam as equipes de SF em relação à condução dos casos, especialmente prescrição de medicação. Na opinião de um dos entrevistados, os cuidados em saúde mental sofreram uma piora:

*Tivemos épocas de encontros de saúde mental, hoje não tem mais (...) Tínhamos há alguns anos atrás algumas preceptorias de saúde mental que orientavam principalmente né, na dosagem, na troca da medicação, nesse olhar mais é... olha esse caso precisa de um outro tratamento que não o medicamentoso, a gente pode resolver isso com uma atividade corporal, com uma atividade manual, de artesanato, enfim, hoje não temos mais essa orientação, (...) Acho*

*que assim a saúde mental se a gente for pegar historicamente ela foi decaindo, decaindo de uma forma que a gente tá assustado, né, em relação a isso. Porque a gente não consegue mesmo, você fica de mão atadas. (...) (UBS A2)*

#### 4.1.3 Facilitadores e Obstáculos

A abertura do CAPSi para o contato inicial aparece como um facilitador importante, no entanto, nem sempre há acolhimento da demanda o que, segundo as entrevistas, decorre do dimensionamento do CAPSi e problemas de recursos humanos no serviço, gerando fila de espera para atendimento.

*(...) eles são muito disponíveis pra nos atender, mas o número de vagas nem sempre é o que a gente precisa. Então existe um estrangulamento aí com relação à capacidade de atenção, né, não só pra infantil como pra adulto também. Então às vezes a gente não tem vaga naquele momento né. Isso acontece (...) a vaga às vezes demora um pouquinho, não é imediata, né. (UBS A1)*

A sobrecarga de tarefas, agenda rígida dos profissionais de SF, bem como falta de capacitação ou interesse por saúde mental são problemas apontados pelas equipes para viabilizar as articulações com o CAPSi.

*É que o volume de serviço é tão grande que a gente tem que não dá pra estabelecer uma rotina (...) o médico ele tem uma meta de atendimento mensal pra cobrir e a gente tem uma agenda regulada todinha marcada com quantidades e horários pra você fazer determinadas coisas. Não tá previsto esse tipo de discussão entre um serviço e outro. (UBS A1)*

Outro obstáculo que se retira do material está ligado à falta de profissionais de saúde mental na rede.

*(...) nós dependemos das vagas que eles [os profissionais do ambulatório] colocam na rede. Então é um psiquiatra só pra tudo e uma psicóloga também, lá, que fazem o agendamento e vão dando atendimento. A gente não tem outro lugar, não. (UBS A1)*

#### 4.1.4 Expectativa sobre a Articulação

Não há um consenso entre os profissionais participantes da pesquisa dessa região sobre como deveria ser o contato entre CAPSi e SF. Um dos entrevistados considera que o fórum de saúde mental seja um espaço adequado para a articulação dos equipamentos. Os demais indicam que um contato mais próximo e mais frequente entre o CAPS e a SF poderia ajudar no cuidado das pessoas. Ainda, uma das unidades aponta que profissional do NASF poderia ser ponte entre CAPS e SF.

*Eu acho que a cada dois meses ou 3 meses a gente deveria ter um espaço pra troca de informações. Ou se tivesse algum outro mecanismo, se os casos pudessem ser discutidos aqui conosco também, né, como é que tá a evolução daquele paciente, o que melhorou, então a gente não tem esse retorno, não tem esse espaço porque realmente é muito coisa (UBS A1)*



## 4.2 REGIÃO B

**Quadro 5:** Principais aspectos envolvidos na articulação entre CAPSi e SF na região B.

<b>Tipo</b>	Matriciamento.
<b>Frequência</b>	Quinzenal (reuniões do matriciamento) ou ocasional (se urgente).
<b>Meio de contato</b>	Pessoalmente (nas USF) ou telefone (se urgente).
<b>Atores envolvidos</b>	Profissionais dos CAPS (i, ad e adulto), do NASF, médico e enfermeiro da ESF (principalmente).
<b>Estratégias</b>	Curso de capacitação, reunião para discussão de casos, atendimento compartilhado, visita domiciliar.
<b>Objetivos</b>	Apoiar as equipes da ESF, agilizar e potencializar o tratamento.
<b>Facilitadores</b>	Efetivação do matriciamento pela Supervisão de Saúde, conhecimento pessoal entre alguns membros das equipes.
<b>Obstáculos</b>	Problema de dimensionamento do CAPSi; sobrecarga de tarefas, rigidez nas agendas, cobrança por produtividade, rotatividade de profissionais e equipes incompletas, falta de capacitação ou interesse das equipes de SF; falta de psiquiatras e isolamento dos serviços da rede.
<b>Expectativa</b>	Maior envolvimento das equipes da ESF com saúde mental, contato mais frequente entre as equipes.
<b>Outros apoios recebidos pela SF</b>	Equipe de matriciamento: CAPSi, CAPSad, CAPS II e NASF.

### 4.2.1 Descrição da Articulação

A articulação entre CAPSi e SF se dá por meio do matriciamento. Esse trabalho passa por uma mudança na região: até há alguns meses o CAPSi apoiava as equipes de SF nas questões de saúde mental infantojuvenil. Atualmente, uma nova proposta vinda da Supervisão Regional de saúde passou a vigorar, na qual os CAPS (infantojuvenil, álcool e drogas e adulto) e NASFs fazem, conjuntamente, o matriciamento das equipes SF, abarcando saúde mental de um modo geral, não apenas de crianças e adolescentes. Embora esse modelo seja muito recente, optamos

por descrever as articulações dentro desse novo formato, uma vez que ele está em vigência.

A estratégia inicial adotada para implantar o novo modelo foi um curso sobre matriciamento que compreende capacitação, grupo de estudos e supervisão de casos, voltado aos profissionais dos CAPS, da ESF (médicos e enfermeiros de algumas equipes) e do NASF.

Os profissionais do CAPSi que participaram do curso foram os que já exerciam o papel de matriciadores. Já no caso das equipes de SF foram convidados os médicos e enfermeiros, porém nem todos tiveram disponibilidade para participar.

A partir disso, foram divididos trios de profissionais, composto por trabalhadores do NASF, dos CAPS (adulto, álcool e drogas e infantil) e da própria ESF para fazer o matriciamento em saúde mental em determinadas equipes de SF.

*(...) a proposta que começou a surgir é que haja um profissional da infância, um do adulto ou ad fazendo o matriciamento de determinada equipe. Então, por exemplo, eu vou pra fazer matriciamento, pode ser tanto a questão do adulto, quanto de drogas, matriciamento da saúde mental, então é diferente do que a gente vinha fazendo até hoje que era só voltado para a saúde mental da infância e adolescência. (CAPS B)*

Para tanto, são realizadas reuniões quinzenais nas UBS das quais participam um dos trios de profissionais e as equipes de SF. Há uma diferença nos serviços pesquisados em relação aos membros da ESF que participam da reunião. O CAPS menciona a importância da participação de todos, porém isso nem sempre acontece, sendo frequente a inclusão apenas do médico e enfermeiro.

*(...) é aberta pra todos [a reunião], mas normalmente ou o médico ou a enfermeira é que, vamos dizer, passam o caso pro CAPS é..., mas é aberto ao auxiliar, ao agente comunitário (...) (UBS B3)*

As estratégias para a articulação, além da capacitação dos profissionais, são as reuniões regulares de matriciamento para discussão de casos, bem como consulta compartilhada e visita domiciliar. No entanto, apenas uma das unidades já havia

dado início a essas reuniões dentro do novo modelo, o que prejudicou a compreensão da região como um todo.

*Nas reuniões são realizadas discussões de casos e quando eles dão retorno, pode ser, é... consulta conjunta, compartilhada, né, é... visita domiciliar, ou se precisar chama-se a família também para uma discussão, né, é... foi proposto que eles se precisar eles saiam também em visita domiciliar. (UBS B3)*

Os principais objetivos da articulação que podem ser abstraídos do material coletado são dar suporte para as equipes de SF nos casos de saúde mental para que essas tenham condição de dar conta de determinadas situações; agilizar ou potencializar o tratamento por meio da troca de informação e conhecimento entre as equipes.

#### 4.2.2 Histórico

Anterior ao modelo acima descrito, o CAPSi realizava um trabalho de matriciamento em saúde mental infantojuvenil na região. Dessa forma, uma dupla de profissionais do CAPSi se deslocava às UBS da região quinzenal ou mensalmente para fazer reuniões de discussão de casos e conceitos de saúde mental, assim como visitas domiciliares conjuntas.

*Nós vamos regularmente nas unidades e além de discussão de casos, a gente fez discussão de temas ligados à saúde mental da infância e quando há uma necessidade mais emergente das equipes eles nos procuram também. (CAPS B)*

Nesse formato, o matriciamento ocorria por iniciativa do CAPS e não por uma determinação ou apoio administrativo da Coordenadoria ou Supervisão de Saúde da região, o que inviabilizou o trabalho em algumas unidades, que não permitiram sua realização ou não disponibilizavam horários nas agendas dos profissionais de SF para isso.

*As agendas, principalmente dos médicos é muito rígida (...) então, muitas vezes, nós íamos e tinham outras prioridades e a gente não encontrava ninguém para matriciar, (...) depois a gente parou [de ir a uma unidade] até em função dessas idas e a gente não encontrava ninguém pra matriciar (...) teve uma unidade da região que a gente não conseguiu entrar, não teve uma abertura pra poder fazer esse trabalho, apesar de que demanda tinha muita, mas abertura assim do gerenciamento não foi possível (...) (CAPS B)*

Não pudemos compreender outros aspectos envolvidos nesse modelo de anterior do ponto de vista das gerentes de SF, pois duas delas estavam no serviço há menos de um ano e pouco acompanharam sua realização.

#### 4.2.3 Facilitadores e Obstáculos

Os fatores mencionados como facilitadores da articulação entre os dois serviços foram a efetivação do matriciamento por meio da Supervisão Regional de Saúde, o que possibilitou a abertura de horários na agenda dos profissionais para esse fim e o trabalho de matriciamento ocorrido entre o CAPSi e algumas equipes de SF, o que ampliou o entendimento sobre saúde mental e aproximou as equipes.

*(...) facilitou a questão de uma determinação da administração. Porque aí houve a possibilidade de bloquear a agenda pra que a gente pudesse ter essa disposição de horário (CAPS B)*

*(...) eles estão mais presentes, mais próximos de nós e assim, a gente conhece as pessoas que trabalham, então é uma coisa mais de você conhecer, você liga, a gente conversa, discute o caso, a gente marca, pega o prontuário do paciente, vai até lá, conversa. (UBS B1)*

Os obstáculos mencionados têm a ver com o dimensionamento do serviço CAPSi que não dá conta de atender toda a demanda da região.

*(...) o problema que a gente tem grave é que os serviços são dimensionados pra tanta população e a população cresce e os serviços continuam dimensionados naquilo, né. Então, você não*

*consegue atender de uma maneira adequada à demanda. É impossível. (UBS B1)*

A sobrecarga de tarefas das equipes de SF, gerada tanto pela rigidez das agendas quanto cobrança por produtividade, bem como falta de capacitação ou interesse para lidar com saúde mental também são problemas citados. Além disso, a rotatividade ou a falta de profissionais, principalmente médicos da SF, prejudica o processo de capacitação e entrosamento entre as equipes.

*Eles têm uma produção, (...) o médico, a equipe, mesmo que tenha uma predisposição pra um trabalho diferente, né ele não consegue porque tem a problemática. (...) Às vezes, o entendimento que se tem de saúde mental também que é outra discussão assim que muitas vezes a gente percebe que outro tipo de patologia é muito mais fácil de lidar e mais assim, a condução, tem mais empenho na condução, num outro problema, numa outra patologia. Outra dificuldade (...) é a rotatividade dos médicos (...) e da própria equipe do PSF, existe uma rotatividade, então a gente muitas vezes teve que voltar coisas que a gente já tinha passado porque são pessoas novas que a gente tinha que recuperar muitas vezes as mesmas coisas e a gente ficava sem conseguir avançar muito. (CAPS B)*

Em relação à rede de cuidados, os principais problemas são falta de psiquiatra na rede e isolamento dos serviços.

*(...) nós não temos muito psiquiatra e na unidade básica não são todas que tem psiquiatra. E os psiquiatras da região não tão dando conta de toda a demanda. É impossível. É muita. (...) tinha mais de um ano e tanto que a equipe [de SF] tava sem médico, então tava uma demanda terrível. (UBS B1)*

#### 4.2.4 Expectativa sobre a Articulação

Algumas unidades indicam satisfação com o novo modelo e a expectativa de que os trabalhadores da SF se envolvam mais com saúde mental a partir do curso que participaram. Acrescentam que existe a necessidade de alteração na lógica de produção para que haja tempo para encontros mais frequentes entre as equipes.

*Eu acho que tá num formato adequado, né, especialmente porque desde o início os matriciadores do CAPSinfantil, eles são bastante resolutivos, bastante dinâmicos... (...) Essa comunicação é muito boa e sempre que necessário a gente tem tido um retorno adequado seja por telefone, seja por matriciamento, tem início, tem meio, nem sempre tem um fim, viu, mas assim, vamos dizer que começa a se fazer um seguimento que as equipes acham boa, não fica no ar... (UBS B3)*

### 4.3 REGIÃO C

**Quadro 6:** Principais aspectos envolvidos na articulação entre CAPSi e SF na região C.

<b>Tipo</b>	Parceria para casos pertinentes ao CAPS.
<b>Frequência</b>	Eventual (conforme demanda).
<b>Meio de contato</b>	Telefone (principalmente) ou pessoalmente.
<b>Atores envolvidos</b>	Profissionais do CAPS e NASF, médico e enfermeiro da SF (principalmente).
<b>Estratégias</b>	Discussão de casos (telefone ou reunião), encaminhamento e compartilhamento do cuidado.
<b>Objetivos</b>	Ampliar resolutividade dos casos e ajudar as equipes da ESF a lidar com saúde mental.
<b>Facilitadores</b>	Conhecimento pessoal entre membros das equipes, bom contato entre elas, disponibilidade e comprometimento dos profissionais.
<b>Obstáculos</b>	Problema de dimensionamento e recursos humanos do CAPSi; falta de capacitação e dificuldade de lidar com saúde mental das equipes de SF; falta de profissionais que atendam crianças e adolescentes na rede.
<b>Expectativa</b>	Contato mais próximo e mais integral entre as equipes (envolvendo toda a equipe de SF).
<b>Outros apoios recebidos pela SF</b>	NASF e profissionais de saúde mental de UBS de apoio.

### 4.3.1 Descrição da Articulação

As entrevistas realizadas na região C apontam para a existência de um trabalho compartilhado em saúde mental entre o CAPSi e ESF para casos que as equipes entendam como pertinentes ao CAPSi. Há um fluxo bem estabelecido na região sobre as questões que envolvem sofrimento psíquico e um entendimento comum das gerências dos serviços sobre a articulação.

O contato entre as equipes ocorre de maneira eventual, conforme a demanda, quando as equipes de SF se deparam com um caso que consideram pertinente ao CAPSi ou quando o CAPSi entende que a SF pode ajudar na intervenção de um usuário.

*... o caso vem pro CAPS quando (...) se verifica que tem uma gravidade maior, uma necessidade de intensidade maior, aí se aciona o CAPS nessa história. Eventualmente a gente participa da discussão do caso, e a gente faz o movimento contrário, né. A gente tem um caso aqui que a gente precisa trabalhar junto com o PSF, aí a gente faz articulação direto com o PSF. (CAPS C)*

O CAPSi está organizado de tal forma que há sempre um profissional no “acolhimento”, disponível para atender possíveis novos usuários, familiares ou profissionais da rede. No último caso, a discussão inicial de caso pode ser feita pessoalmente ou por telefone, meio frequentemente utilizado. Em se tratando da articulação entre ESF e CAPSi, essa conversa envolve um profissional do CAPSi – aquele que esteja disponível para essa tarefa no momento - e um profissional da ESF, sendo que o médico, o enfermeiro ou membro da equipe NASF foram apontados como os principais participantes da discussão.

*(...) sempre tem um técnico da equipe que é referência de acolhimento para aquele período, então qualquer telefonema que tiver relativo à paciente, qualquer paciente que apareça na unidade diretamente vai ser recebido por um técnico que vai tá entendendo o que tá acontecendo e vai definir uma primeira conduta pro caso, tá? (...) Então, esse contato inicial já pode ser por telefone, ou pode ser direto na unidade ou pode ser via reunião. Pode ser passado via reunião também. Mas em geral é isso, é por telefone. (CAPS C)*

As estratégias utilizadas são discussão de caso e encaminhamento do usuário ao CAPS quando se considera pertinente sua inserção no serviço para que assim, ambas as equipes compartilhem seu cuidado.

*(...) é ligado pro CAPS pra ser discutido com alguém da equipe do CAPS, aí depois de discutido se for pertinente é encaminhado... o encaminhamento pra ser agendado ou às vezes já é agendado no mesmo momento. (UBS C2)*

Apesar de não haver uma frequência pré-estabelecida para essas articulações, um dos entrevistados mencionou uma reunião bimestral entre o CAPSi, UBS e USF para discussão da rede e fluxos.

Os objetivos da articulação entre CAPSi e ESF apontados foram ampliar a resolutividade dos casos e ajudar a equipe de SF a lidar com os problemas de saúde mental.

*O principal objetivo eu acho que é potencializar esse projeto terapêutico pra criança porque quando você alia o que o PSF conhece, o que o PSF já fez com a especificidade da psiquiatria infantil, quando você junta isso, então isso se torna, o plano terapêutico se torna mais palpável e assim... você consegue ter retornos mais rápidos, você consegue ter informações é... muito mais precisas que entre quatro paredes, dentro dos serviços às vezes se perdem coisas. (UBS C1)*

#### 4.3.2 Histórico

O CAPSi, em seu início, fazia um trabalho de matriciamento com as equipes da ESF da região, por meio de reuniões para discussão de casos e atendimentos conjuntos. No entanto, a Supervisão de Saúde da região adotou como estratégia a criação de UBS de apoio, unidades com profissionais de saúde mental que são referência para atendimento ambulatorial para outras UBS. Assim, essas passaram a ter a função de realizar o matriciamento das equipes de SF.



*Eles vinham uma vez por semana em cada equipe (...) Eles tinham um grupo, um grupo assim de suas pessoas, variava, era t.o. [terapeuta ocupacional], psicólogo e eles tinham reuniões semanais com as equipes, tá, eles vinham, sentavam e discutiam o caso. (UBS C3)*

Com a entrada dos NASFs, a partir de 2008, o matriciamento das equipes de SF passou a ser realizado por elas. No entanto, por se tratar de uma equipe nova, têm acontecido reuniões entre os dispositivos de saúde mental e Atenção Básica a fim de reorganizar a rede e os fluxos. A proposta que tem surgido para problemas de saúde mental encontrados pelas equipes de SF e que esses casos sejam primeiramente discutidos com o NASF e posteriormente, se percebida a necessidade, seja feito contato com o CAPS para nova discussão e possível encaminhamento.

*(...) Com a chegada do NASF, eles tão há pouco mais de seis meses com a gente, aí mudou um pouco. Primeiro, na hora que se identifica o caso, a primeira discussão é com esse núcleo. Aí a partir da discussão desse núcleo se houver a necessidade, aí sim entra-se em contato com a equipe do CAPS. Então, na verdade atualmente o que é feito é a identificação do caso, a discussão com esse núcleo, que dentro desse núcleo tem uma psiquiatra, psicólogos e outros profissionais. E aí a partir dessa discussão é que a gente procura o CAPS. (UBS C1)*

Em uma das unidades pesquisadas, o apoio matricial acontecia com um profissional da UBS de apoio, dois do CAPS adulto e um do CAPS ad. Havia reunião semanal entre esses trabalhadores e as equipes de SF para discussão de casos.

*Essa unidade ela sempre trabalhou com saúde mental junto com a gente aqui na unidade, a gente nunca esteve sozinho (...) Tinha uma equipe que vinha pra cá uma vez por semana (...) discutir os casos de saúde mental. Então esse fluxo já...só trocou a equipe matricial pelo NASF. (UBS C2)*

#### 4.3.3 Facilitadores e Obstáculos

O bom contato entre as equipes de unidades distintas, o fato de boa parte dos trabalhadores se conhecerem pessoalmente, bem como a disponibilidade e o comprometimento das pessoas foram assinalados como os principais facilitadores para a articulação entre SF e CAPSi.

*A gente construiu uma relação de fato entre as unidades, entre as equipes. Todo mundo se conhece (...) Então a hora que você precisa acionar uma coisa, você fala com alguém que sabe um pouco, porque você eventualmente já conheceu pessoalmente. (CAPS C)*

Mais uma vez, o dimensionamento do serviço é apontado como principal obstáculo. Ainda, falhas de recursos humanos e materiais do CAPSi são mencionados.

Em relação à ESF aparecem como obstáculos a dificuldade das equipes em lidar com questões que envolvam saúde mental, tanto pela falta de capacitação dos profissionais quanto pela frustração gerada nessas situações.

*(...) o médico que veio pro PSF, ele não é o psiquiatra (...) ele é infecto, ele é pediatra, ele é go [ginecologista], né? Ele não é uma formação de psiquiatria, então eles só tiveram aquela coisa bem de faculdade mesmo, né, então quando chega o problema mental, a dificuldade é muito grande, eles, a gente percebe que eles tem uma dificuldade mesmo, eles mesmo relatam isso. (UBS C3)*

*A gente percebe uma frustração da equipe de saúde da família porque o paciente de saúde mental é um paciente que ele evolui lentamente e às vezes tem essa cronicidade que é isso dá um pouco de frustração, às vezes parece que ele tá na mesma, né. (UBS C2)*

No que se refere à rede, a falta de profissionais de saúde mental que atendam crianças e adolescentes também aparece nas falas como um problema.

*(...) a gente também tem dificuldade de ter psiquiatra que atenda a parte infantil, fora do CAPS, então pra continuidade, pra acompanhamento... (UBS C2)*

#### 4.3.4 Expectativa sobre a Articulação

Os entrevistados se mostram satisfeitos e concordam com a maneira como articulam a ESF e o CAPSi.

*...há uma interface bem saudável entre os dois serviços, tanto de nós encaminharmos e acompanharmos os casos quanto deles também.*  
(UBS C1)

Como melhorias, uma das UBS – a mais distante do CAPSi - demonstra que uma proximidade maior entre os profissionais dos dois serviços poderia contribuir para um trabalho mais resolutivo.

*(...) deveria ter uma, um entrosamento do tipo assim, as pessoas daqui, as enfermeiras, médicos, o pessoal que tem essa dificuldade irem conhecer o CAPS, visitar, visita, visita até estrutura física, o que se compõe o CAPS, o que tem o CAPS, o que que pode proporcionar, entendeu? E mesma coisa o CAPS aqui, que com certeza eles não conhecem minha unidade, como não conhecem as outras* (UBS C3)

Além disso, a possibilidade de haver um contato mais integral, envolvendo toda a equipe de SF nas discussões, é apontada.

*Eu acho que devia ser um contato mais integral, idealmente falando que é isso, não adianta a gente ter contato só com agente comunitário ou só com enfermeiro ou só com médico, entendeu. Eu acho que a gente tinha que ter, conseguir aí né, na dinâmica do dia a dia, conseguir alcançar as equipes como um todo. (...)* (CAPS C)

#### 4.4 REGIÃO D

**Quadro 7:** Principais aspectos envolvidos na articulação entre CAPSi e SF na região D.

<b>Tipo</b>	Encaminhamento.
<b>Frequência</b>	Eventual (conforme a demanda) ou mensal (no fórum).
<b>Meio de contato</b>	Telefone (principalmente) ou pessoalmente (no fórum).
<b>Atores envolvidos</b>	Gerentes (principalmente), profissionais do CAPSi e NASF; um representante de cada unidade (fórum).
<b>Estratégias</b>	Discussão sobre encaminhamentos por telefone, reunião do fórum.
<b>Objetivos</b>	Fortalecimento da rede, co-responsabilização e troca de informações sobre os casos, apoio às equipes de SF.
<b>Facilitadores</b>	Conhecimento pessoal entre membros das equipes e sobre o trabalho que realizam.
<b>Obstáculos</b>	Sobrecarga de tarefas, rigidez nas agendas, cobrança por produtividade e falta de capacitação das equipes de SF; falta de profissionais e equipamentos de saúde mental na rede.
<b>Expectativa</b>	Contato mais próximo entre as equipes.
<b>Outros apoios recebidos pela SF</b>	NASF e CAPS adulto (uma das unidades é matriciada por ele).

##### 4.4.1 Descrição da Articulação

A articulação entre CAPSi e ESF ocorre, prioritariamente, para encaminhamento dos usuários. O contato entre as equipes acontece por telefone, porém, como mencionado por um dos entrevistados, há contato pessoal, no fórum de saúde mental da região.

O contato telefônico é eventual e pode preceder o encaminhamento de um usuário para o CAPS, quando se discute a pertinência do encaminhamento, ou pode ocorrer após a chegada do usuário ao serviço especializado para se obter mais informações ou esclarecer o envio da pessoa. Esta conversa se dá, geralmente, entre os gerentes dos serviços.

*(...) todo mundo que chega, não sendo caso de CAPS a gente faz o encaminhamento, o re-encaminhamento implicado. Então, a gente liga, tenta ter uma conversa com os agentes de saúde que encaminharam tal (...) Acaba passando muito por gerência. Então eu enquanto coordenadora falo com a coordenadora da outra unidade. (CAPS D)*

O fórum de saúde mental foi mencionado por um dos entrevistados como espaço de troca entre as equipes. Ele tem frequência mensal e conta com a participação dos equipamentos de saúde mental e atenção básica, entre outros. No caso das UBS, um profissional tem a função de representar o serviço. Os encontros acontecem em um dos CAPS ou no CECCO da região.

*(...) existe um Fórum de Saúde Mental na nossa região, existe um cronograma de reuniões e essas reuniões acontecem mensalmente. Então é entre os equipamentos de saúde mental e as unidades básicas. Essas reuniões acontecem, não tem um local fixo... elas acontecem nos CAPS, no CECCO, (...) o CECCO, o CAPS adulto, o CAPS infantil e as unidades. Em cada unidade tem um representante. Por exemplo, nessa unidade aqui a representante é a assistente social. Então cada local, local que tem psicólogo geralmente quem participa é o psicólogo e no CAPS existe os representantes deles. Dessa unidade vai a assistente social e depois ela repassa para as equipes e para mim o que aconteceu nas reuniões e as equipes também passam pra ela quando tem algum caso que precisa ser discutido nessas reuniões. (UBS D1)*

Em uma das unidades pesquisadas, a articulação entre saúde mental e SF se dá por meio do matriciamento, no qual profissionais do CAPS adulto se reúnem quinzenalmente com equipes de SF, para discutir casos. Quando há situações que envolvem saúde mental da infância e adolescência, essa equipe entra em contato com o CAPSi para encaminhar.

*A gente tá inserido no matriciamento, através do matriciamento é que a gente faz essa ponte (...) todos os casos são discutidos, inclusive os infantis e aí quando precisa do encaminhamento é feito essa ponte via matriciamento. (UBS D2)*

Quanto aos objetivos da articulação, destacam-se o fortalecimento da rede, a co-responsabilização e troca de informações sobre os casos, o apoio às equipes de SF para ajudá-los a se apropriar e legitimar práticas de saúde mental.

*Eu acho que é sustentar a rede mesmo, né, fazer encaminhamentos cada vez mais implicados, encaminhamentos corretos, já que muitas vezes a rede em si não consegue dar conta da necessidade iminente dos casos, a gente poder dar um olhar pelo menos, e nesse olhar poder ter um cuidado já, então é poder ter uma implicância nisso e uma responsabilização. (CAPS D)*

#### 4.4.2 Histórico

O CAPSi da região, juntamente com o CAPS adulto e CAPS ad já tiveram a função de apoiadores matriciais de equipes de SF. A implantação do matriciamento veio de uma proposta da Coordenadoria de Saúde e se iniciou com um curso de capacitação para os profissionais de saúde mental e Saúde da Família, porém parte das pessoas que participaram do curso não trabalha mais nas equipes.

*(...) foi uma organização da coordenadoria de saúde da região (...) A gente fez um curso de capacitação... é... vários funcionários aí não só de CAPS (...) de quatro ou cinco meses e a partir daí nós íamos ser matriciadores. (CAPS D)*

*Teve, teve uma capacitação antes, que era um treinamento para o matriciamento só que por exemplo, a médica que fez essa capacitação não tá mais na unidade, a enfermeira que fez já não tá mais na unidade. (UBS D2)*

No entanto, na unidade onde o CAPSi atuava o trabalho foi temporariamente interrompido, devido à chegada do NASF e não há clareza sobre como será a participação do CAPSi a partir de então. No modelo antigo, o apoio matricial acontecia por meio de reuniões mensais entre um profissional dos CAPSi e médicos e enfermeiros das equipes de SF de uma unidade. Nestes encontros, discutiam-se casos e conceitos de saúde mental geral, não se limitando à infância e adolescência.

*(...) quem participava da reunião, mas foi escolha deles, é prioritariamente era os médicos e os enfermeiros, não era os agentes de saúde. A não ser quando tinha uma situação muito específica de apresentação de algum caso, veio uma vez só o agente, mas isso... mas eu abri oportunidade para que todos os profissionais que quisessem pudessem participar (...) meu trabalho com eles foi mais assim, de dar algum subsídio de saúde mental, discutir alguns casos, eles faziam alguns trabalhos domiciliares, a gente discutia, eles davam retorno (...) Discutia conceitos, discutia casos, trocava experiências, dava uma sustentação também pras dificuldades deles de trabalho, não só objetiva, mas também às vezes angústias, as dificuldades mesmo. Dava um suporte, vamos chamar assim. (CAPS D)*

#### 4.4.3 Facilitadores e Obstáculos

Os fatores mencionados nas entrevistas que podem facilitar a articulação entre os serviços foram o conhecimento pessoal entre os membros das equipes e sobre o trabalho que cada serviço ou profissional realiza.

*Então, eu acho que assim, os facilitadores da articulação (...) me facilita muito saber o que, por exemplo, a psicóloga aqui do posto faz. (...) me facilita enquanto trabalhadora dessa unidade sanitária saber o trabalho que tem suporte que eu tenho em tal unidade. Eu acho que a mesma via é verdadeira. (...) porque daí eu não fico encaminhando pra tal lugar, mas lá não tem esse trabalho, eu encaminhando pra tal lugar, mas lá não faz tal exame. Então assim, saber realmente pra quem encaminhar pra tentar uma relação mais costurada nessa rede, né, que às vezes falta isso. (CAPS D)*

Quanto aos obstáculos, foram apontados escassez de recursos dos CAPSi, sobrecarga de tarefas, rigidez das agendas, cobrança por produtividade e falta de capacitação dos profissionais de SF.

*O maior obstáculo é o gerenciamento das demandas do dia a dia, né. São muito diferentes, não tem esse entendimento da importância de articular a rede, então a gente tem a agenda que hoje tá no computador, então tem agenda local e agenda regulada e fica essa cobrança em cima dessa produtividade aí, não pode fechar a agenda, é... e tal, e acaba não dando tempo pra essa coisa mais alicerçadora mesmo que seria esse trabalho costurado. (CAPS D)*

Em relação à rede de saúde, a falta de psiquiatras e de equipamentos de saúde mental também é citada.

*(...) hoje assim com a dificuldade toda que a gente tem de psiquiatria, né, eu acho assim, a gente não tem conseguido mais fazer aquela discussão (...) antes a gente até tinha a rede de apoio, que a gente tinha pra onde encaminhar os casos que seriam de ambulatório, esse vai pro CAPS, esse vai continuar aqui. Agora hoje não, todos vão continuar aqui porque não tem mais ambulatório, né, então... a discussão é outra inclusive com os médicos e até assim as agentes comunitárias a gente percebe que também assim elas acabaram ficando desestimuladas porque assim, aí esse aqui precisaria mesmo ir pra tratamento ambulatorial, não tem. (...) A gente tem 7 vagas de psiquiatra e não consegue preencher, né, então a gente tá na região acho que com dois psiquiatras pra 18 unidades, então não dá conta, né. Nem que eles quisessem, eles não conseguem. Então a gente tem um déficit mesmo de... né, na rede (UBS D2)*

#### 4.4.4 Expectativa sobre a Articulação

A expectativa dos profissionais é que houvesse um contato mais próximo entre as equipes e que os espaços existentes fossem realmente usados sempre que necessário.

*Olha, é eu acho que já foi criado, né, esse fórum, os cursos eles já foram criados. Então existe já um canal, uma maneira de ter esse contato com eles. Acho que o que a gente precisa mais é realmente utilizar, não pular etapas, utilizar todos os recursos que a gente tem internamente, não é, por exemplo, discutir entre a equipe, discutir com o NASF e ver até que ponto a gente não pode atuar (...) Eu acho que é realmente estreitando esses relacionamentos que nós temos. (UBS D1)*



#### 4.5 REGIÃO E

**Quadro 8:** Principais aspectos envolvidos na articulação entre CAPSi e SF na região E.

<b>Tipo</b>	Encaminhamento.
<b>Frequência</b>	Eventual (conforme a demanda) ou quinzenal (reunião de gerentes).
<b>Meio de contato</b>	Telefone, pessoalmente ou relatório.
<b>Atores envolvidos</b>	Profissionais do CAPSi e ESF, gerentes dos serviços.
<b>Estratégias</b>	Troca de informações sobre encaminhamentos por telefone, relatório ou reunião.
<b>Objetivos</b>	Ampliar resolutividade dos casos, facilitar adesão ao tratamento e minimizar problemas da rede.
<b>Facilitadores</b>	Espaço fixo de reunião das gerências; conhecimento pessoal entre membros das equipes.
<b>Obstáculos</b>	Rotatividade de profissionais e equipes de SF incompletas; falta de profissionais e equipamentos intermediários na rede.
<b>Expectativa</b>	Contato mais próximo e mais frequente entre as equipes.
<b>Outros apoios recebidos pela SF</b>	NASF e profissionais de saúde mental da própria UBS ou UBS de apoio.

##### 4.5.1 Descrição da Articulação

A articulação entre as equipes de CAPSi e SF ocorre para encaminhamento e troca de informações sobre os casos, quando há demanda, ou seja, quando uma das equipes entende que a outra pode ajudar de alguma forma ou atender aquele usuário. Esse contato acontece por meio de relatório, telefone e, em algumas situações, pessoalmente, em reunião entre as equipes nos casos que entendam como pertinentes ao CAPS.

*(...) com os encaminhamentos, na troca de informação sobre os casos, a gente tem já uma história bem antiga (...) dependendo dos casos, a gente com o que aparecia aí era marcado. Não era uma*

*coisa assim, não tinha, por exemplo, um cronograma de reuniões. Era de acordo com a necessidade, os casos que vinham, a procura, então era discutido o caso, ou a gente resolvia até por telefone, ou fazia um relatório, encaminham casos (...) às vezes fazia reunião da equipe junto também. (CAPS E)*

As reuniões das gerências foram apontadas como outra possível forma de contato entre os serviços. Ela ocorre quinzenalmente e envolve todos os gerentes de serviços de saúde da área.

*(...) a cada quinze dias a gente tem reunião de gerentes, então a gente acaba encontrando a gerência, então alguns casos específicos a gente conversa de gerente pra gerente, né. (UBS E1)*

Um dos entrevistados menciona que não existe um contato direto entre SF e CAPSi, havendo UBS de referência com psiquiatra que recebe encaminhamentos das demais unidades quando necessário e re-encaminha para os CAPS, se for o caso.

*A gente não tem... é... não tem direto, a gente não tem uma articulação direta nem com o CAPS infantil (...) Quando a gente precisa, a nossa referência (...) é outra unidade básica que tem psiquiatra. (UBS E2)*

Os objetivos da articulação entre os serviços que aparecem nas entrevistas são ampliar a resolutividade dos casos, facilitar a adesão do paciente ao tratamento e minimizar os problemas da rede.

*Eu sempre penso que a gente tem que buscar resolver os problemas da comunidade da melhor maneira possível e (...) de uma maneira que a gente consiga resolver o problema de saúde mental porque a gente tem falta de psiquiatra na rede, falta de psicólogo na rede (...) e a gente tenta suprir essas faltas (...) (UBS E1)*

#### 4.5.2 Histórico

De acordo com as entrevistas, a articulação entre CAPSi e ESF sempre ocorreu de forma eventual, em situações nas quais as equipes de SF se deparavam com questões que consideravam pertinentes ao CAPS ou o CAPS recebia um usuário encaminhado da SF e queria obter mais informações.

O CAPSi menciona ter “uma história antiga” de contato com as equipes de SF nessas situações. No entanto, as unidades pesquisadas relatam que por terem profissionais de saúde mental na própria UBS ou por contarem com UBS de referência “que tem psiquiatra”, são raras as situações que tenham feito contato direto com o CAPSi.

#### 4.5.3 Facilitadores e Obstáculos

Os fatores citados como facilitadores do contato entre as equipes foram a existência de um espaço estipulado de reunião entre as gerências e o fato de alguns profissionais das equipes se conhecerem pessoalmente.

*Então, tem essa história que eu falei, de você conhecer individualmente alguns profissionais. (...) tem essa vantagem da gente estar conseguindo falar com eles (...) a cada quinze dias com a gerente, por e-mail, por telefone... (UBS E1)*

Uma das unidades disse não encontrar nenhuma dificuldade para a articulação. Para as demais, a rotatividade de profissionais, bem como a existência de equipes de SF incompletas são os principais problemas que afetam a possibilidade de articulação entre CAPS e SF.

*Agora o que complica é essa falta do médico [uma das equipes de SF está sem médico]. Muitas vezes a gente já ‘ó, esse aqui já não precisa mais do meu acompanhamento’ [do psiquiatra], porém vai acompanhar com o médico da família, e agora? Agora não tem. (UBS E2)*

Em relação à rede de saúde mental, são citados como obstáculos a falta de profissionais e equipamentos intermediários.

*A gente tem falta de psiquiatra na rede, falta de psicólogo na rede, a gente não tem concurso de psicólogo há mais de seis anos aí, então o pessoal aposentou, aposentou, quem chegou, chegou, quem não chegou, não chega mais e a gente tenta suprir essas faltas. (UBS E1)*

#### 4.5.4 Expectativa sobre a Articulação

As entrevistas indicam que há uma expectativa de que o contato entre as equipes fosse mais próximo e mais frequente para viabilizar a discussão de casos em comum.

*(...) talvez até mais reuniões, mais um, um contato mais próximo entre as equipes, porque o PSF conhece mais a família, né, porque eles fazem as visitas. (CAPS E)*

*Com certeza seria ter uma articulação (...) tinha que ter aquilo, né, se for encaminhado, mesmo que eles achem que não é o caso, entrassem em contato com a gente, conversasse, não mandasse o paciente vir. (UBS E2)*

## 5. ANÁLISE E DISCUSSÃO – POR EIXO TEMÁTICO

### 5.1 ENCAMINHAMENTO - PASSAR A RESPONSABILIDADE OU COMPARTILHÁ-LA?

O encaminhamento se mostra como a principal forma de contato entre a ESF e o CAPSi. Ao menos um entrevistado de cada região respondeu que a articulação entre os serviços se dá pelo encaminhamento.

São atribuídos, entretanto, sentidos distintos para a palavra no contexto de cada serviço de saúde, variando desde um encaminhamento indiscriminado, no qual encaminhar é sinônimo de se desresponsabilizar até um encaminhamento implicado, no qual se pede ajuda/apoio para situações que exigem alguma especificidade e, em alguns casos, se compartilha o cuidado.

#### 5.1.1 Encaminhar como Passar a Responsabilidade

São frequentes as falas a respeito do encaminhamento tanto por parte das UBS, que geralmente fazem o encaminhamento de casos de saúde mental para o CAPSi, quanto pelos CAPSi, que o recebem e, a partir daí, se entendem que não seja caso deles, “re-encaminham” ou “devolvem o paciente”.

Vemos que esse tipo de encaminhamento é realizado por contato telefônico, envio direto do usuário/família para a outra unidade ou utilizando a central de regulação (sistema eletrônico do município onde se encontram vagas para especialidades).

Nos casos em que o telefonema precede o encaminhamento, muitas vezes, o contato se dá apenas no sentido de se verificar a disponibilidade de vaga no CAPSi e agendar uma triagem dos pacientes.

*(...) lembro de um caso que nós encaminhamos, nós fizemos encaminhamento, entramos em contato com o CAPS através de telefone, eles passaram o dia, aí não esperamos a reunião, né, vimos o dia que aconteciam a triagem no local, essa família foi, só que não era caso de CAPS infantil. Eles fizeram a triagem dessa criança e viram que era caso pra mandar pra psicologia, daí eles mesmos encaminharam para a psicologia. (UBS D1)*

Nessas situações, não há compartilhamento do projeto terapêutico, mas uma passagem de casos que são avaliados e pensados por cada equipe de forma isolada. Mesmo havendo um contato entre as equipes, neste caso, por telefone, ele se dá para agendamento da triagem do usuário, que passa por uma avaliação que definirá seu local de atendimento, que tende a ocorrer dentro de um ou de outro serviço. Conforme aponta LUCCHESI et al (2009), os intermináveis encaminhamentos evidenciam a desarticulação das ações bem como uma relação fragmentada entre os equipamentos, não havendo um atendimento integral tampouco transdisciplinar, sendo a responsabilidade pelo caso indefinida.

Notamos que há casos em que o encaminhamento é feito sem que haja contato entre as equipes, e o usuário é enviado de um serviço a outro a procura de cuidados e termina, muitas vezes, sem acolhimento algum para seu sofrimento:

*(...) muitas vezes a gente tem assim, (...) Quando a gente encaminha, nem sempre aquele encaminhamento..., ele volta, o paciente volta e fala “ah, me devolveram”, você entendeu? Sem muito aquela referência e contra-referência do que foi feito, o porquê que ele tá sendo devolvido (...) (UBS D1)*

Vemos, nessas situações, que a compreensão que se tem é que o usuário deve ser cuidado por um **ou** por outro equipamento, por uma **ou** outra equipe, não havendo um compartilhamento de ações e responsabilidades.

Ainda, outro problema advindo dessa departamentalização do cuidado por núcleos de especialidades tem a ver com a disponibilidade de vagas dos CAPSi.

Como se vê nas falas que seguem, alguns encaminhamentos ocorrem prioritariamente por meio das centrais de regulação ou da distribuição de “senhas” que são divididas entre as unidades da região.

*(...) quando a gente precisa de vaga aí a gente tem a vaga na regulação ou se é um caso de urgência aí a gente pode mandar direto (...) Se não, se a gente não encontrar aí fica numa fila de espera, até que a gente encontre. Entra todo dia ou se é um caso mais grave, vai pro regulador (...) Aí o regulador vai ver dentro das possibilidades que ele tem. (UBS A3)*

*(...) a gente só recebe, por exemplo, as senhas, né, têm... ah, eu tenho direito a 4 senhas no mês, 3 senhas, aí vai depender do número disponibilizado. Então tem uma fila de espera e aí a gente encaminha. (UBS A2)*

Os encaminhamentos dependem, então, das vagas do CAPSi, sem que haja qualquer relação com a singularidade e necessidade do caso.

*(...) é difícil a gente conseguir uma vaga ou quando você encaminha o paciente, ele retorna aqui pra gente. Então tinha que ter aquilo, né, se for encaminhado, mesmo que eles achem que não é o caso, entrassem em contato com a gente, conversasse, não mandasse o paciente vir. Aí ele vai, parece um ping-pong. (UBS E2)*

Essa forma de operar leva a fragmentação do cuidado e a descontinuidade do projeto terapêutico (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Além disso, fere o princípio do acolhimento universal, proposto pelo Ministério da Saúde que diz que todos os serviços públicos de saúde mental infantojuvenil devem estar abertos a todos que chegam, independente da capacidade de absorção no serviço. Segundo esse documento, “toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde do território, deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida” (BRASIL, 2005b. p. 12). Vemos aí uma lacuna entre a política preconizada e a prática dos serviços.

Notamos ocasiões em que as equipes da ESF desconhecem que a pessoa esteja inserida no CAPSi ou que o CAPSi não sabe que o usuário vive em uma região coberta pela ESF.

*Às vezes tem casos de pacientes, (...) eu sei de casos meus que tão lá e que (...) não me ligaram pra falar olha, veio um paciente seu, eu sei por que eu faço visita domiciliar, eu sei que meu paciente tá lá, inclusive comentei, perguntei, mas eu não tenho um feedback deles lá pra mim aqui. (UBS B2)*

Perde-se, com isso, a potência do trabalho conjunto e a ampliação das possibilidades de cuidado do usuário que não faz uso de um sistema integrado de saúde, mas de equipamentos isolados que tratam de problemas pontuais.

Vemos nessas falas que os processos de trabalho ocorrem a partir de um modelo de saúde tradicional, no qual o sujeito é visto em pedaços, não se valoriza o vínculo usuário-equipe tampouco a integralidade do cuidado, características fundamentais para a atenção psicossocial e territorial. Esse olhar leva a divisão dos serviços em especialidades que tratam cada um de uma parte da pessoa, levando o usuário a pular de um serviço a outro, até encontrar, ou não, uma equipe ou um serviço que o acolha. Para CAMPOS e DOMITTI (2007), a fragmentação do cuidado decorre, em grande parte, do aumento crescente das especialidades e da forma como se organizam os processos de trabalho. Ao se trabalhar de forma isolada e fragmentada, a possibilidade de realização de uma clínica ampliada - entendida como aquela cujo olhar é voltado para o sujeito e toda sua complexidade, em contraposição à clínica voltada apenas para a doença e seus sintomas - fica comprometida.

A “lógica de encaminhamento”, na qual os usuários do sistema são direcionados a outros serviços a procura de atendimento e os trabalhadores fazem uso de instâncias burocráticas e hierarquizadas para se articularem uns com os outros, leva a uma diluição, e não um compartilhamento, da responsabilidade sobre os casos (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Romper com as barreiras burocráticas que dificultam o acesso ao serviço e com a lógica do encaminhamento irresponsável, conforme recomendação da política oficial (BRASIL, 2005b), são ainda desafios a serem superados por algumas equipes e mais uma vez demonstram a existência de uma lacuna entre o que se preconiza nos documentos oficiais e o que se realiza na prática.



Uma das entrevistadas coloca como agravante para o encaminhamento das pessoas ao CAPS, o fato desse solicitar uma avaliação prévia de um profissional de saúde mental da rede, dificultando ainda mais o acesso ao serviço.

*Precisa passar por todo um caminho, tem que ter o encaminhamento de um profissional específico da área da saúde mental e você não tem esse profissional pra fazer esse encaminhamento (...) tem que ter o encaminhamento de alguém especializado e quem é essa pessoa especializada? Não tem na região ou tem um que atende uma vez ao mês (...), eles pedem avaliação de um profissional de saúde mental, mesmo... às vezes, ah, então encaminha pra cá que a gente vai triar aqui, a gente vai ver aqui. Mas assim, normalmente eles pedem que seja um encaminhamento de um profissional da rede. (UBS A2)*

Nesse contexto, o encaminhamento tem o sentido de passar para o outro a responsabilidade do caso, a partir de um entendimento de que as pessoas em sofrimento psíquico devam ser tratadas por especialistas de um serviço específico, em geral, o CAPS. Há uma passagem de demanda e de responsabilidade por parte das equipes para os casos que eles entendem que não lhes diz respeito. Notamos, por vezes, uma resistência por parte das equipes em assumir questões que envolvem o sofrimento psíquico e a tentativa de empurrar a “batata-quente” (LUCCHESI, 2009).

Salientamos que a ESF tem como foco o cuidado integral e longitudinal de sua população. É uma equipe de referência que acompanha a saúde geral das famílias, mesmo quando um usuário ou uma família necessita de alguma especificidade. Porém, vemos que a saúde mental se mostra à parte da saúde geral, nessas situações, como se ela escapasse do ofertado pela ESF, e não fosse possível cuidar, participar do cuidado ou mesmo voltar o olhar para essa problemática.

Importante dizer que algumas entrevistas indicam uma crítica ao modelo fragmento e a lógica do encaminhamento. Demonstrem que o trabalho conjunto entre ESF e CAPSi tem, progressivamente, ajudado a superar este modelo.

*Foi, foi difícil [o início do trabalho de matriciamento] porque a lógica que tinha, que os PSFs tinham era de encaminhamento. (...) A forma de..., que entendiam é que se tivesse encaminhando tava tudo resolvido. (CAPS B)*

*(...) era mais de encaminhar, não tinha muita discussão. A gente encaminhava e eles cuidavam, quando não era eles devolviam e não havia muita conversa. Era mais “olha, tô encaminhando um caso, avalia, vê o que você acha”. (UBS C1)*

### 5.1.2 Encaminhar no Sentido de Compartilhar

Por outro lado, o termo encaminhamento também foi empregado, nas entrevistas, para dizer de um pedido de ajuda para situações que, em determinados momentos, necessitam de uma intensidade ou especificidade maior de cuidados. Esse encaminhamento se dá por contato telefônico ou pessoalmente, para discussão do caso.

*...quando a equipe identifica o caso, entra-se em contato, a equipe entra em contato com a equipe do CAPS infantil e é feita a discussão para aí sim determinar se o caso realmente vai ser encaminhado e o CAPS vai absorver ou se não, se o caso deve ser encaminhado pra outro tipo de serviço. (UBS B1)*

Assim, evita-se que o paciente vá de um serviço a outro a procura de cuidados que pode ou não ser acolhido. Havendo essa discussão prévia, ambas as equipes compartilham informações e saberes e decidem como lidar com a situação conjuntamente.

Entendemos que esse é o que tem sido denominado encaminhamento implicado e preconizado pelo Ministério (BRASIL, 2005b) como um princípio para os cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes, que “exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino. Muitas vezes, o serviço que encaminha tem de fazer um trabalho com o serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso” (p.13).

Para tornar esse encaminhamento possível é importante que haja uma organização nos serviços que viabilize contato pessoal entre as equipes e fácil acesso ao serviço CAPS, fatores que são apontados pelos entrevistados como facilitadores da articulação. A existência de um canal aberto, no caso o telefone, para essa discussão se mostra fundamental para seu funcionamento.

*(...) é ligado pro CAPS pra ser discutido com alguém da equipe do CAPS, aí depois de discutido se for pertinente é encaminhado... o encaminhamento pra ser agendado ou às vezes já é agendado no mesmo momento. (UBS C2)*

No entanto, pensamos que não basta que as equipes da ESF se impliquem no endereçamento das pessoas ao seu destino - CAPS - mas que se impliquem no tratamento e no cuidado do usuário, já que o lócus dos cuidados em saúde mental deve ser o território. Conforme LANCETTI (2001a) a ESF, por ter sua ação na comunidade, na casa das pessoas e focar na integralidade das ações de saúde, tem papel importante nos cuidados e na inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico.

## 5.2 MATRICIAMENTO – A PALAVRA DA VEZ

O termo matriciamento ou apoio matricial apareceu nas falas de todos os sujeitos da pesquisa, embora não estivesse presente no roteiro da entrevista. Na maioria dos casos, seu uso se referia à forma como, atualmente, as questões de saúde mental tem sido tratadas na ESF.

A necessidade de investimento na mudança da estrutura assistencial, gerencial e organizacional dos serviços de saúde é apontada pelo Ministério (BRASIL, 2004c) que recomenda a construção de arranjos transversais que produzam e estimulem relações entre trabalhadores e usuários, a fim de favorecer a

troca de informações e a ampliação do compromisso de todos com a produção de saúde. O arranjo organizacional de equipes de referência e apoio matricial, proposto por CAMPOS (1999), apresenta essas características e tem sido adotado, nos locais pesquisados, como metodologia de trabalho entre as equipes de Saúde da Família e de saúde mental, sejam elas de CAPS ou NASF.

Em diferentes momentos históricos, três dos cinco CAPSi pesquisados já foram apoiadores matriciais de equipes de Saúde da Família, porém apenas um deles se mantém nessa função e a realiza conjuntamente com o CAPS adulto, CAPS ad e NASF (ver subcapítulo 4.2). Já no caso das equipes da ESF, todas recebiam apoio matricial no momento da pesquisa, sendo que algumas passaram a tê-lo apenas a partir da entrada dos NASF, em 2008.

Nota-se que os entrevistados compreendem e operam o apoio matricial de formas distintas e essas diferenças têm a ver, entre outros fatores, com a forma como o matriciamento foi adotado em cada local, bem como com o tempo em que ele está operando.

Em alguns casos, a implantação do matriciamento veio como uma proposta da Coordenadoria ou Supervisão de Saúde e, em outros, foi uma iniciativa das próprias equipes, que se mobilizaram para organizá-lo. Percebemos que nesse último caso, os profissionais são atores do processo, participam ativamente de sua construção, e assim, vêem a articulação entre as equipes como positiva para a efetivação do trabalho e não como mais uma tarefa a ser cumprida.

*(...) foi uma iniciativa nossa, da equipe, porque a gente sempre entendeu que fazer esse trabalho inter-equipes surtia um efeito positivo, tanto no território de uma forma, de uma demanda geral do território como no caso a caso. Então, foi uma..., era uma estratégia de trabalho da equipe, de ter esse trabalho de matriciamento junto com outras equipes com outros profissionais que estavam na rede do território. (CAPS C)*

Acreditamos que a participação das equipes na discussão da implantação de um novo modelo organizacional seja essencial para que ele se processe. Em vez de uma imposição administrativa sobre o apoio matricial, pensamos que a proposta poderia ser discutida em um espaço coletivo e construída de forma participativa.

Em relação à entrada dos NASF, essa situação se mostra evidente: nos locais onde o processo se deu de maneira mais democrática, envolvendo os serviços e profissionais da rede, com reuniões para se definir fluxos e papéis, ela é vista como positiva.

*Com a chegada desse núcleo, do NASF, por ser uma coisa nova né pra essa região, houve a necessidade de constantes encontros de reuniões entre as chefias pra formalizar esses fluxos e entender os trabalhos, né, o papel de cada profissional dentro do atendimento da saúde mental infantil. (CAPS C1)*

Já naqueles em que a inserção dos núcleos ocorreu sem que houvesse essa participação dos serviços e profissionais da rede de saúde, vemos que há uma certa resistência sobre sua entrada, além de dúvidas e sobreposição de papéis, como se vê na fala a seguir:

*(...) eu não sei se você está acompanhando a entrada dos NASFs. Tá, deram uma misturada aí no meio de campo. Eu mesma não tenho muito claro ainda o que que a gente vai fazer (...) Então fica essa... esses dois núcleos aí fazendo o mesmo papel, então nós mesmos paramos momentaneamente, a gente vai retomar talvez dentro de uma outra linha, porque que nós iríamos continuar sendo que essa equipe que recebe pra isso apesar de não ter muita formação nem de fonte pública, mas eles recebem pra fazer esse papel de matriciadores, de tentar ajudar, de dar suporte pra equipe, então porque nós iremos? (...) Foi muito bagunçado (...) Ora falava não, algumas pessoas falavam agora que tem NASF vocês não precisam ir mais, daqui a pouco já, não, a gente vai fazer um trabalho conjunto, mas como fazer um trabalho conjunto se lá tem psicólogo, tem t.o., pra que a gente ir? (...) ainda não tem um entendimento. (CAPS D)*

No que se refere ao tempo em que a organização do matriciamento está operando, pudemos notar que nas regiões onde ele é mais antigo, a articulação entre CAPSi e ESF se mostra mais forte e há uma melhor compreensão sobre seus objetivos e importância. Já nos locais onde a proposta surgiu recentemente, com a entrada dos NASF, vemos que há certa expectativa sobre seu trabalho, além de

equivocos e discórdias, embora entendamos que isso pode estar relacionado ao fato de ele ainda estar em fase de construção, dado seu pouco tempo.

*Chegaram agora aqui, chegaram, mas faz pouco tempo também. Vieram aqui, a gente já se conheceu. Vamos ver agora como é que vai ficar. Tem cerca de dois meses... um mês e pouco que eles estão chegando. (CAPS A)*

Um dos equivocos que tem ocorrido tem a ver com a compreensão de que os trabalhadores do NASF teriam a função de suprir a falta de certos profissionais da rede e de atender os casos que a ESF não desse conta.

*Até o momento, a gente falou, mas peraí, nós achávamos que vinha o NASF aqui pra gente, pra gente poder tratar com as especialidades, por exemplo, que eu fosse suprir a minha demanda que eu tenho de fono, fosse suprir a minha demanda que eu tenho de fisio, entendeu? (UBS B2)*

*(...) triagens de casos novos já tão entrando direto pros psicólogos do próprio NASF e eles vão ver se vão conseguir trabalhar individualmente ou não, se eles vão fazer terapia ou não. (UBS E1)*

Por outro lado, vemos falas que apontam para um entendimento do matriciamento como um apoiador e não como profissionais especializados que se responsabilizarão sozinhos pelas demandas de saúde mental.

*Agora lembrar que o NASF não é, embora tenha todos esses profissionais especialistas, ele não tá aqui pra atender demanda, né, eles não tem uma agenda escalonada, com pacientes de horário, isso não existe. Embora tenha os especialistas, eles não fazem atendimentos pra demanda reprimida, o que eles fazem é esse matriciamento (...) (UBS C3)*

Neste sentido, o apoio matricial pretende superar a lógica centrada no encaminhamento ao especialista e excluir as guias de referência e contra-referência. Para isso, há uma reformulação na estrutura organizacional e no processo de trabalho tradicional com a organização de equipes de referência que se responsabilizam pela atenção integral de determinada população, e de apoio matricial, cuja função é

assegurar retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico especializado às primeiras. Com isso, amplia-se a oferta de ações em saúde usando saberes e práticas especializados sem que o usuário deixe de ser cuidado pela equipe de referência (BRASIL, 2004c; CAMPOS e DOMITTI, 2007). Assim, as equipes de SF e as de saúde mental se co-responsabilizam pelos casos e compartilham a elaboração e execução dos projetos terapêuticos.

Embora a lógica do encaminhamento indiscriminado seja antagônica a preconizada pelo arranjo do apoio matricial, cuja característica principal é a co-responsabilização, vemos que ambas se confundem, como se observa na fala abaixo:

*Eu tive um caso agora que um adolescente que ficou adolescente então ele já não era mais caso de CAPS infantil, mas aí a gente absorveu e encaminhou pro NASF. (UBS D1)*

Notamos nesse trecho que tanto a interrupção do cuidado do usuário que “ficou adolescente” por parte do CAPS quanto seu encaminhamento para o NASF refletem a lógica predominante do encaminhamento e da fragmentação do cuidado. Além disso, vemos que, em alguns locais, o NASF, cuja função é dar apoio às equipes de SF e se co-responsabilizar pelos usuários, tem operado no sentido de receber os casos, realizar intervenções e indicar condutas, sem que haja um compartilhamento de saberes e de decisões entre os distintos profissionais.

*(...) o NASF eles participam das reuniões de equipe e **as demandas de cada equipe é encaminhada a eles**. Então, quais demandas que nós temos? Sei lá, tem atendimento..., uma demanda de atendimento psicológico, então é conversado na equipe e aí dentro dessa conversa se define, ah, nós vamos fazer um atendimento individual, nós vamos fazer uma visita domiciliar, nós vamos fazer um atendimento com a equipe como um todo, a gente... e aí se define. (UBS A2)*

*Vão ter reuniões na unidade, né, então cada equipe vai ter um contato com esse..., de uma hora, quinzenalmente com essa equipe que foi designada pra nossa equipe..., pra nossa unidade (...) nesse encontro vão ser levantadas as demandas e aí numa segunda, num segundo encontro, né **eles vão dar uma conduta**. (UBS B2)*

Dentro da lógica do encaminhamento, predomina-se uma visão fragmentada da saúde baseada em especialidades na qual há uma hierarquia de poderes e saberes entre quem encaminha e quem recebe o usuário (DIMENSTEIN et al, 2009). A lógica da co-responsabilização leva em conta a atenção integral à saúde das pessoas e prima por novos padrões de relacionamento entre equipes de saúde e usuários do sistema.

Com a metodologia de trabalho do apoio matricial, um usuário do CAPS não deixa de ser usuário da rede básica. O projeto terapêutico individual é pensado conjuntamente e as ações e responsabilidade pelo caso são compartilhadas. No entanto, vimos que na prática a superação do modelo tradicional para um novo, cujo olhar se volta ao sujeito como um todo e seu cuidado se processa de forma compartilhada, nem sempre acontece, sendo possível notar a sobreposição dessas duas lógicas, como também observado em pesquisa realizada em Campinas sobre o tema (FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS, 2009).

Na operacionalização do trabalho entre equipes de referência e apoio matricial nos locais pesquisados, vimos que não há consenso sobre as estratégias adotadas tampouco sobre os trabalhadores envolvidos nas ações. Ao analisarmos quais profissionais participam das reuniões do matriciamento vemos que, por um lado, destaca-se a importância de toda a equipe de SF nas discussões, e, por outro, se pensa que a participação dos médicos e enfermeiros seja suficiente.

*eram reuniões com as equipes de PSF com toda a equipe, porque achamos importante desde o médico até o ACS, que é quem tá na ponta desse trabalho, né, então a equipe inteira na medida do possível participava (CAPS B)*

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são excluídos dessas reuniões com frequência, o que nos parece prejudicial para o desenvolvimento do caso, já que esses são peças fundamentais da ESF (LANCETTI, 2001a), de grande importância na articulação com a comunidade, não só para enriquecer informações sobre as famílias e os recursos do território, como também para contribuir na elaboração e execução dos projetos terapêuticos.



*É aberto pra todos, mas normalmente ou o médico ou a enfermeira é que, vamos dizer, passam o caso pro CAPS é..., mas é aberto ao auxiliar, ao agente comunitário, nós só não obrigamos, entendeu? Então... dependendo do caso, quando a equipe técnica que é ou o médico ou o enfermeiro, acha necessária a participação, ele pede pra equipe, principalmente o agente comunitário enriquecer as informações porque ele conhece a família do outro lado, né, assim, como morador da região, tem um histórico daquela família, por ele morar já, é... na comunidade. E... então quando necessário ou quando, é... o ACS quer participar também é livre. Então eu afixo um aviso, matriciamento da equipe, aí suponhamos, 1, 2, 3 aí os ACSs que querem participar, dessas 3 equipes, então ele pode ficar, ele pode ficar. (UBS B3)*

Essa fala reflete também a hierarquia de papéis dos profissionais médicos e enfermeiros da SF com relação aos ACS e auxiliares de enfermagem, bem como se negligencia a importância da participação efetiva dos últimos nos encontros com os apoiadores matriciais. Entendemos que o ACS tem papel fundamental no trabalho conjunto com a saúde mental, pois tem poder de entrada e vínculo com as famílias, pode contribuir para a elaboração de projetos terapêuticos pautados na cidadania, no local de adoecimento e sofrimento das pessoas, na busca de novos caminhos, descentralizando o foco na doença no saber médico e na instituição (DELFINI et al, 2009a).

Podemos notar que o papel dos ACS é minimizado quando se compreende que os mesmos não devem se envolver em todas as questões referentes às famílias. Uma das entrevistas aponta discórdia entre profissionais da ESF e do NASF quando os primeiros solicitam um tempo de reunião apenas entre os “técnicos”, para se discutir questões sigilosas e específicas sobre medicação, pedido que não é atendido pelo NASF, que não concorda com esta separação:

*(...) tem uma reclamação mais dos profissionais técnicos né que, por exemplo, no fim assim, a participação das agentes comunitárias é... às vezes você não consegue discutir coisas mais certas. Então, como é que é a ação dessa medicação naquele paciente, né, porque às vezes algumas coisas do paciente que são, é... que os médicos não querem tá colocando na frente das ACSs, então a gente tinha até feito a proposta de separar a reunião assim, de fazer uma meia hora final ser uma discussão só entre os técnicos pra aquelas coisas que são de sigilo, né, mas assim, não teve muita aceitação da equipe de*

*matriciamento. Eles acham que não, que o ACS ele tem que ter um compromisso, tal, né, mas... (UBS D2)*

Em relação às estratégias adotadas para o apoio matricial, CAMPOS e DOMITTI (2007) afirmam que o contato entre apoiadores e profissionais de referência pode acontecer de duas formas:

- encontros periódicos entre ambas as equipes para discussão de casos, elaboração de projetos terapêuticos e intervenções;
- acionamento da equipe de apoio matricial em casos de maior urgência para algum tipo de intervenção emergencial.

Vemos que todas as unidades pesquisadas adotam os encontros periódicos para discussão de casos e temas como a principal estratégia do apoio matricial, assim como boa parte coloca que pode acontecer um contato direto para urgências.

*Nós vamos regularmente nas unidades e além de discussão de casos, a gente fez discussão de temas ligados à saúde mental da infância e quando há uma necessidade mais emergente das equipes eles nos procuram também. (CAPS B)*

*Nós temos isso funcionando com a saúde mental em matriciamento. Então, o representante do CAPSinfantil, ele tá vindo quinzenalmente junto com outro CAPS, que participa CAPS adulto, CAPS álcool e drogas, né (...). E sempre que precisa nós podemos fazer fora dessa..., do matriciamento, dependendo da urgência, via telefone, pode fazer contato. (UBS B3)*

Vale destacar que na última fala observamos que o contato via telefone, para casos mais urgentes, está presente na articulação entre CAPS e ESF, mas é visto pelo entrevistado como uma estratégia que está “fora do matriciamento”, em uma compreensão de matriciamento como sinônimo de reunião.

*Essa comunicação é muito boa e sempre que necessário a gente tem tido um retorno adequado **seja por telefone, seja por matriciamento**, tem início, tem meio, nem sempre tem um fim, viu, mas assim, vamos dizer que começa a se fazer um seguimento que as equipes acham boa, não fica no ar... (UBS B3)*

Percebemos também que o espaço de reunião é usado tanto para uma discussão coletiva de casos, na qual todos participam e são valorizados, como também como um local para “passar o caso” para a saúde mental e receber orientação sobre o que fazer ou mesmo para que essa equipe intervenha sobre a família/usuário.

*Eles fazem o matriciamento que é na verdade orientar a equipe como é que elas vão intervir dentro da família, então na verdade seria um planejamento. Eles escolhem casos e eles vão orientar qual a melhor maneira de chegar naquela família, se faz atendimento em grupo, se chama toda a família, se vai intervir num só, qual que seria a melhor estratégia. Eles vão discutindo isso dentro das reuniões que tem acontecido. E às vezes eles vão acompanhar a equipe, fazem uma vd pra fazer o planejamento de ações, eles também têm feito atendimento em grupo, né (...) eles fazem atendimento supervisionado, né, compartilhado que eles falam, que o médico do PSF atende o médico com a supervisão, o monitoramento da equipe do NASF, o matriciamento pra alguns casos de psiquiatria. (UBS E1)*

Tendo em vista problemas graves da rede, tanto de recursos humanos quanto de dimensionamento dos serviços, vemos uma preocupação, na fala de um dos entrevistados, para que as equipes de apoio matricial não passem a exercer um papel de “tapa buraco da rede”:

*(...) o matriciamento do meu ponto de vista, ele tem uma função de poder formar profissionais, dar subsídios à saúde mental, poder criar uma articulação na rede, desde que também você tenha alguns profissionais que façam alguns trabalhos específicos, né. Então, na medida em que às vezes há uma cobrança que o generalista substitua de alguma maneira a ausência de um psiquiatra da rede, isso pode comprometer porque ele acaba sendo depositário de uma situação a qual ele não foi colocado pra isso e pode haver uma certa confusão entre matriciamento e um certo tapa buraco da rede. (CAPS D)*

Ainda, a cobrança por produtividade, assim como a rigidez nas agendas das equipes da ESF inviabiliza o funcionamento do apoio matricial, pois nem sempre há espaço para discussão de casos, intervenções conjuntas e participação em cursos de capacitação.

*(...) eles [os médicos] tem uma agenda apertada, e mesmo eu pra dispensar outro profissional pra ir prum curso de matriciamento (...) a agenda tem que ser fechada, né. (...) Quando aparece um curso, eu tenho que pegar aquele bendito daquele dia, telefonar pros pacientes ou então mandar agente comunitários nas casas avisando que não vai ter atendimento e arrumar um espaço nos outros dias pra pegar aqueles pacientes e colocar nas agendas. (UBS B1)*

Notamos que o modelo biomédico com seus núcleos de especialidades se coloca como ainda vigente nos serviços de saúde pública e como uma cultura dominante, tanto por parte dos profissionais quanto, possivelmente, dos usuários do sistema, com se nota na fala de uma gerente sobre o trabalho desenvolvido em outra unidade de sua região:

*(...) lá eles desenvolvem um trabalho um pouco diferenciado. Eles trabalham mais com matriciamento não tem tanto atendimento em psicoterapia individual. Têm pacientes que não entendem muito o processo de trabalho que também é bom que eu já tive experiência de trabalhar com eles, mas o paciente ele quer ser atendido individualmente. Ele quer passar em consulta, ele quer receita, então ele não entende muito o trabalho e ele acaba vindo pra cá. (UBS E1)*

### 5.2.1 A Entrada dos NASF

Como dito anteriormente, todas as unidades pesquisadas contam com equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família que dão apoio às equipes da ESF em situações que exijam alguma especificidade, como é o caso da saúde mental.

Na portaria 154/08 que o oficializa o NASF, não há menção explícita ao termo apoio matricial, no entanto, entendemos que o modo de operação ali proposto seja o do matriciamento. Em consonância com a proposta de GASTÃO (1999), fala-se no documento em atuação integrada à rede de serviços, compartilhamento de responsabilidade entre as equipes pelos usuários/famílias, desenvolvimento de ações

conjuntas entre as equipes, revisão da prática do encaminhamento baseada no processo de referência e contra-referência e acompanhamento longitudinal da população por parte da equipe da ESF. Além disso, os profissionais entrevistados falam que a atuação do NASF se dá por meio do matriciamento.

*O trabalho deles [do NASF] é fazer esse matriciamento, ou seja, instrumentalizar as equipes a terem uma maior facilidade ou um outro olhar para os casos e com isso é... conseguir cuidar dos casos mais dentro da UBS e não encaminhar tantos casos às vezes por uma opinião né de um especialista e o NASF ele consegue trazer esse outro olhar e assim ir a todos grupos pra também poder potencializar os grupos de saúde da família que fica um pouco limitadas. (UBS C1)*

Abordaremos adiante algumas diferenças que notamos nos NASF mencionados nas entrevistas em relação ao número de equipes e unidades que apoiam, aos membros que compõem as equipes e às atribuições ou estratégias de trabalho adotadas por eles.

Conforme se observa no quadro 9, algumas UBS ou USF<sup>20</sup> pesquisadas compartilhavam entre si o mesmo NASF e outras dividiam com unidades que não fizeram parte deste estudo. Assim obtivemos informações sobre 7 núcleos, sendo que estes cobriam entre 2 e 5 unidades e um total de 9 a 17 equipes de SF.

Quanto à composição profissional dos NASF das regiões pesquisadas, houve uma variação de 5 a 12 membros de distintas categorias, entre elas: médico acupunturista, homeopata, ginecologista, pediatra, assistente social, nutricionista, educador físico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psiquiatra e psicólogo. Os três últimos são considerados pela portaria 154/08 como “profissionais de saúde mental”, que recomenda que haja ao menos um deles em cada núcleo, o que acontece em todos os locais pesquisados, como se pode visualizar no quadro 9.

---

<sup>20</sup> Nas regiões estudadas, como mencionamos no item 3.2 desta pesquisa, há “unidades mistas”, ou seja, UBS tradicionais, composta por diversos profissionais, onde parte da população de sua área de abrangência é coberta pela ESF, e “unidades de SF puras”, isto é, toda a população da área de abrangência da unidade tem cobertura da ESF e todos os profissionais são integrantes das equipes de SF. Sendo assim, as “unidades puras” tendem a possuir um número maior de equipes de SF que as “unidades mistas”.

**Quadro 9:** NASF das unidades pesquisadas em relação ao número de UBS/USF e equipes da ESF que apoiam, número de profissionais que o compõem e categorias dos profissionais de saúde mental.

	NASF 1	NASF 2	NASF 3	NASF 4	NASF 5	NASF 6	NASF 7
n <sup>o</sup> UBS/USF	4	2	3	4	3	3	5
N <sup>o</sup> equipes SF	14	12	10	17	10	11	9
N <sup>o</sup> profissionais	5	6	6	12	6	6	7
Profis. saúde mental	psicólogo	psiquiatra	ter. ocup.	psicólogo psiquiatra ter. ocup.	Psicólogo	psicólogo psiquiatra	psicólogo psiquiatra ter. ocup.

Destacaremos duas situações que chamam a atenção no quadro 9 em relação aos números: NASF 4 e NASF 7. No caso do NASF 4, o núcleo é composto por 12 profissionais e compartilhado por 4 unidades que possuem um total de 17 equipes de SF. No entanto, parte dos profissionais trabalha nas 4 unidades – educador físico, nutricionista, assistente social e fonoaudiólogo - e outra parte é dividida por duas delas - psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Há, portanto, dois profissionais de cada uma dessas últimas categorias no núcleo, sendo que cada um deles é referência para duas UBS/USF. Assim, o psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta estão em cada unidade que atuam duas ou três vezes por semana.

*Então aqui ele tem, a gente tem profissionais que atuam em 4 unidades (...) e tem profissionais que são de duas unidades. O pessoal de... da mental (...) divide duas unidades (...)* (UBS C3)

*Tem um núcleo do NASF, que é comum às quatro unidades. O educador físico, a nutricionista, a assistente social e a fonoaudióloga são comuns das quatro unidades (...) Tem um mini NASF, dentro desse NASF, (...) O fisioterapeuta, a TO, esses são nossos, são aqui da gente... e a psicóloga e a psiquiatra. (UBS C2)*

No caso do NASF 7, embora ele seja referência para 9 equipes, menor número encontrado na pesquisa, elas estão em 5 UBS/USF diferentes. Essa dispersão de um núcleo em diversas unidades com poucas equipes parece comprometer o trabalho, pois limita a frequência dos profissionais do NASF em cada unidade, o que torna o trabalho conjunto dificultoso. Em uma das unidades pesquisadas, a frequência do psiquiatra é mensal e do psicólogo, quinzenal.

Essas distintas situações – NASF 4 e NASF 7 - podem dar indícios de diferenças importantes em relação ao trabalho que pode se mais ou menos próximo e resolutivo em cada condição. No entanto, estas são apenas hipóteses que necessitariam de uma outra pesquisa para ser verificada.

No que diz respeito aos “profissionais de saúde mental” que compõem cada um dos sete núcleos – última linha do quadro 9 - vale observar o fato de haver NASF com um, dois ou três trabalhadores dessa área. Além disso, embora se preconize que a composição dos NASF varie conforme as necessidades locais, vemos que isso nem sempre acontece, havendo falta de profissionais considerados essenciais, por algumas equipes, e presença de outros considerados desnecessários naquela realidade. A ausência de psiquiatra é apontada como um problema em alguns NASF, problema que pode estar relacionado com a dificuldade de contratação desse profissional.

*Tem uma equipe de NASF com um mé... uma pediatra que aí é que tá, né. (...) essa vaga de médico pra gente é psiquiatra., né assim, era o que mais importava e a gente não tem. (...) A nossa proposta era que nós tivéssemos o psiquiatra, a princípio até foi, mas parece que não conseguiu também preencher essa vaga, então acabaram colocando pediatra em algumas unidades e ginecologista em outras (...) nosso grande nó aí se nós tivéssemos um psiquiatra 4 horas na semana (...) uma vez na semana 4 horas ele já faria diferença, porque é isso que eu tô dizendo, assim, é a orientação do colega, é a dúvida, porque a medicação, ela assusta, né, é uma medicação controlada, é um psico (...) (UBS A2)*

*(...) nem todas as unidades com NASF de saúde da família tem uma psiquiatra, entendeu. Então nem sempre todos os casos de saúde mental podem ser encaminhados ao NASF. (...) o nosso tem uma, tem essa psiquiatra (...) então o nosso tem como designar mais casos de saúde mental, eu não sei como que funciona isso num NASF que não tem uma psiquiatra dentro, entendeu? Se eles tem esse suporte pra ter. Nós temos porque nós temos psiquiatra, temos terapeuta ocupacional, então tem esse suporte. (UBS B2)*

Em todas as regiões pesquisadas a entrada dos NASF se deu entre a segunda metade de 2008 e a primeira de 2009, dessa forma, eram muito recente na data da entrevista. Sendo assim, alguns entrevistados afirmaram que o trabalho ainda estava em construção e pouco definido.

*O NASF como ele é muito novo nem eles ainda têm uma proposta, né. Tá sendo uma construção junta, a gente traz os casos, a gente discute, a gente tenta ver o encaminhamento. Então às vezes a psicóloga tem alguns..., ela faz VD, ela agenda alguns casos individual, mas assim... ainda não deu pra saber se isso vai surtir efeito pra frente... é muito novo. (UBS A3)*

No que diz respeito às estratégias e atribuições do NASF<sup>21</sup> para dar apoio em saúde mental, destacaram-se, nas entrevistas, reuniões para discussão de casos, atendimentos individuais e em grupos, visitas domiciliares, sendo que em alguns locais essas intervenções se davam de forma compartilhada entre NASF e ESF e em outros, isoladamente.

*Eles participam dos grupos, das reuniões de equipe pra discutir casos que são pertinente a eles (...) eles fazem o grupo, e às vezes dos grupos eles tiram alguém do grupo para atendimento individual ou pra outros grupos especiais, (...) aí eles encaminham pros grupos que eles mesmos fazem, por exemplo, de oficina lúdica, de criança com alteração no desenvolvimento neuropsicomotor (...) Eles têm também uma porcentagem de consultas que eles fazem com os usuários, né, de avaliação de alguns usuários, (...) eles fazem essas visitas domiciliares, às vezes na unidade, então a psicóloga chama*

---

<sup>21</sup> Vale lembrar que os NASF atuam em nove áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/adolescente/adulto jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica, porém nossas entrevistas abordaram apenas a saúde mental.



*pra conversar alguém que parece que tá com probleminha que foi também discutido na reunião (...) 20% do tempo deles é pra essa parte mais individual, em visitas, em consultas e 80% de grupo e reuniões e atividades coletivas. (UBS C2)*

Outra forma de intervenção realizada pelos NASF mencionada em uma das regiões foi de grupos com os agentes comunitários de saúde, com o objetivo de lhes dar suporte, ajudar na capacitação, tirar dúvidas, discutir o trabalho que realizam, entre outros.

*Eles também têm uma conversa com os agentes comunitários que acontece uma vez por mês onde é feito oficina com os agentes comunitários, às vezes pra discutir um pouquinho do processo de trabalho, às vezes também pra fazer uma capacitação, pra tirar dúvidas que muitas vezes são em comum com todos, né, então eles também participam. (UBS C2)*

*(...) toda semana, a equipe do NASF faz um trabalho com os agentes comunitários de saúde, de discutir o trabalho, auto-estima, é... para o apontamento que eles trazem, o NASF tenta apanhar isso e trabalhar com eles isso. Então... e assim, os agentes comunitários são uma peça fundamental da estratégia. Então, o NASF tá dando esse suporte também pros agentes. (UBS C1).*

Vemos nas ações dos variados núcleos a presença tanto da lógica do encaminhamento quanto da co-responsabilização, como já discutido nas seções 5.1 e 5.2 deste trabalho.

### 5.3 O CAPSI E SEU PAPEL NA REDE

Chama a atenção os constantes impasses relatados nas entrevistas sobre o que é e o que não é “caso de CAPS” que levam os usuários a peregrinarem a procura de local para serem atendidos, uma vez que a lógica predominante é a do encaminhamento.

*(...) tem horas que a coisa não é tão clara, do que que é pra cá, do que é pra lá, do que que eu mando, do que eu não mando... se eu pudesse falar qual é a maior dificuldade são as variações dos quadros, né, das situações de vida. Então é um negócio que nunca vai tá pronto, nunca você vai conseguir fazer redondinho e falar esses casos são e esses casos não são. (CAPS C)*

Vemos que o questionamento que se faz é, principalmente, sobre o que cabe a cada equipamento, havendo pouca menção sobre o trabalho em rede e a corresponsabilização pelos casos, o que indica um isolamento dos serviços em si mesmos e uma desarticulação de suas ações.

Conforme portaria 336/02, os CAPS têm a função de ordenador de toda a demanda de saúde mental de sua área de abrangência e tal papel é comentado em uma das entrevistas:

*A gente tenta, né, como CAPS, fazer todo o gerenciamento das estratégias de saúde mental da infância com todas unidades. (CAPS D)*

Entretanto, podemos perceber que gerenciar todas as estratégias de saúde mental de uma região é uma tentativa que não se efetiva na prática. Ademais, o papel central do CAPS na rede de cuidados em saúde mental é questionável, como bem aponta FIGUEIREDO (2006): “ao tomarmos o CAPS como ordenador da rede, como propõe o Ministério, não estaríamos reiterando o foco nesse equipamento e o seu isolamento em relação àquela rede ampla e entrelaçada de saúde que almejamos?” (p. 20). Pensamos que as ações de cuidado são mais eficazes se operadas em conjunto, utilizando diversos recursos comunitários com destaque para um ou outro equipamento dependendo do momento e da singularidade do caso.

Sendo a Atenção Básica (UBS e ESF) porta de entrada do sistema de saúde, muitos casos de saúde mental não chegam aos CAPS e podem, com sucesso, ser acolhidos e cuidados nesses locais e por essas equipes. Se as equipes da ESF se voltam para a atenção integral da população e os CAPS cuidam de pessoas em intenso sofrimento psíquico, há uma intersecção entre ambas em situações que envolvem saúde mental, pois tratam das mesmas pessoas e fazem parte do mesmo

Sistema Único de Saúde (LANCETTI, 2006) e, dessa forma, sua articulação é indispensável.

No entanto, vemos que há uma tendência das unidades de passar a demanda para o outro, no caso das UBS e ESF, ou de “devolvê-la”, no caso dos CAPS, muitas vezes por não saber como lidar com a situação ou por achar que aquilo não lhe cabe, gerando desassistência ao usuário, que não é acolhido por ninguém.

*(...) a gente não conseguia lidar na rede não. O paciente ia procurar o serviço e simplesmente mandavam que não era caso pra lá e mandava de volta pra cá. (...) a gente indicava o CAPS e o contato era muito ruim, não consegue entrar (...) eles falam que não é caso dele. (...) A gente fica meio sem saber, ela surtava, aí vai, foram umas duas vezes que a dra. pediu, escreveu, falaram que não era caso pra eles, retorna o paciente pra cá. Aí você fica, aí, e agora? o que que eu faço, né? (UBS E2)*

Essa seleção (inclusão/exclusão) de usuários assumidos por cada serviço é criticada por ROTELLI (2001) que diz que ela advém do elevado nível de especialidades e refinamento das técnicas interventivas que levam os serviços a funcionar segundo uma lógica de empresa: selecionam os problemas com base na própria competência e quanto ao restante podem dizer “não é um problema nosso”. Isso “faz com que as pessoas sejam separadas, ‘despejadas’, jogadas de um lado para o outro entre competências diferentes e definitivamente não sejam responsabilidade de ninguém e sim abandonadas a si mesmas” (p. 22). Nessas situações, a ‘estática’ da segregação em uma instituição separada e total, o hospital psiquiátrico, é substituída pela ‘dinâmica’ da circulação entre os serviços especializados com prestações pontuais e fragmentadas.

Vemos que o critério comumente utilizado pelas equipes, de acordo com as entrevistas, para saber o que é “caso de CAPS” tem a ver com a gravidade do quadro ou com um momento de crise que o usuário esteja passando.

*(...) o caso vem pro CAPS quando (...) se verifica que tem uma gravidade maior, uma necessidade de intensidade maior, aí se aciona o CAPS nessa história. Eventualmente a gente participa da discussão do caso. (CAPS C)*

Esse critério cria muitas dúvidas entre as equipes e vemos que há uma dificuldade de se estabelecer até que ponto o usuário pode ser atendido pela Atenção Básica e quando ele deve ir para o CAPS.

*Os casos de crise que vão pro CAPS, né. Aí por isso a gente discute, porque às vezes a gente entende que é um caso de CAPS e às vezes não é. Ou às vezes a gente quer mandar um paciente pra CAPS que é um paciente pra Pronto-Socorro, né, que vai na verdade precisar passar a noite. Ele não vai resolver só com o dia (...)* (UBS C2)

Além disso, observamos que os casos “intermediários”, ou seja, aqueles considerados nem tão leves nem tão graves, não tem local definido de tratamento.

*Os CAPS eles hoje atendem mais como um Pronto-socorro, tira da crise, manda pro posto depois perde-se o trabalho, você não sabe o que foi feito lá nem o que chegou aqui, se resolveu se não resolveu, se você quiser retornar o paciente e ele não tiver em crise, mas também não é uma coisa de posto que dê pra tratar numa unidade básica, não tem lugar. Então ou ele tá em surto ou ele tá bem não tem um meio termo, entendeu?* (UBS E1)

Consideramos que o critério gravidade do caso e crise se assemelha, de certa forma, a divisão comumente utilizada nos hospitais psiquiátricos, entre pacientes agudos e crônicos, pois em ambos os casos o parâmetro continua sendo a forma “de doença” que leva a constituição de áreas de fragmentação (ROTELLI, 2001). Assim, pensamos que a construção ou o fortalecimento de uma rede que assuma a demanda como um todo, composta por serviços de saúde e recursos comunitários diversos que compartilham objetivos e projetos, seja um importante passo a ser conquistado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Ainda, vale ressaltar que a função de “selecionar” os casos de saúde mental tem sido exercida pelos CAPS, por vezes, isoladamente. Assim, “escolhem” os usuários que consideram pertinentes ao serviço, e os demais, “devolvem para a rede”, muitas vezes, sem qualquer contato com ela. Se pensarmos a rede a partir de um modelo “redebasicocêntrico”, como aponta MERHY (2002), cabe a Atenção Básica cuidar da saúde da população e e pedir apoio aos demais recursos da rede, quando necessário. Segundo ROVERE (1999, apud LAURIDSEN-RIBEIRO e TANAKA,

2010, p. 156) “a ideia de que soprando por um tubo mando algo que outro recebe e me devolve seria empobrecer as potencialidades do conceito de redes. A partir do momento que a gente entra em rede, entra em vínculos solidários”.

O entendimento de que o CAPS tem o papel de atender o usuário apenas em uma situação de crise e depois “devolvê-lo para o território” para reinseri-lo socialmente nos remete ao modelo manicomial que opera o atendimento dentro de um local específico para depois devolvê-lo à sociedade. Sabemos que a intervenção terapêutica no contexto social das pessoas tem mais efetividade. Ademais, vemos que ao atender apenas na crise, deixa-se de lado uma parcela da população que necessita de cuidados e que não encontram local para isso.

*Se eu consigo devolver um caso pro território, né, não é nem devolver, porque a gente costuma falar assim, o caso não é do CAPS, ele está no CAPS, ele continua sendo do território, da equipe do PSF, né, ou seja, da equipe das unidades básicas porque não tem PSF, ele está no CAPS porque naquele momento ele precisa de uma intensificação, né. A hora que você estabiliza, que você tá conseguindo fazer o movimento de inclusão social, de, né... de rede social pra sustentar essa estabilização do quadro, você precisa articular com o território que tá mais próximo, se não isso fura, né.*  
(CAPS C)

Outra característica em comum que encontramos nos CAPSi pesquisados é sua pouca abertura para o território e o fato de suas ações interventivas ocorrerem dentro dos serviços, fatores apontados por LANCETTI (2006) como os maiores obstáculos atuais dos CAPS. AMARANTE (2007) alerta para o fato de que os CAPS devem sair de dentro dos serviços para buscar vínculos que possam complementar e ampliar seus recursos e devem compor uma rede de atenção á saúde mental. Se os usuários não dispuserem de serviços e ações de base comunitária, pode-se cair no erro de realizar uma nova modalidade de cronificação, dentro dos CAPS (ALVERGA e DIMENSTEIN, 2006).

A preocupação com o “espaçocentrismo” foi apontada por DAÚD JR (2000), ao observar uma grande expansão dos CAPS em todo o país em detrimento à ampliação de uma rede de recursos que garantam atenção integral à saúde mental.

Criou-se pelo país modelos “espaçocêntricos” e não uma rede de atenção à saúde atuante no território.

Embora seja papel dos CAPSi ter suas portas abertas a todos que chegam, vemos que algumas unidades não operam desta forma e tem filas de espera para atendimento, problema justificado pelo pequeno número de profissionais e grande área de abrangência dos serviços.

*Tem fila de espera e eu acho que é nesse sentido que a supervisão vem com essa nova proposta, né, do matriciamento (...) a gente tem que encaminhar, entrar numa agenda, né tem todo esse processo que aí o paciente, pode perder o paciente nesse caminho todo aí (UBS B2)*

*Nem sempre você consegue [a vaga no CAPSi] porque é um equipamento pra uma região tão grande e enfim, existe um déficit aí (...) você acaba limitando um equipamento que deveríamos ter aí pelo menos 3, nessa dimensão desse território, a gente tem 1 (UBS A2)*

Vemos, nas entrevistas, que as falhas de equipamentos e recursos humanos na rede levam ora o CAPS ora a Atenção Básica a assumirem situações que pensam não lhes caber. Mais uma vez percebemos que pouco se pensa em assumir toda a demanda de sua região a fim de garantir uma atenção integral em saúde.

*Discute pelo telefone pra saber se vai ser um caso de CAPS ou não porque tem essa dúvida, né. Será que esse caso é de CAPS, será que esse caso é para CAPS ou será que esse caso é para psiquiatria ambulatorial? (UBS C2)*

Os problemas de dimensionamento dos serviços e falta de profissionais parecem dizer respeito a todos os CAPS, porém notamos que essas falhas tendem a ser mais acentuadas para a infância e adolescência. Problemas como escassez de serviços, filas de espera nos existentes e falta de profissionais na rede que atendam esse público aparecem nas falas dos entrevistados, o que coincide com o apontado por LAURIDSEN-RIBEIRO e TANAKA (2005) em pesquisa realizada na Atenção Básica da cidade de São Paulo.

*Tem um psiquiatra que atende também criança e adolescente, mas é uma vez ao mês, um sábado por mês. Então fica assim, um pouco difícil mesmo (...) Nós temos casos graves de adultos, de crianças que tão sem acolhimento, sem atendimento específico do profissional por falta mesmo desse..., dessa vinculação e até por falta mesmo da..., a gente tem, deu uma, deu uma... uma perda de profissionais de saúde mental que assim, a gente não consegue repor e aí fica difícil assim, as pessoas ficam perdidas. (UBS A2)*

*Quando é criança é um pouco mais complicado, né, porque aí não tem psiquiatra infantil fora o CAPS, na rede assim, então a gente fica, tenta né dentro das possibilidades tenta segurar a criança quando ela não é caso de CAPS, a gente vai monitorando junto com esse núcleo, mas eventualmente você precisa realmente encaminhar. E se não é caso de CAPS, aí é mais difícil conseguir uma vaga pra ela na rede. (UBS C1)*

Ao se falar da articulação entre ESF e CAPSi, as especificidades da infância e adolescência foram pouco mencionadas nas entrevistas. Na maioria dos casos, embora as perguntas versassem sobre este público, os entrevistados, em especial da ESF, falavam dos CAPS de uma maneira geral e das dificuldades em lidar com saúde mental. Mesmo quando direcionávamos a pergunta tendo em vista a infância e a adolescência, foram poucos que apontaram diferenças importantes entre a articulação com os CAPSi e os demais CAPS.

Contudo, acreditamos que considerar as especificidades da criança e do adolescente é fundamental para se realizar um trabalho em saúde mental para essa população. A intersectorialidade das ações voltadas a elas tem especial importância, posto que sua existência, por si mesma, aciona vários setores, como a educação, a justiça, o lazer, entre outros (ELIA et al, 2010).

Além disso, um olhar voltado para a saúde mental infantojuvenil na Atenção Básica, em especial na ESF, pode contribuir na questão da detecção e intervenção precoce, as quais, segundo RANÑA (2010), são consideradas relevantes por qualquer que seja o referencial teórico adotado para organização das ações de saúde mental de crianças e adolescentes neste setor.

*(...) a gente tá lidando com a mesma população, né, a que tá aqui é a que tá lá no posto, né. E tanto era situação que a gente poderia tá*

*agilizando ou potencializando o trabalho da equipe de PSF e a nossa, né, na medida que podia, por exemplo, em caso de autismo, detectar precocemente uma situação, né, quando a gente pudesse tá fazendo trocas também a respeito de uma determinada situação.*  
(CAPS B)

LAURIDSEN-RIBEIRO e TANAKA (2005) afirmam que a falta de capacitação das equipes da Atenção Básica sobre saúde mental pode levar os profissionais a ignorar ou minimizar problemas, postergando possíveis intervenções, que podem acarretar em problemas mais graves, tornando seu cuidado mais difícil e custoso no futuro. Por outro lado, há de se ter cuidado para não rotular crianças e adolescentes precocemente, psiquiatrizar questões que podem fazer parte do desenvolvimento, medicalizar indiscriminadamente e, em vez de cuidar, estigmatizar essa importante parcela da população.

Por fim, vale acrescentar que as famílias têm importante papel nesse processo (BARBOSA, 2009). Conforme aponta RANÑA (2010) qualquer ação que vise à saúde mental infantojuvenil deve se voltar à criança e ao seu grupo familiar. Nesse sentido, as equipes da ESF, por lidarem diretamente com as famílias podem ter relevância nas ações de saúde mental se estiverem capacitadas e receberem apoio de outros profissionais. Assim sendo, o investimento na saúde mental infantojuvenil, além de beneficiar a criança, repercute na saúde mental da família como um todo.

#### 5.4 TRABALHO EM REDE E NO TERRITÓRIO

Partimos da premissa de que o trabalho em rede entre os diversos recursos comunitários assim como ações e intervenções no território de vida das pessoas são condições necessárias para se proceder a um cuidado eficaz àqueles que passam por intenso sofrimento psíquico.

Contudo, percebemos que muitas dificuldades são encontradas no cotidiano dos serviços para se operar em rede que prejudicam a efetivação da articulação. O



mais comum desses obstáculos é a falta de recursos humanos e de equipamentos que levam a uma sobrecarga nos serviços. Esse problema se mostrar presente em todos os locais pesquisados, porém tende a se agravar nas regiões mais afastadas do centro da cidade.

*(...) a gente tem 7 vagas de psiquiatra e não consegue preencher, né, então a gente tá na região acho que com dois psiquiatras pra 18 unidades, então não dá conta, né. Nem que eles quisessem, eles não conseguem. Então a gente tem um déficit mesmo de... né, na rede. (UBS D2)*

*(...) a gente tem falta de psiquiatra na rede, falta de psicólogo na rede, a gente não tem concurso de psicólogo há mais de seis anos aí, então o pessoal aposentou, aposentou, quem chegou, chegou, quem não chegou, não chega mais e a gente tenta suprir essas faltas. (UBS E1)*

BEZERRA JR (2004) diz que a inexistência de uma rede de Atenção Básica eficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes e o número insuficiente de profissionais são problemas atuais comuns de operacionalização do sistema de saúde pública que resultam em uma demanda excessiva sobre as equipes, superlotação dos serviços e encaminhamentos contínuos como forma de atenção.

Além disso, vemos que nem sempre é dada a devida importância ao trabalho em rede, bem como não se faz qualquer relação entre problemas como a falta de adesão dos usuários ao tratamento e o possível sentimento de abandonado que as pessoas passam em uma “rede” desarticulada e burocrática.

*As pessoas sabem como é difícil, sabem, muitas vezes assim até existe um empenho do CAPS, de todo mundo, mas você não consegue fazer aquela família aderir ao tratamento. (UBS B1)*

A inexistência ou a deficiência da rede de saúde mental nos locais pesquisados levam a um problema semelhante ao que ROTELLI et al. (2001) criticam do processo de desospitalização americano e europeu, “um sistema complexo de prestações que reproduzindo e multiplicando a lógica somente negativa da desospitalização, selecionam, decompõem, não se responsabilizam, abandonam”

(p. 24). Nesse sistema desarticulado e fragmentado, os serviços operam de maneira isolada e não proporcionam a assistência integral ao usuário.

As concepções de rede e território que adotamos coincidem com as preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) que entende que a rede não significa apenas um conjunto concreto de serviços interligados, mas também uma forma de conceder e agir o cuidado, na qual as ações e intervenções dos serviços incluem o trabalho com os demais equipamentos do território e está, desta forma, em constante construção, mesmo na ausência concreta de serviços tecnicamente “adequados” ao caso. Essa noção pensa a intervenção para fora dos limites da instituição, no território existencial das pessoas.

O território, como compreendemos, é o lugar psicossocial do sujeito, inclui o as características físicas de uma dada área, mas não se limita a ele, pois considera a dinâmica das relações que nele se produzem. A busca incessante pelas diversas especialidades e a fragmentação do indivíduo e do cuidado podem ser considerados fatores de desterritorialização, pois fazem dos espaços e itinerários uma não contiguidade, mas pontos isolados e separados uns dos outros (PACHECO, 2009).

Para que a rede seja capaz de sustentar as necessidades dos usuários do sistema, ela deve ser forte o suficiente para que não surjam buracos que não possam ser costurados. Como discutimos no item anterior, tem sido atribuído ao CAPS papel central nessa rede, porém pensamos ser mais adequada a construção de uma rede dinâmica, sem centralidade, que possa agenciar as demandas e lidar com as dificuldades que cada pessoa enfrenta, dependendo da situação e momento do cuidado. “Uma rede pulsante e viva, que se movimenta para dar sustentação às necessidades dos usuários e de acordo com elas” (FIGUEIREDO, 2006, p. 20).

Novamente, fica evidente a importância da articulação entre os serviços, que cuidam da mesma população e podem se potencializar ao agir conjuntamente, tendo a ESF como aliada no processo, uma vez que por sua proximidade, se depara com problemas de saúde mental cotidianamente e necessitam de suporte e ferramentas para lidar com essas questões.

*(...) porque a gente tem, a gente tá muito mais diretamente ligado às famílias e a gente, né, tá vendo o problema mais de frente e às vezes*

*isso provoca problema até nos ACS que não conseguem resolver. Então talvez eles pudessem dar um suporte maior. Como a gente tá muito no protocolo, talvez esse protocolo tem horas que atrapalha um pouquinho. (UBS A3)*

Em algumas falas sobre rede e território, chama a atenção o fato de não se pensar o CAPS como um serviço territorial, incluído na rede. Nesta concepção, cabe ao CAPS acolher o usuário por um determinado período para que depois ele “volte para a rede”, como se verifica nas falas que seguem:

*(...) porque o PSF tá ali no território e tem outras condições de estar ali no caso e a equipe de apoio não. A equipe de apoio a gente pode acionar quando a gente vai querer sugerir a continuidade do tratamento, só que não precisa estar mais no CAPS. Então vai continuar com acompanhamento psicológico ou vai continuar com atendimento outro que a equipe de apoio pode tá fazendo. Ele não precisa mais estar no CAPS, não precisa mais dessa intensidade do CAPS, já tá bem, tá estabilizado, **vai voltando pra rede**. Mas se vai fazer ainda atendimento, aí vai pra essa equipe de apoio, né. Se não, se ele **vai voltar pro território**, se ele vai..., aí a gente vai fazer articulação direto com o PSF. (CAPS C)*

*O CAPS recebia muito caso que não era de intensidade, que não era do perfil do serviço, então eles acabavam às vezes absorvendo casos que não eram pra tá ali em função de **não haver na rede como absorver**. Mas hoje já tá bem diferente, já melhorou bastante. (UBS C1)*

Além disso, vemos que, nesses casos, há uma cisão entre instituição, aqui entendida como as unidades que compõe a rede, as relações hierárquicas entre elas, as diretrizes políticas, etc., e o profissional, como se essa rede não fosse construída também pelos sujeitos/trabalhadores que a compõem (SCARCELLI, 1999).

#### 5.4.1 Fórum de Saúde Mental

Das cinco regiões incluídas na pesquisa, duas mencionaram que a articulação entre CAPSi e SF se dá por meio de reuniões do Fórum Regional de saúde mental. Não pudemos compreender se há fóruns nas outras regiões ou se eles apenas não foram abordados nas entrevistas por não serem o local primordial de articulação entre os serviços.

O Fórum de saúde mental pode ser um local de grande importância para construção, manutenção e fortalecimento da rede, por ser lugar de troca, proximidade e contato entre os recursos, bem como de compartilhamento de necessidades e ofertas de serviços. Ainda, pode ser um espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre a região capaz de produzir integração, articulação e interlocução entre as pessoas que atuam no campo da atenção à saúde mental.

No entanto, não sabemos se os fóruns citados têm funcionado como um espaço intersetorial e potencial recurso para encontro de diferentes atores. No que se refere aos serviços de saúde, algumas falas indicam que a participação dos serviços “não especializados”, como a ESF, é instável, conforme se observa no trecho que segue.

*Esse espaço desse fórum acho que seria um bom espaço pra gente ter esse contato, né, mas (...) a equipe de Saúde da Família não vai (...) as equipes não tem aparecido. São convidadas, mas sempre estão atarefadas, sempre se dizem impossibilitadas de estarem nesses fóruns. (CAPS A)*

Essa participação eventual parece ter relação com a compreensão que se tem do papel de cada equipamento, da divisão fortemente presente no imaginário dos profissionais por especialidades e do trabalho compartimentalizado.

*(...) dependendo do assunto, dependendo da situação a gente vai, porque eu não posso..., não dá pra gente participar de uma reunião quando nós não estamos dentro do problema, a gente tá meio que, como é que eu posso dizer, a gente tá meio distante, a gente não tem*

*profissional de mental aqui, não é um serviço especializado pra isso, eles vão discutir coisas do dia a dia da unidade deles, então fica difícil pra gente, eu vou dizer “ah, eu preciso de vaga”, se tem um psiquiatra pra região inteira, eu vou falar o que, vão me bater lá, não adianta, entendeu, então pra ouvir isso, não dá. Agora pra tirar uma política tudo eu acho que vale a pena, mas se for pra coisa da casa deles, tem que ser com eles mesmos (UBS A1)*

Assim, nas entrevistas onde o fórum foi mencionado, a concepção que se tem dele é de um “local de troca” e “discussão de casos” entre serviços de saúde, em especial os de saúde mental. Entretanto, outra pesquisa seria necessária para se compreender outros objetivos do fórum e a participação de outros setores sociais.

*(...) esse fórum se divide em duas partes, uma parte dessa reunião que é só pro pessoal técnico, então dos CAPS, do CECCO, da supervisão, eles discutem e a outra metade da reunião daí vai os representantes de cada unidade com eles pra também conversar. Então são dois momentos, uma reunião só dividida em dois momentos. (UBS D1)*

#### 5.4.2 Reunião Gerencial

A reunião gerencial dos serviços de saúde da região também aparece em algumas falas sobre articulação da rede e, mais especificamente, sobre o tipo de contato existente entre CAPS e SF. No entanto, essa reunião ocorre apenas entre os gerentes dos equipamentos de saúde da região, o que de fato viabiliza apenas algumas conversas sobre fluxos e vagas, e ficam de fora da conversa os profissionais que executam os cuidados à população.

*(...) a cada quinze dias a gente tem reunião de gerentes, então a gente acaba encontrando a gerência, então alguns casos específicos a gente conversa de gerente pra gerente, né. (UBS E1)*

*Ela é uma reunião mensal, (...) e reúne todas as gerências dessa supervisão, incluindo aí as dos CAPS, enfim de todas, todos os equipamentos de saúde (...) nessas reuniões a gente tem os informes de um modo geral, não existem informes específicos, né, por isso que eu digo que a articulação ela fica um pouco... truncada mesmo, ela não tem uma especificidade. Ela é mais pros informes gerais das orientações do município. (UBS A2)*

Na última fala vemos que a articulação e a construção da rede têm poucas possibilidades de se efetivar dentro desse formato. Ainda, vale dizer que algumas entrevistas apontam a reunião gerencial como único contato entre CAPS e ESF e aí se vê presente uma hierarquia de papéis, mostrando que são os gerentes que tomam decisões sobre o trabalho a ser executado pela equipe dos serviços.

## 5.5 PROCESSOS DE TRABALHO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Muitos entrevistados colocam como obstáculo para articulação entre os serviços a rigidez na agenda dos profissionais e a cobrança por produção, fatores que prejudicam a realização de uma atenção psicossocial e de uma clínica ampliada.

*(...) as agendas, principalmente dos médicos é muito rígida lá, nessa grade de atendimento que eles têm que cumprir (...) Eles têm uma produção, têm que responder por uma produção, principalmente os médicos. Então é muito difícil disponibilizar tempo pra outras coisas (...) a agenda que é rígida, é uma lógica de produção, e que o médico, a equipe, mesmo que tenha uma predisposição pra um trabalho diferente, né ele não consegue porque tem a problemática (CAPS B)*

*(...) o maior obstáculo é o gerenciamento das demandas do dia a dia, né. São muito diferentes, não tem esse entendimento da importância de articular a rede, então a gente tem a agenda que hoje tá no computador, então tem agenda local e agenda regulada e fica essa cobrança em cima dessa produtividade aí, não pode fechar a agenda, é... e tal, e acaba não dando tempo pra essa coisa mais*

*alicerçadora mesmo que seria esse trabalho costurado. Então a grande dificuldade é a demanda do dia a dia. Às vezes marco reunião, mas aparece mil coisas, no dia a dia que eu não dou conta, não tem espaço definido pra fazer isso. Apesar de ter a importância, né, acho que a coordenadoria dá muita importância pra essa articulação, ainda não consegue dentro dessa demanda de produtividade deixar esse fato viável. (CAPS D)*

Vemos que os processos de trabalho rígidos e burocráticos, regidos pela quantidade de procedimentos/mês, que tem na produtividade por atendimentos sua lógica de funcionamento, aliados à deficiência de profissionais de saúde mental nos serviços públicos e a ausência de um trabalho em rede levam a um abandono de pessoas que necessitam de acolhimento. O cuidado integral, resolutivo e compartilhado não pode estar alicerçado por uma cobrança por produção quantitativa que além de não primar pela qualidade do serviço, não comporta em sua “grade de horários” espaço para discussão de casos, por exemplo.

*Eu acho que devia ser um contato semanal. Pra poder discutir com mais frequência os casos que elas atendem, mas isso não existe, fica inviável tanto pra cá quanto pra lá. A gente não consegue (...) (UBS B1)*

A falta de profissionais e de serviços de saúde mental é um grave problema na rede que pode levar a uma sobrecarga de tarefas dos profissionais que encontram dificuldades para disponibilizar tempo para discussão de casos e intervenções conjuntas. Pesquisa realizada na cidade de Campinas (MIRANDA e ONOCKO-CAMPOS, 2010) indica que problemas como escassez de recursos comunitários e sobrecarga de trabalho tanto de profissionais dos CAPS quanto das UBS dificulta a construção de um trabalho compartilhado entre as equipes e um cuidado adequado aos usuários em sofrimento psíquico.

Além disso, processos de trabalho orientados pelo agendamento de consultas especializadas podem ocasionar filas de espera, porém, em contraponto, ter como consequência grande número de faltas e “ociosidade” dos serviços, como se vê no trecho que segue:

*... você acaba limitando um equipamento [CAPSi] que deveríamos ter aí pelo menos 3, nessa dimensão desse território, a gente tem 1 e aí acaba ficando... e por vezes acaba ficando ocioso, é impressionante, mas é assim. A demanda é tão grande, você tem um monte de pessoas inscritas, porém aquelas pessoas nem sempre dão continuidade no tratamento, então assim, fica ocioso lá o serviço e a gente fica com um monte de vaga aqui também precisando encaminhar. Então, você se, você acaba se limitando a não encaminhar os casos que de fato com uma intervenção de CAPS, teria um resultado bem melhor (...) precisa passar por todo um caminho, tem que ter o encaminhamento de um profissional específico da área da saúde mental e você não tem esse profissional pra fazer esse encaminhamento. (...) e quem é essa pessoa especializada? Não tem na região ou tem um que atende uma vez ao mês, tal. E como eu te disse, apesar de ser aquele monte de encaminhamento, ele fica ocioso porque chega no sábado as pessoas faltam, então assim, você agenda, agendou, ele tinha 10 vagas, você agendou 12, faltou 8. Só que assim, não dá pra você agendar 20, você não sabe se vão... se vir os 20 ele não tem condição de atender. Então assim, por incrível que pareça, apesar de tudo, fica ocioso aquele serviço que tem uma demanda imensa. É uma questão, não sei se só de organização de serviço, ou de conscientização, ou de, não sei como a gente também esteja falhando nas nossas comunicações até com a própria população, né, mas é interessante que acontece isso (...) (UBS A2)*

Essa “ociosidade” do serviço, apesar da grande demanda por atendimento pode estar relacionada à burocratização dos processos de trabalho, a predominância da lógica do encaminhamento e o possível sentimento de abandono que isso gera nas pessoas. Vale ressaltar ainda que, nesses casos, há uma lógica na qual o atendimento depende exclusivamente da procura do sujeito em sofrimento por um serviço adequado, não havendo o movimento oposto, ou seja, do serviço ir até essa pessoa que necessita de ajuda, tal qual preconizado pela atenção psicossocial. Há de se dizer que para que essa mobilidade se torne viável, tanto os serviços quanto os profissionais devem estar voltados a isso (ROTELLI, 2001) e dispor de recursos humanos e materiais para sua efetivação. Conforme aponta COSTA-ROSA (2000), independente do programa terapêutico que se crie em termos ideológicos e teórico-técnicos, ele será sempre sensível aos modos estruturais e organizacionais da instituição em que é executado.



Outro problema relacionado à falta de profissionais de saúde mental na rede é a atribuição ao médico da família da função de “trocar receitas” indiscriminadamente, já que eles se sentem despreparados para avaliar o usuário.

*Nosso generalista ele troca receita, ele conversa, mas suponhamos que seja um caso de medicação. Ele não consegue mudar essa medicação, ele só vai trocar a receita (...) Às vezes eles ficam muito incomodados com isso, né, porque é aquilo, né, fica... você tá prescrevendo alguma coisa do colega, mas eles fazem. (...) Agora assim ela tem a necessidade de um especialista, mas você sabe já pelo menos o que ela toma, então você vai manter isso até um dia a gente conseguir um especialista (...) eu não vou adequar dose nenhuma, eu vou manter o que tava. (UBS A2)*

Como consequência da “distribuição de receitas” sem adequada avaliação, pode haver a medicalização do sofrimento psíquico e a ausência de uma integralidade no cuidado, o que se torna ainda mais preocupante quando se considera a população infantojuvenil. Integralidade para o campo da saúde mental tem a ver com uma compreensão de que o cuidado deve se voltar para um indivíduo, seu problema e seu contexto social, familiar, comunitário, não ao seu diagnóstico. Esse olhar integral da situação indica a necessidade de se trabalhar no território e a negação do isolamento, característico dos manicômios. A intersetorialidade e a diversificação de ações são componentes indissociáveis da integralidade (ALVES, 2001).

Vemos que os serviços, muitas vezes, reproduzem o modelo psiquiátrico tradicional, centrado na doença e na intervenção medicamentosa e dessa forma são produzidos “novos” serviços que não são mais que metamorfoses e novas roupagens para velhos princípios (AMARANTE e TORRE, 2001).

Se por um lado as equipes em geral, mas principalmente as da ESF, são cobradas pela produção de visitas, de atendimentos, de procedimentos, por outro, exige-se que sejam regidas pelo princípio da integralidade, que significa poder voltar o olhar para um sujeito inteiro e viabilizar o cuidado para ele como um todo. Vemos que essas ideias - processos de trabalho baseados na produção e integralidade - são antagônicas e, portanto, incompatíveis. Podem, assim, ser uma das responsáveis

pelas dificuldades que vemos no dia a dia dos serviços que ora primam pela quantidade, ora pela qualidade.

Vemos que se alcançar um olhar integral e uma atenção integral ainda é um desafio para a saúde pública, devido, entre outros fatores, à hegemonia do modelo tradicional de cuidados e a dificuldade dos profissionais de renunciarem de seu papel específico, de especialista para dar lugar a um saber compartilhado e heterogêneo. Há uma tentativa de fazer com que a soma das partes que cada especialidade e serviço se apropria leve a uma atenção integral à saúde das pessoas (PACHECO, 2009). Nesse sentido, há uma divisão de tarefas, na qual cada serviço cuida de um tipo de demanda, sendo casos leves para Atenção Básica, casos graves para serviços especializados, como os CAPS e os casos “intermediários” ficariam a cargo de ambulatorios, serviço escasso na cidade de São Paulo (GOMES, 2009).

O critério gravidade pode ser questionável se pensarmos na complexidade do sofrimento psíquico e na dificuldade de se estabelecer “graus” de gravidade. Além disso, temos visto que há pessoas que não chegam aos serviços especializados, ficando reclusas em suas casas, abandonadas de tratamento. As equipes da ESF podem encontrar essas situações e, por sua proximidade e vínculo, ter potencial de entrada e de intervenção nesses casos, se acompanhadas e apoiadas por profissionais especializados.

*(...) o PSF é a equipe que vai tá no território, que conhece o território, que tem um acesso mais rápido e mais direto de toda a dinâmica territorial e de vida daquele paciente, né, é... então ele vai otimizar muito o trabalho, se a gente conseguir fazer um trabalho junto, ele vai otimizar muito o trabalho. Dar o resultado do trabalho de inserção social, de inclusão, né, de estabilização dos quadros, de manutenção da estabilização dos quadros, né, então se a gente tiver isso bem articulado, o resultado do trabalho com os casos aqui no CAPS vai ser muito melhor. (CAPS C)*

*(...) começou a fazer esse trabalho [um profissional da equipe do CAPS] de matriciamento no PSF, de saúde mental geral, então as questões, é..., principalmente assim de casos que estão reclusos em casa, que acabam nem chegando muito nas unidades, e que pela estratégia mesmo né da saúde da família, dos agentes de família, por terem mais acesso a esses casos, eles conseguem perceber. (CAPS D)*

O formato como se organiza a ESF, por um lado contempla a integralidade, por ser local, territorial e comunitário, com um olhar voltado para o sujeito, à família e seu meio social. Por outro, conforme afirma ALVES (2001), pode repetir o modelo biomédico com “uma hierarquia na relação de conhecimento e mando” (p.173), na qual há uma hierarquia entre médico e os demais membros da equipe, relação que pode se diferenciar de uma equipe para outra. No entanto, uma gestão democrática e participativa aliada à possibilidade de espaços onde se compartilha saberes de forma horizontal, considerando todos os participantes do processo de cuidado, incluindo os agentes comunitários, membros fundamentais da ESF, tende a favorecer a integralidade das ações de cuidado.

A Reforma Psiquiátrica pressupõe a superação do modelo biomédico tradicional, substituindo-o por um trabalho em equipe multiprofissional onde se compartilham saberes e se renuncia ao saber especializado. Desta forma, ALVES (2001) aponta que um desafio colocado para o campo da saúde mental é incorporar a ESF, valendo-se do que ela tem de inovador e reorganizador da assistência e contaminá-la com a prática de compartilhar saberes e cuidar integralmente das pessoas.

Ademais, vale lembrar que, como afirmam DIMENSTEIN et al (2009), “a lógica capitalista, o individualismo, a competitividade e a segregação tão evidentes nas sociedades atuais, contrapõem-se à lógica do trabalho em equipe, à coresponsabilização e à escuta qualificada” (p.66), práticas essenciais para se operar dentro de um novo modelo. Além disso, a divisão do trabalho e do saber em especialismos são característicos do modelo capitalista de produção típico das sociedades neoliberais com uma ideologia individualizante que tende a criar obstáculos às relações intersubjetivas horizontais (COSTA-ROSA, 2000). As relações interpessoais são consideradas supérfluas, os interesses se voltam para projetos pessoais em detrimento aos coletivos. Esses fatores influenciam e contribuem para que o sentimento de desamparo aumente (ONOCKO-CAMPOS e GAMA, 2008).

Assim, encontramos em nossas entrevistas discursos que nos remetem ao “modelo asilar” na qual a divisão de trabalho se dá como uma “linha de montagem”,

sendo as tarefas e os sujeitos fragmentados como mercadorias da produção comum, os profissionais não se encontram para conversar sobre a tarefa comum, e a determinação fundamental dos problemas é biológica (COSTA-ROSA, 2000). E outros que falam de um trabalho embasado no modo psicossocial, que pretende superar radicalmente o modelo asilar realizando uma atenção integral ao sujeito em sua existência-sofrimento.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.*

Eduardo Galeano

A articulação das ações voltadas à saúde mental infantojuvenil realizadas pelos CAPSi e SF ocorrem de formas distintas nas regiões pesquisadas. Entretanto, vemos em comum que a possibilidade de se incluir a saúde mental no escopo das ações das equipes de SF vem se ampliando, em maior ou menor grau, dependendo do local.

A cidade de São Paulo, local que escolhemos para realizar esta investigação, representa um campo de pesquisa complexo e heterogêneo, dada sua magnitude populacional e territorial, a grande variabilidade de condições socioeconômicas e culturais de seus habitantes, entre outros fatores. Há de se lembrar, ainda, que a descontinuidade político-administrativa que a cidade sofreu, em meados da década de 90, com o desmonte do SUS e da rede de atenção em saúde, trouxeram consequências para o setor Saúde que prejudicaram o avanço da Reforma Sanitária e Psiquiátrica da cidade. Atualmente, a crescente parceria da prefeitura com Organizações Sociais acarreta interrogações sobre as perspectivas da saúde pública no município.

Apesar de todos os problemas da cidade, percebemos, nesta pesquisa, que algumas equipes conseguem pôr em prática um modelo de saúde mental compatível com o modo psicossocial. Nesses casos, há grande empenho das equipes em trabalhar em rede, realizar parcerias com os recursos na comunidade, mesmo quando

escassos, construir relações horizontais entre trabalhadores por meio do diálogo, fatores indispensáveis para a concretização de um cuidado integral.

Todavia, percebemos que a lógica do encaminhamento, na qual se envia o usuário para serviços especializados e se transfere a responsabilidade por seu cuidado, é predominante nas regiões pesquisadas. Esse modo de operar advém de um modelo tradicional de saúde que enxerga o indivíduo de maneira fragmentada e desenvolve tecnologias que dêem conta de cada pedaço. Assim, problemas de saúde mental são alvos de profissionais e serviços específicos que intervêm nos sintomas pontualmente. Ao contrário disso, pensamos que as ações voltadas à saúde mental têm melhores resultados quando operadas em parcerias intersetoriais e voltadas a um sujeito inteiro, considerando todo seu contexto.

Ademais, observamos nessa pesquisa que, em alguns casos, fala-se em apoio matricial sem compreender e operar o que nos parece fundamental de sua proposta: a co-responsabilização pelos usuários e a construção de ações conjuntas. Vale lembrar que esse arranjo, tal como proposto, é complementar ao de equipes de referência, que se responsabilizam longitudinalmente pela saúde integral de uma população específica. Apesar da incompatibilidade entre os princípios que regem a organização de equipes de referência-apoio matricial e a lógica do encaminhamento, ambas têm se confundido na prática do trabalho e, por vezes, se mostram sobrepostas.

No entanto, não se pode perder de vista que a tentativa e, em certos casos, superação do modelo tradicional que leva a desresponsabilização, para um outro no qual se compartilha a responsabilidade, encontra obstáculos estruturais e organizacionais, por vezes, intransponíveis.

No caos dos CAPSi pesquisados, vemos que cada um deles tem sido serviço de referência para áreas geográficas muito extensas, com uma população de aproximadamente quinhentos mil habitantes, o que dificulta o desenvolvimento de um trabalho territorial e comunitário. Acrescenta-se a isso o número limitado de profissionais nas equipes, na maior parte das unidades. Segundo as entrevistas, há também escassez de recursos e de “profissionais de saúde mental” na rede, problemas que são mais ou menos acentuados nas diferentes regiões.

Entendemos que todos esses fatores precisam ser cuidados, pois influenciam as possibilidades de um trabalho visando à saúde mental de crianças e adolescentes,

embora não sejam determinantes para a superação do modelo tradicional. A simples existência de serviços, profissionais e até mesmo de espaços de diálogo entre equipes não garante a comunicação entre seus membros, tampouco um cuidado integral para os usuários do sistema.

As entrevistas apontam para problemas relacionados à própria lógica de funcionamento dos serviços e organização de seus processos de trabalho, em especial na ESF. Há uma contínua cobrança por produção, excessiva rigidez nas agendas que dão pouca abertura para espaços de diálogo - tão necessários para integralidade da atenção - e geram grande sobrecarga de tarefas. A rotatividade de profissionais, também citada como problema frequente na ESF, não poderia estar também relacionada com esses fatores? Os profissionais das equipes se sentem pouco capacitados ou dispostos para lidar com saúde mental. Essas dificuldades se não compartilhadas e acolhidas por outros profissionais podem gerar angústia nas equipes, posto que lidar com o sofrimento mental do outro mobiliza nosso próprio sofrimento.

Pensamos que, para além dos tradicionais cursos de capacitação em saúde mental, o trabalho conjunto entre equipes de saúde mental e saúde da família, discutindo casos, compartilhando conhecimento, elaborando estratégia, pensando coletivamente em caminhos, realizando visitas domiciliares conjuntas ajudam os profissionais a se sentirem mais seguros e perceberem que não estão sozinhos para “resolver” os casos. Não se trata apenas de dividir responsabilidades, mas de compartilhá-las de tal forma que no trabalho em equipe todos se sintam mais fortes, os profissionais lidem melhor com o “medo do louco” e não almejem a rápida solução ou a cura daquele usuário, mas a ampliação de suas possibilidades de vida.

Assim, vimos que a maioria dos entrevistados menciona que a proximidade entre os trabalhadores da ESF e dos CAPSi pode ser um facilitador para lidar com saúde mental. Nas regiões onde as equipes são mais próximas, os profissionais se conhecem pessoalmente e existe uma abertura e canais para contato sempre que necessário, os problemas comentados acima tendem a se atenuar. Vale dizer que a comunicação entre os serviços pesquisados se dá, por vezes, de forma parcial, ora entre gerentes das unidades, ora apenas entre os profissionais “técnicos”, excluindo, entre outros, os agentes comunitários de saúde, peças fundamentais da ESF.

Consideramos que o efetivo diálogo entre as equipes depende da construção de espaços de troca entre todos os envolvidos no processo de cuidado, onde se aceitem as diferenças profissionais e pessoais, as divergências de opinião e o conhecimento de todos.

Uma rede de atenção integral em saúde se constitui pelos serviços de saúde e pelos variados recursos do território que se organizam de modo a responder às complexas necessidades de uma determinada população. No entanto, a rede depende das pessoas que atuam nos serviços, das conexões e vínculos que estabelecem entre si para atingir um objetivo comum. Assim, o compartilhamento de responsabilidades e ações interventivas entre CAPSi e ESF que almejamos só se realiza por meio das relações sociais entre os trabalhadores dos serviços. Portanto, valorizar e investir na relação entre as pessoas nos parece fundamental para que haja um trabalho compartilhado entre as duas equipes e na rede como um todo.

Há ainda singularidades da clínica infantojuvenil que apontam para uma maior importância do desenvolvimento de ações conjuntas e inseridas no meio social em que se encontram. Sendo assim, a intersetorialidade das ações, a realização de parceria com escolas, com a justiça, locais de lazer, como parques e clubes são fundamentais para garantir a inserção social dessas pessoas. Embora essa pesquisa indique que a articulação entre ESF e os CAPSi se dá de maneira assemelhada aos demais CAPS, pensamos que seja importante considerar as particularidades dessa população ao se co-responsabilizar pelos casos e elaborar ações de intervenção compartilhadas. Assim, a territorialidade das ações de cuidado, a atuação dos CAPSi para fora de seus muros são indispensáveis, fatores que não têm sido priorizados nos locais pesquisados.

Cuidado especial deve ser tomado quanto à medicalização e a psiquiatrização do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes que podem levar a estigmatização e a discriminação desses sujeitos. Por outro lado, não se pode negligenciar atenção e cuidado para seu sofrimento psíquico. O cuidado de crianças e adolescentes implica participação dos grupos familiares, no qual a ESF tem poder de atuação, já que tem como foco o contexto familiar e social dos usuários. A proximidade que a ESF estabelece com a população tende a possibilitar uma relação de confiança e vínculo, fatores importantes para atenção em saúde mental.



Assim, a constante articulação entre CAPSi e ESF nos parece potencializadora das ações de cuidado voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes. Nessa pesquisa, percebemos que cada local tem seu passo, cada região tem suas características e assim, sua forma de articular, bem como cada profissional enxerga a situação de uma forma, mas há em comum, em diferentes medidas, a dificuldade de superar a hegemonia do modelo tradicional, do encaminhamento, da procura por especialista, da fragmentação do cuidado e das pessoas. Superar esse modelo e substituí-lo por outro, no qual se compartilha responsabilidades é um desafio que se coloca no cotidiano do trabalho.

A realização da presente pesquisa em diversos locais da cidade foi rica, pois nos permitiu obter um panorama geral da cidade, enxergar semelhanças e diferenças importantes na articulação entre as equipes, conhecer características de cada local, como apresentamos no capítulo 4. Por outro lado, nos impossibilitou de apreender particularidades de cada região, tais como demais recursos existentes, características do território, perfil da população, etc. Acreditamos que possa servir como base para outra pesquisa que se aprofunde na articulação de uma das regiões.

Além disso, ao elergermos os gerentes como sujeitos da pesquisa, pudemos compreender, do ponto de vista organizacional, como está oficializada a articulação das ações entre os serviços. Ainda, a partir da coleta do material, percebemos que a proximidade da gerência com o cuidado prestado pelas equipes, nos permitiu apreender questões mais próximas da prática, como os caminhos e impasses que as equipes enfrentam no dia a dia. Contudo, este pode ser também um limitante do trabalho, pois ouvir outros profissionais das equipes e até mesmo usuários do sistema, provavelmente, traria novos e importantes elementos para reflexão.

Assim, pensamos que a realização de pesquisas que considerem uma dessas regiões, por exemplo, e envolva diversos profissionais e outros recursos sejam de grande importância.

Cabe refletir sobre diversas outras questões que aparecem de maneira mais tímida no material coletado, como a medicalização do sofrimento psíquico, já que trocar a receita tem sido prática comum entre os profissionais da ESF e a recém-entrada das Organizações Sociais nessas regiões. Porém, pensamos que não tínhamos

elementos suficientes que nos permitissem uma análise aprofundada dessas questões e assim, recomendamos como importantes temas para futuras pesquisas.

Temos muito que caminhar para que alcancemos aquilo que pensamos ser o significado de cuidar: “ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana” (p. 94 ROTELLI, 2001). É fundamental que nosso sistema de saúde garanta o acesso das pessoas ao tratamento integral e que se responsabilize por oferecer um cuidado respeitoso a todos.

Como vimos, o caminho é longo, os obstáculos são frequentes e os desafios constantes. Cabe a todos os atores, usuários, trabalhadores, pesquisadores, sociedade civil, etc., persistir na jornada para que possamos construir uma sociedade cada vez mais justa, onde haja espaço para as diferenças e respeito a todas as pessoas.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alverga A, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2006; v.10 (20): 299-316.

Alves DS. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IERJ, IMS, ABRASCO; 2001. p. 167-76.

Amarante P. *Loucos Pela Vida - a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.* Rio de Janeiro: Panorama/ ENSP; 1995.

Amarante P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, organizadora. *Saúde e democracia. A luta do CEBES.* São Paulo: Lemos; 1997. p. 163-185.

Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes MIA, Scarcelli IA, Costa ES, organizadoras. *Fim de séculos: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP; 1999. p. 47-53.

Amarante P, Torre EHG. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em debate*, 2001; v. 25, n. 58: p 26-34.

Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Assumpção Junior FB. *Psiquiatria Infantil Brasileira: um esboço histórico.* São Paulo: Lemos Editorial; 1995.

Barbosa CD. *Inserção familiar nas práticas realizadas em serviços especializados de atenção psicossocial infantojuvenil [dissertação de mestrado].* São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS eo trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol. cienc. prof.* 2008; 28(3)632–645.

Bezerra Junior B. O cuidado nos CAPS: os novos desafios. [periódico online] *Academus Rev Cienc Saúde*, 2004; 3(4).

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Brasília (DF); 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental; cuidar sim, excluir não. *Caderno de textos*. Brasília (DF); 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília (DF); 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. Brasília (DF); 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília (DF); 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial / Brasília (DF); 2004c*.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília (DF); 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília (DF); 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular Brasília (DF) 2. ed.; 2007*.

Brasil. Ministério da Saúde. Não faltam serviços por causa da descentralização. [Acesso em 12 jan 2008]. Disponível em: [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/noticia/ler\\_noticia.php?id\\_noticia= 102586](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/noticia/ler_noticia.php?id_noticia= 102586)

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, nº 7. [Informativo eletrônico] Brasília (DF); 2010. [acesso em 8 set 2010] Disponível em: [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet.* 1999; 4(2):393-403.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(2):399-407.

Capistrano Filho D. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estud. av.* 1999; 13(35):89-100.

Costa JF. *Ordem médica e norma familiar.* Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.

Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-68.

Couto MCV. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Brasil. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cadernos de textos;* 2001. P. 121-30.

Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev. bras. psiquiatr.* 2008; 30(4):390-398.

Cytrynowicz MM. *Criança – Enfance: uma trajetória de psiquiatria infantil.* São Paulo: Narrativa Um; 2002.

Daúd Junior RN. Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do "doente mental". In: Boarini ML, organizador. *Desafios na Atenção à Saúde Mental.* Maringá: Eduem; 2000. p.31-64.

Delgado P. Humanismo, ciência e democracia - os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico. *Cad. Bras. Saúde Mental.* 2009; 1(1):1-9.

Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PD, Guimarães PO. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Cienc Saude Colet*. 2009a; 14(1): 1483-92.

Delfini PSS, Dombi-Barbosa CD, Fonseca FL, Tavares CM, Reis AOA. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil da Grande São Paulo, Brasil. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*. 2009b; 19(2):226-36.

Dimenstein M, Severo A, Brito M, Pimenta A, Medeiros V. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc*. 2009; 18(1):63-74.

Elia L, Amaral N, Armony NS, Pinto RF, Santos KWA. Impactos da política de saúde mental infantojuvenil na clínica do autismo praticada em rede territorial de cuidado no Rio de Janeiro. Diretrizes das políticas públicas e estrutura do dispositivo clínico. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010. p.211-29.

Fernandes MIA, Vicentin MCG, Vieira MCT, organizadores. *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996*. Taubaté/SP: Cabral Editora Universitária; 1999.

Figueiredo MD. *Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas-SP [dissertação de mestrado]*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; 2006.

Figueiredo MD, Onocko-Campos R. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde em Debate*. 2008; 32 (78/79/80):143-49.

Figueiredo MD, Onocko-Campos R. Saúde Mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(1):129-38.

Gomes NA. *Critérios utilizados por trabalhadores para a inclusão de adolescentes em serviços públicos de saúde mental [dissertação de mestrado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Hoffmann MCCL, Santos DN, Mota ELA. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(3):633-42.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009. [acesso em 21 set 2010]  
Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

Lancetti A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: Jatene AD, Lancetti A, Mattos SAF, Cruz MLS, Rodrigues MSM, Rocha SM et al Saúde Loucura: Saúde Mental e Saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2001a. p 11-52.

Lancetti A. Síntese Metodológica. In: Jatene AD, Lancetti A, Mattos SAF, Cruz MLS, Rodrigues MSM, Rocha SM et al Saúde Loucura: Saúde Mental e Saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2001b. p 117-120.

Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M., Drumond Júnior M., Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 615-34.

Lancetti A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec; 2006.

Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka, OY. Problemas de saúde mental das crianças: abordagem na Atenção Básica. São Paulo: Annablume; 2005.

Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental; 147-69.

Lopes IC. A contribuição paulistana à Reforma em saúde mental brasileira In: Fernandes MIA, Vicentin MCG, Vieira MCT, organizadores. Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996. Taubaté/SP: Cabral Editora Universitária; 1999. p. 27-78.

Lucchese R, Oliveira AG, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(9)2033-42.

Luzio C, L'Abbate S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2006; 10281-98.

Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R., organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.

Miranda L, Onocko-Campos R. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(6):1153-1162.

Munari DB, Melo TS, Rocha BS, Soares CB, Medeiros, M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa de Saúde da Família [artigo eletrônico]. Rev. Eletr. Enf. 2008; 10(3):784-95.

Nunes M., Jucá VJ, Valentin CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(10):2375-84.

Onocko-Campos R, Gama C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: Campos GWS, Guerrero VP, organizadores. Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada São Paulo: Hucitec; 2008. p. 221-243

Onocko-Campos R. Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. [CD-ROM] Cad. Bras. Saúde Mental. 2009.

Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas: OMS/OPAS; 1990.

Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da saúde. 2001: saúde mental: novas concepções, nova esperança. Lisboa; 2002.

Pacheco RP. Os itinerários terapêuticos de usuários de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes do município de São Paulo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. The Lancet. 2007; 370(9591):991-1005.

Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. O que é a reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? p. 19-26.



Ranña W. A saúde mental da criança na Atenção Básica. Detecção e intervenção a partir do Programa de Saúde da Família e do apoio matricial. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 170-85.

Reis AOA, Delfini PSS, Dombi-Barbosa C, Bertolino Neto MM. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010a. p. 109 -130.

Reis AOA, Delfini PSS, Dombi-Barbosa C, Oliveira MFAPB. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010b. p. 186-210.

Ribeiro PRM. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. *Psicologia em Estudo*. 2006; 11(1):29-38.

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001. Desinstitucionalização, uma outra via; p.17-59.

Santos M. O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Publifolha, 2002.

Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 13-18.

Scarcelli IR. Trabalhadores em saúde mental e a rede substitutiva paulistana: os interstícios da prática. In: Fernandes MIA, Scarcelli, IR, Costa ES, organizadores. Fim dos séculos: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999. p.185-205.

Scarcelli IR, Alencar SLS. Saúde mental e saúde coletiva: intersectorialidade e participação em debate [CD-ROM] *Cad. Bras. Saúde Mental*. 2009.

Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(1):139-148.

Souza AC Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos Centros de Atenção Psicossocial com a saúde da família. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2006; 10 (4): 703-10.

## ANEXO I

## ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COORDENADOR/GERENTE CAPSI

Unidade CAPSi: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_ Tempo na função: \_\_\_\_\_

1. Há algum tipo de contato/articulação entre as equipes desta unidade e as de Saúde da Família da região? (Se sim, ir para questão 2. Se não, ir para questão 8.)
2. Como isso acontece? (frequência, estabilidade do contato, local, atores envolvidos)
3. Como começou esse contato? (origem da iniciativa, formalização)
4. Quais estratégias/ações adotadas para o contato? Com que frequência ocorrem? (reuniões, intervenções conjuntas, capacitação)
5. Há instrumentos que formalizam e registram essas ações? (atas de reunião, fichas de acompanhamento, prontuários dos usuários)
6. Qual é o objetivo da articulação?
7. Quais os facilitadores e os obstáculos encontrados na articulação existente?
8. Em sua opinião, como deveria ser o contato entre as equipes dos dois serviços?
9. Há procura das equipes de Saúde da Família pelos CAPSi? Se sim, como o CAPSi responde a essa procura?

## ANEXO II

## ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GERENTE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Unidade de Saúde da Família: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_ Tempo na função: \_\_\_\_\_

1. Há algum tipo de contato/articulação entre as equipes desta unidade e o CAPSi da região? (Se sim, ir para questão 2. Se não, ir para questão 8.)
2. Como isso acontece? (frequência, estabilidade do contato, local, atores envolvidos)
3. Como começou esse contato? (origem da iniciativa, formalização)
4. Quais estratégias/ações adotadas para o contato? Com que frequência ocorrem? (reuniões, intervenções conjuntas, capacitação)
5. Há instrumentos que formalizam e registram essas ações? (atas de reunião, fichas de acompanhamento, prontuários dos usuários)
6. Qual é o objetivo da articulação?
7. Quais os facilitadores e os obstáculos encontrados na articulação existente?
8. Em sua opinião, como deveria ser o contato entre as equipes dos dois serviços?
9. Há procura do CAPSi pelas equipes de Saúde da Família? Se sim, como vocês respondem a essa procura?
10. As equipes de Saúde da Família recebem algum outro suporte em saúde mental? Sem sim, qual(is)?

## ANEXO III

101



## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

 1º PARECER

<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO.</b>	
<b>Protocolo:</b>	1943
<b>Título do Projeto de Pesquisa:</b>	Centro de Atenção Psicossocial e Estratégia de Saúde da Família: Articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças adolescentes.
<b>Projeto de:</b>	<input type="checkbox"/> Graduação <input checked="" type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Outros
<b>Pesquisador (a):</b>	Patricia Santos de Souza Delfini
	<input type="checkbox"/> EXECUTANTE <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSÁVEL <input type="checkbox"/> OUTROS
<b>Orientador (a) e Departamento:</b>	<input type="checkbox"/> O MESMO <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO. Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis
<b>Área Temática:</b>	Saúde Materno-Infantil
<b>Instituição responsável:</b>	Faculdade de Saúde Pública - USP

<b>2. DESCRIÇÃO SUCINTA DAS JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS DO PROJETO.</b>
O estudo tem por objetivo geral descrever e analisar as articulações que se realizam entre as equipes de Saúde da Família e o equipamento CAPSi, tendo em vista as ações voltadas à atenção em saúde mental infanto-juvenil. Como resultado desse estudo os pesquisadores esperam contribuir para a avaliação e elaboração de novas políticas públicas para a população infanto-juvenil tendo em vista as facilidades e dificuldades enfrentadas no trabalho prático para a efetivação das diretrizes relacionadas ao tema.

<b>3. DESCRIÇÃO CLARA DO DESENHO E METODOLOGIAS DO PROJETO.</b>
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Tipo de estudo (descritivo, observacional, experimental); Procedimentos; Indicadores de resultado; Fase da Pesquisa (se experimental). Estudo descritivo, de natureza qualitativa

<b>4. APRESENTA REFERÊNCIA SUCINTA AOS CRITÉRIOS DE PARTICIPAÇÃO</b>
<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Recrutamento; Critérios de inclusão/exclusão; Interrupção da pesquisa. Serão entrevistados coordenadores/gerentes de quatro Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil CAPSi e de doze unidades de Saúde da Família.

<b>5. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E POSSÍVEIS BENEFÍCIOS AO SUJEITO.</b>
<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Com base nas informações acima, o parecer deve sempre considerar: Pertinência e valor científico do estudo proposto; Adequação da metodologia aos objetivos propostos; Grau de vulnerabilidade dos sujeitos e medidas protetoras; Avaliação do binômio risco-benefício. Considerando-se a natureza das questões formuladas nos Roteiros de entrevista, não existe nenhum risco identificado aos sujeitos da pesquisa. Quanto aos benefícios serão indiretos pela divulgação e/ou publicação dos conhecimentos obtidos com a realização do estudo..

102


**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP**

 UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
 FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP**

<b>6. APRESENTA TCLE (se necessário) CORRETAMENTE ELABORADO E EM CONFORMIDADE COM A RESOLUÇÃO CNS 196/96?</b>	
Observação crítica em relação às seguintes características: Concisão e objetividade; Linguagem adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos da pesquisa; Descrição suficiente dos procedimentos; Identificação dos riscos e desconfortos esperados; explicitação das garantias acima referidas.	
<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Observações no TCLE: .	

<b>7. O PROJETO SE ATENTA QUANTO AO ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DAS RESOLUÇÕES DO CNS SOBRE A PESQUISA COM SERES HUMANOS?</b>		
<b>7.1 – Apresenta instrução completa e adequada do processo?</b>		
<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Se NÃO, apresenta justificativa?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>7.2 – Apresenta termos de compromisso exigidos do Pesquisador, Patrocinador e Instituição Responsável?</b>		
<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Se NÃO, apresenta justificativa?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>7.3 – Identificação dos responsáveis pelo atendimento, acompanhamento e recebimento dos sujeitos encaminhados, quando for o caso?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Se NÃO, apresenta justificativa?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>7.4 – Garantia dos direitos fundamentais do sujeito? (informação, privacidade, recusa inócua, desistência, indenização, ressarcimento, continuidade de atendimento; acesso ao pesquisador e ao COEP e outras que julgar necessária).</b>		
<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Se NÃO, apresenta justificativa?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>7.5 – Tratamento adequado dos dados e materiais biológicos. (recomenda-se consultar a resolução CNS 347/05). Em caso de projetos que envolvam genética humana, deve-se consultar a resolução CNS n.º 340/04.</b>		
<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Se NÃO, apresenta justificativa?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>7.6 – Consistência e aceitabilidade de justificativas para presença de circunstâncias de alerta uso de placebo; wash-out; não-participação do país de origem, inexistência de aprovação por Comitê de Ética no país de origem.</b>		



## ANEXO IV



Secretaria Municipal da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 13 de março de 2009.  
PARECER Nº 79/09 – CEP/SMS  
CAAE: 0053.0.162.207-09

Para  
Patricia Santos Souza Delfini  
Sr(a) Pesquisadora

#### I – Identificação

**Título:** Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes.

**Pesquisadora:** Patricia Santos Souza Delfini; Dr. Alberto Olavo Advincula Reis, orientador.

**Tipo de pesquisa:** Mestrado; Programa de Pós Graduação em Saúde Pública; área de concentração Saúde Materno Infantil – Fac. Saúde Pública, USP.

**Locais de realização da pesquisa:** CAPSIs Jabaquara, Santana, Lapa, Itaquera.  
USF das Coordenadorias Norte, Sudeste, Centro-Oeste, Leste.

#### II – Objetivos.

**Objetivo Geral:** Descrever e analisar as articulações que se realizam entre as equipes de Saúde da Família e o equipamento CAPSI, tendo em vista as ações voltadas a atenção em saúde mental infanto-juvenil.

##### Objetivos Específicos:

1. Descrever as articulações de cada região em particular e os aspectos comuns entre as distintas regiões, considerando: a) tipo de articulação (apoio matricial, trabalho conjunto ou outros); b) estabilidade da articulação / frequência (regular, regular, ocasional, pontual ou outros); c) formalização da articulação (formal, informal, semi-formal ou outros); d) origem da iniciativa (do CAPSI, da ESF, da coordenadoria/supervisão técnica de saúde ou outros); e) atores envolvidos na articulação (todos os profissionais do CAPSI e da ESF, alguns profissionais de cada unidade, pessoas de outras instituições ou outros); f) local de realização das ações de articulação (UBS, CAPSI, comunidade, ou outros); g) instrumento de registro das ações (atas de reunião, fichas de acompanhamento, ou outros); h) estratégias (discussão de casos, atendimento conjunto às famílias e/ou usuários, visita domiciliar, intervenções conjuntas na comunidade, capacitação, ou outras); i) objetivos das ações.
2. Conhecer as impressões dos gerentes dos CAPSI e das equipes de SF sobre a articulação existente (facilitadores e obstáculos encontrados na articulação existente).
3. Conhecer as necessidades das equipes de SF de apoio, nos cuidados em saúde mental, do ponto de vista do coordenador/gerente da ESF e do CAPSI.
4. Conhecer outras formas de apoio em saúde mental que as equipes de SF recebem.

**CAAE: 0053.0.162.207-09**
**III - Resumo do Projeto :**

A autora faz o seguinte resumo: “A saúde mental infanto-juvenil configura-se como um dos mais importantes desafios atuais de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dentre os serviços de saúde pública para a atenção ao sofrimento psíquico de crianças e adolescentes, destaca-se o Centro de Atenção Psico-Social Infanto Juvenil (CAPSI), dispositivo estratégico da Reforma, cuja função principal é proporcionar integração social de seus usuários. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) por sua vez, pode ser um potencial recurso para o enfrentamento de questões relacionadas ao sofrimento psíquico, uma vez que é a porta de entrada do sistema de saúde e seu trabalho se dá diretamente na comunidade, o que leva as equipes a se depararem freqüentemente com essas situações. Os cuidados de saúde mental devem estar inscritos no território de vida dos sujeitos e contar com uma rede de serviços que envolva diferentes setores, tais como escola e justiça. Além disso, (...) são necessárias ações articuladas entre os atores e recursos disponíveis (...) e entre diferentes serviços de saúde geral e mental (...) para se ter maior êxito na atenção em saúde”.

Continua afirmando que: “pesquisas indicam entraves e desafios para a articulação e o trabalho conjunto: falta de entrosamento entre as equipes, escassez de serviços especializados em saúde mental, baixa cobertura da ESF em algumas regiões, redes enfraquecidas, isolamento dos serviços, entre outros”.

Finalmente, aponta a contemporaneidade do tema e a necessidade de pesquisas sobre a situação atual da rede de serviços, para alavancar a atenção em saúde mental infanto-juvenil no Brasil. O trabalho proposto terá como foco as articulações entre os equipamentos EFS e CAPSI, no município de São Paulo (os objetivos detalham tais focos).

Descreve o cenário da pesquisa e apresenta quadro das coordenadorias (10) dos CAPSis e localização. Quanto a ESF, apresenta dados que revelam uma cobertura de apenas 37% da cidade e presença bastante variável de uma a outra das coordenadorias (apresenta mapa); há 1052 equipes de SF em 232 UBS. O número de equipes de SF em cada UBS varia de 1 a 11.

**Pesquisa**

A pesquisa é definida como qualitativa.

Análise de conteúdo de entrevistas. Análise temática.(justifica).

Amostra: Intencional (justifica).

Critérios de inclusão/exclusão: CAPSi que atendessem crianças e adolescentes; unidades de coordenadorias diferentes; CAPSi mais antigo da coordenadoria.

Coordenadorias selecionadas: CAPSis Jabaquara, Santana, Lapa, Itaquera.

Excluídas: Capsi adolescente Vila Prudente, Sto Amaro, CAPSi adolescente Sto Amaro (atendem só adolescentes ou só crianças).

Critérios Inclusão/Exclusão para as USF: distancia física em relação ao CAPSI, pertencer à área de cobertura do CAPSI..

Selecionados:3 USF para cada CAPSI (Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste, Norte, Centro-Oeste, Leste).





CAAE: 0053.0.162.207-09

#### **Metodologia**

*População: CAPSIs infanto-juvenis e USF da cidade de São Paulo.*

*Sujeitos: Coordenadores/gerentes do CAPSIs e das Equipes de SF. Serão entrevistados gerentes e coordenadores de 4 CAPSi e de 12 unidades de SF.*

*Instrumentos: Entrevistas semi-estruturadas (gravadas e transcritas) realizadas pelo pesquisador. São 2 roteiros de entrevista (anexo): um para CAPSi e outro para ESF.*

*As entrevistas buscam informações sobre as articulações CAPSi e ESF e as impressões dos gerentes de ambas equipes sobre a importância do trabalho para a "resolutividade" das questões relacionadas à saúde mental infanto-juvenil; os temas das entrevistas são compatíveis com os objetivos.*

#### **IV Avaliação**

*Pesquisa bem estruturada; bibliografia ampla e pertinente. A pesquisadora mostra bom domínio do tema e seu orientador também é da mesma área de Saúde Pública.*

*Folhas de rosto adequadamente preenchidas. Cronograma compatível com a pesquisa e com a apresentação ao CEP. Apresenta orçamento e gastos modestos ; bolsista CNPq. Pesquisa não envolve risco e nem desconforto identificável. Os participantes são bem esclarecidos quanto aos seus direitos de desistência e de informação. (Só o pessoal será entrevistado não há entrevista com pacientes/usuários.)*

#### **III. Parecer do CEP: Projeto APROVADO**

*Visto que o CEP teve alterações no seu endereço, solicitamos atenção para a necessidade de retificação do mesmo para: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 8º andar - Telefone: 33972464 - e-mail: smscep@gmail.com .*

*Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.*

*Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.*

**Jose Araújo Lima Filho**  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa da  
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

## ANEXO V

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto: Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes.**

Pesquisadora Responsável: **Patricia Santos de Souza Delfini**, psicóloga (CRP 06/7632-8), mestranda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis, do Depto de Saúde Materno-Infantil.

Este projeto tem o objetivo de descrever e analisar as articulações que se realizam entre as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no que diz respeito à saúde mental de crianças e adolescentes.

Para tanto, serão realizadas entrevistas, com duração de aproximadamente uma hora, com os coordenadores/gerentes de CAPSi e de equipes da ESF, nas quais serão abordadas questões acerca da articulação entre os dois dispositivos.

Gostaria de convidá-lo para participar dessa entrevista e informá-lo que os sujeitos da pesquisa não serão identificados, bem como será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade. Essa pesquisa não oferece qualquer risco, dano ou prejuízo para seus participantes. Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os entrevistados poderão decidir livremente sobre sua participação na pesquisa e poderão deixar de participar e retirar o termo de consentimento, a qualquer momento da pesquisa, sem sofrer qualquer prejuízo.

Se desejar maiores esclarecimentos sobre os procedimentos éticos dessa pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pelo telefone: 11 3397-2464 e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar do projeto.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do sujeito: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Patricia Santos de Souza Delfini. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º Andar – Cerqueira César. São Paulo. Fone: 3061-7703 – e-mail: [patriciadelfini@usp.br](mailto:patriciadelfini@usp.br) – fone: 11 9254-9996

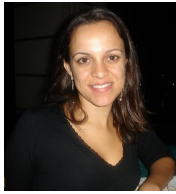
## ANEXO VI

Resumo da articulação entre CAPSi e ESF nas regiões pesquisadas, considerando tipo, estratégias, meio de contato, principais atores envolvidos, facilitadores, obstáculos e outros apoios recebidos.

	Região A	Região B	Região C	Região D	Região E
<b>Tipo</b>	encaminhamento	Matriciamento	parceria casos CAPSi	encaminhamento	encaminhamento
<b>estratégias</b>	reuniões: fórum de saúde mental e gerencial - discussão de vagas e fluxos. Direto: em casos emergenciais para encaminhamento.	curso de capacitação; reuniões para discussão de casos, consulta ou visita domiciliar compartilhada.	discussão de casos, compartilhamento de cuidados.	reuniões: fórum, discussão de casos (uma unidade); discussão dos encaminhamentos por telefone.	reunião gerencial. Troca de informações ou discussão de casos por telefone.
<b>meio de contato</b>	reuniões: pessoalmente. Direto: telefone, e-mail, sistema de regulação.	Pessoalmente ou por telefone, se urgente.	telefone (principal) ou pessoalmente.	telefone (principal) ou pessoalmente (fórum)	pessoalmente (reunião gerencial), telefone, e-mail, relatório (para encaminhamentos).
<b>principais atores envolvidos</b>	reunião: gerentes. Direto: gerentes ou funcionários da regulação.	parte da equipe do CAPS e do NASF, médicos e enfermeiros da SF (principalmente).	parte da equipe CAPS e NASF, médicos e enfermeiros da SF (principalmente).	profissionais CAPS, NASF e SF (dependendo da unidade), um representante de cada dispositivo (fórum).	gerentes.

	Região A	Região B	Região C	Região D	Região E
<b>facilitadores</b>	disponibilidade do CAPSi.	efetivação do matriciamento pela Supervisão, proximidade entre as equipes.	bom contato e proximidade entre as equipes, comprometimento e disponibilidade dos profissionais.	conhecimento dos profissionais e dos serviços	reunião gerencial - espaço fixo. Conhecimento pessoal entre alguns profissionais.
<b>obstáculos</b>	CAPS: dimensionamento do serviço, falta de profissionais. SF: sobrecarga de tarefa, rigidez nas agendas. Rede: falta de equipamentos e profissionais de saúde mental.	CAPS: dimensionamento do serviço. SF: sobrecarga de tarefa, rigidez na agenda, cobrança por produtividade, falta de capacitação ou interesse, rotatividade dos profissionais. Rede: falta de psiquiatra e isolamento dos serviços.	CAPS: dimensionamento do serviço, falta de profissionais. SF: dificuldade de lidar com saúde mental por falta de capacitação ou frustração.	CAPS: escassez de recursos (transporte). SF: sobrecarga de tarefa, rigidez na agenda, cobrança por produtividade, falta de capacitação. Rede: falta de psiquiatra e equipamentos de saúde mental.	SF: rotatividade de profissionais e equipes incompletas. Rede: escassez de profissionais de saúde mental e equipamentos intermediários.
<b>outros apoios</b>	NASF.	outros CAPS e NASF.	NASF e UBS de apoio.	NASF e CAPS adulto (matricia uma unidade).	NASF, profis. de saúde mental da unidade ou UBS de referência.

## ANEXO VII



## Patricia Santos de Souza Delfini

possui graduação em Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (2004) e aprimoramento profissional da Secretaria de Estado da Saúde na área de Saúde Mental Multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira (2006). Atualmente (2008), é mestranda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental Coletiva (Lasamec) do Departamento Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental. **(Texto informado pelo autor)**

Última atualização do currículo em 11/08/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/2957882598574681>



## Dados pessoais

**Nome** Patricia Santos de Souza Delfini

**Nome em citações bibliográficas** Delfini, P.S.S.

**Sexo** Feminino

**Endereço profissional** Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública.  
Av. Dr. Arnaldo, 715  
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil

## Formação acadêmica/Titulação

- 2008** Mestrado em andamento em Saúde Pública .  
Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública.  
*Título:* Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes, *Orientador:* Alberto Olavo Advincula Reis.  
*Bolsista do(a):* Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.  
*Palavras-chave:* saúde mental; CAPS; estratégia saúde da família; rede de saúde.
- 2006 - 2007** Especialização em Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental . (Carga Horária: 1920h).  
Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira.  
*Título:* Reflexões sobre as Ações Territoriais do CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira.  
*Orientador:* Paulo Octavio Guimarães.  
*Bolsista do(a):* Fundação do Desenvolvimento Administrativo, . .
- 1999 - 2004** Graduação em Psicologia .  
Universidade Presbiteriana Mackenzie, MACKENZIE, Brasil.  
*Título:* A influência da estrutura e da dinâmica familiar no tratamento da esquizofrenia.  
*Orientador:* Wilze Laura Bruscato.

## ANEXO VIII



## Alberto Olavo Advincula Reis

Possui graduação em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1971), mestrado em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1977) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1993). Atualmente é professor Livre Docente da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Criança do Adolescente e do Jovem, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, caps, adolescente, saúde pública e adolescência. **(Texto informado pelo autor)**

Última atualização do currículo em 15/09/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/2335295597324821>



## Dados pessoais

Nome Alberto Olavo Advincula Reis

Nome em citações bibliográficas REIS, Alberto Olavo Advincula; Reis, Alberto OA

Sexo Masculino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.  
Av. Dr Arnaldo 715 2º andar  
Cerqueira Cesar  
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil  
Telefone: (11) 30667126 Fax: (11) 30850240  
URL da Homepage: [www.fsp.usp.br](http://www.fsp.usp.br)

## Formação acadêmica/Titulação

- 2010** Livre-docência.  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA.  
*Título:* SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, *Ano de obtenção:* 2010.  
*Palavras-chave:* Saúde mental; Saude Coletiva.  
*Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva.  
*Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Saúde Mental.  
*Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Saúde da Criança do Adolescente e do Jovem.
- 1989 - 1993** Doutorado em Saúde Pública .  
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.  
*Título:* O Discurso da Saúde Pública sobras a Adolescente Grávida: Avatares, *Ano de Obtenção:* 1993.  
*Orientador:* Augusta Thereza de Alvarenga.  
*Palavras-chave:* Gravidez na adolescencia; Análise institucional; Desenvolvimento e crescimento.  
*Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.  
*Setores de atividade:* Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
- 1974 - 1977** Mestrado em Psicologia .  
Université de Paris VII - Université Denis Diderot, U.P. VII, França.  
*Título:* Analyse d'une institution: L'établissement de Bienfaisance Nationale de Saint-Maurice-Charenton; le service de psychiatrie infantile., *Ano de Obtenção:* 1977.  
*Orientador:* MarieAnne Martin.  
*Palavras-chave:* Psicopatologia infantil; Análise institucional.  
*Grande área:* Ciências Humanas / *Área:* Psicologia.  
*Setores de atividade:* Saúde Humana.
- 1986 - 1986** Especialização em Saúde Pública .  
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 1968 - 1971** Graduação em Psicologia .  
Université de Paris VII - Université Denis Diderot, U.P. VII, França.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)