

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES E A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO MARCO
DO TERRITÓRIO: ESTUDO EXPLORATÓRIO QUALITATIVO**

Melissa Ribeiro Teixeira

RIO DE JANEIRO

2015

**ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES E A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO MARCO
DO TERRITÓRIO: ESTUDO EXPLORATÓRIO QUALITATIVO**

Melissa Ribeiro Teixeira

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Pedro Gabriel Godinho Delgado
Coorientadora: Profa. Maria Cristina Ventura Couto

RIO DE JANEIRO

2015

**ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES E A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO MARCO
DO TERRITÓRIO: ESTUDO EXPLORATÓRIO QUALITATIVO**

Melissa Ribeiro Teixeira

Orientador: Prof. Pedro Gabriel Godinho Delgado

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, do Instituto de Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.

Aprovada por:

.....
Presidente, Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado

.....
Profa. Dra. Lilian Miranda – Examinadora

.....
Prof. Dr. Octavio Domont de Serpa Jr. – Examinador

Às crianças e adolescentes (e suas famílias) que
fui encontrando ao longo da minha jornada profissional,
e que me ensinaram e ensinam a promover saúde.
Aos bravos trabalhadores dos CAPSi e das Equipes de
Saúde da Família, pela força que nos mantém na luta.

AGRADECIMENTOS

Minha eterna gratidão aos antigos colegas do CAPSi Espaço Criativo (Campinas/ SP), que me ensinaram a delicada clínica com crianças e adolescentes e que me impulsionaram ao debate das políticas públicas de saúde mental.

À equipe do CAPSi CARIM/IPUB, em especial a Nathália Armony e Joana labrudi, pela disponibilidade com que me receberam já nos primeiros passos deste projeto. E, também, à Keli Valente, Karla Amado e Clarice Bieler, que dividiram comigo a árdua empreitada do campo da pesquisa.

Aos trabalhadores das Clínicas da Família, pela disponibilidade e entusiasmo na participação da pesquisa e por renovarem, através de relatos sensíveis, meu investimento em novas práticas de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes.

Aos colegas do grupo de estudos em atenção psicossocial de crianças e adolescentes do NUPPSAM/IPUB, com quem compartilhei incertezas, desafios, proposições e conhecimento.

A toda equipe do NUPPSAM/IPUB, pelo apoio em cada etapa do projeto.

Aos estagiários e aos meus alunos que me apoiaram nas muitas tarefas da pesquisa.

Neste duro processo do mestrado, o afeto, a compreensão e o apoio da minha família e amigos foram primordiais. Agradeço aos meus queridos pais, Edson e Brigida, pelo que sou e pelo infinito amor que dedicam às filhas. Às minhas irmãs, Adriana e Letícia, por todo carinho e compreensão nestes últimos meses. E, também, às minhas tias, em especial tia Débora, pelo orgulho que tem pelo meu trabalho.

A todos os meus amigos e amigas, aqueles que ficaram em Campinas e aqueles que eu fui conquistando no Rio de Janeiro, por todo apoio que me deram, me impedindo de desistir. Agradeço especialmente as minhas queridas Jaque, Di, Mairinha, Gi, Cris, Lu e Sil, pelo cuidado que dedicaram a mim. E ao Iguinho, por me ajudar a conquistar meu espaço na cidade maravilhosa.

Ao Professor Octavio Domond Serpa Jr., pelas importantes contribuições na banca de qualificação.

À Professora Lilian Miranda, pelas contribuições, desde a banca de qualificação, enriquecendo a análise desta pesquisa.

À Professora Maria Tavares, pela disponibilidade em realizar a avaliação prévia da dissertação.

Aos colegas do Departamento de Terapia Ocupacional da UFRJ, com quem compartilho as agruras e os êxitos da vida acadêmica. Agradeço especialmente à Carolina Alonso, Renata Faria, Marcus Machado e Vera Viera, pessoas que, ao ouvirem minhas lamúrias, me ajudaram a visualizar outras possibilidades. À Camila Santiago, pelas tantas vezes que me perguntou sobre o mestrado, acolhendo minhas queixas e dividindo alegrias. À Patricia Dorneles com quem, através da parceria de trabalho, construí uma grande amizade.

À Catarina Dahl, pela generosidade com que me conduziu nos caminhos da pesquisa científica. Sua sabedoria e delicadeza estão refletidas nas páginas deste trabalho. Agradeço e também dedico esta dissertação, como uma singela forma de gratidão a todo apoio, carinho e parceria destes últimos anos.

À Cristina Ventura, pela energia e precisão com que conduz seu trabalho e nos aponta uma direção no cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes. Pelas preciosíssimas contribuições, me orientando em cada etapa do projeto e pela aposta no meu trabalho.

Ao meu orientador, Pedro Gabriel Delgado, por possibilitar minha entrada no campo da pesquisa, pelos ensinamentos e apontamentos decisivos para realização desta pesquisa.

RESUMO

Considerando a lacuna assistencial para o cuidado dos problemas de saúde mental de crianças e adolescentes, e partindo do pressuposto de que a articulação da rede intra-setorial pode promover fluxos assistenciais menos fragmentados, qualificando a linha de cuidado de saúde mental direcionada a crianças e adolescentes, esta pesquisa visa descrever e analisar as estratégias e os desafios para a articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi) e a Atenção Básica de Saúde (AB).

Trata-se de um estudo exploratório, de metodologia qualitativa, que se delinea a partir de um componente de trabalho de campo para produção de informações e um componente de compartilhamento de conhecimento entre profissionais da Saúde Mental e profissionais da Atenção Básica, através de ações de educação em saúde, abordando aspectos relacionados à saúde mental de crianças e adolescentes.

Dada a hesitação por parte dos profissionais da AB frente aos problemas de SMCA, identificamos a necessidade de um trabalho que legitime os saberes e as ações dos profissionais da AB, apoiado pelo profissional da saúde mental e pelo fortalecimento da articulação entre os serviços.

Entretanto, como não há integração entre os serviços dos diversos setores e uma relação ainda incipiente com o CAPSi, há descontinuidade do cuidado. O trabalho colaborativo requer estabelecimento de pactuações prévias, visando promover a continuidade do cuidado. A sustentabilidade deste trabalho requer a tomada de responsabilidade por parte dos profissionais do CAPSi como garantia de realização das ações de cuidado e constante repactuações com os diversos atores envolvidos.

Palavras-chave: saúde mental de crianças e adolescentes; atenção básica; promoção da saúde; centro de atenção psicossocial infantojuvenil e atenção básica

ABSTRACT

Regarding the gap for children and adolescents mental health treatment, and assuming that articulated intra-sectoral network can promote less fragmented care flows and qualify children and adolescents mental health care, this research aims to describe and analyze challenges and strategies to the articulation between a Psychosocial Care Center for children and adolescents (CAPSi) and Primary Care services.

It is an exploratory study, with a qualitative approach, designed from a fieldwork and data production component and a knowledge transfer component, implemented with mental health and primary care professionals, approaching children and adolescents mental health.

In view of the hesitation of primary care professionals while facing children and adolescents mental health problems, we identified the need to construct approaches, supported by mental health professionals and by empowered network articulations, that legitimates primary care professionals knowledge and interventions.

Nevertheless, there is discontinuity of care as there is no integration between facilities from different sectors, and a still incipient relationship with Psychosocial Care Center for children and adolescents. Collaborative care requires previous negotiations in order to promote continuity of care. Sustainability of collaborative care claims mental health professionals taking on responsibility by as a guarantee to carry out health care actions and for constant negotiation with the distinct actors engaged.

Key words: child and adolescent mental health; primary care; health promotion; children and adolescents psychosocial care center and primary care

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 – Desenho do Estudo.....	44
Figura 2.2 - Divisão dos territórios da AP 2.1	46
Figura 3.1 – Rede semântica	65
Figura 4.1 – Rede semântica e correlação entre as categorias de análise	110
Figura 4.2 – Articulação do cuidado em SMCA na Atenção Básica	115

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 2.1 - Acolhimentos realizados pelos CAPSi CARIM no período de 2013 a 2014	59
Gráfico 2.2 - Acolhimentos realizados pelo CAPSi CARIM, por bairro (2013 a 2014)	60
Gráfico 2.3 - Procedência dos encaminhamentos no período de 2013 a 2014	60
Gráfico 2.4 - Desfecho da porta de entrada do CAPSi CARIM (2013 a 2014)	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1 – Pressupostos filosóficos	39
Quadro 2.2 - Proporção de crianças e adolescentes em relação à população geral, por bairro	47
Quadro 2.3 - Informações gerais sobre as unidades básica de saúde (território Arpoador e Rebouças)	48
Quadro 2.4 - Informações sobre os participantes.....	53
Quadro 2.5 - Composição dos grupos por categoria profissional, por unidade	54
Quadro 2.6 - Roteiro para Grupo Focal 1	56
Quadro 2.7 - Roteiro para Grupo Intervenção	57
Quadro 2.8 - Síntese do Encontro 1, por unidade	65
Quadro 2.9 - Estrutura geral do Encontro 2	68
Quadro 2.10 - Estrutura geral do encontro 3.....	70

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CF – Clínica da Família
CEP - Conselho de Ética em Pesquisa
CMS – Centro Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CT – Conselho Tutelar
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
EqSF – Equipe de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPUB – Instituto de Psiquiatria
MS – Ministério da Saúde
NUPPSAM – Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
SAM – Serviço de Assistência ao Menor
SMCA – Saúde Mental de Crianças e Adolescentes
SUS – Sistema Único de Saúde
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
CAPÍTULO I – O CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: A SAÚDE MENTAL A CAMINHO DO TERRITÓRIO	15
1.1 CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA TRANSIÇÃO DOS SÉCULOS XX e XXI.....	16
1.2 REDE INTRA-SETORIAL E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	24
1.2.1 Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)	24
1.2.2 Atenção Básica de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família	27
1.2.3 A articulação entre o CAPSi e Atenção Básica	31
CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO	38
2.1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	38
2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO EIXO DO DIÁLOGO COM OS PROFISSIONAIS.....	41
2.3 DESENHO DA PESQUISA E MÉTODO	43
2.3.1 Contextualização do campo da pesquisa	45
2.3.2 Entrada no campo e atividades preparatórias	49
2.3.3 Participantes, ferramentas e procedimentos metodológicos	51
2.3.4 Trabalho de campo e processo de produção das informações	58
2.4 ASPECTOS ÉTICOS	71
2.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS.....	72
CAPÍTULO III – RESULTADOS: SISTEMATIZANDO AS INFORMAÇÕES E CONSTRUINDO AS CATEGORIAS DE ANÁLISE	75
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO: IMPASSES, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA O TRABALHO COLABORATIVO	93
4.1 ANÁLISE DOS NÚCLEOS TEMÁTICOS	93
4.1.1 Núcleo Temático I – Percepção dos problemas de SMCA: mudanças no comportamento de crianças e adolescentes situadas no contexto de vulnerabilidade.....	93
4.1.2 Núcleo Temático II – Ações na Atenção Básica: impasses e desafios..	98

4.1.3 Núcleo Temático III – Articulação da rede: os efeitos da falta de integração e fragmentação do cuidado	104
4.2 O DIÁLOGO ENTRE OS NÚCLEOS TEMÁTICOS E ALGUMAS PROPOSIÇÕES PARA O CUIDADO COLABORATIVO	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXO	127

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é resultado de um processo que se iniciou em 2008, quando comecei a trabalhar com crianças e adolescentes e que me instigou ao debate das políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes. Essa dissertação, exigência para obtenção do título de mestre em saúde mental, sintetiza meu exercício de transformar as dúvidas e incertezas da clínica, e os impasses do cotidiano de trabalho em perguntas de pesquisa. É resultado também de um exercício mais árduo de suspender minhas verdades e de me colocar frente ao objeto de estudo disposta a captar nuances e singularidades, com escuta afinada, olhos curiosos e sensibilidade para envolver os diversos atores deste processo e de me manter tomada pelo tema.

Neste processo, tenho tentado transformar o sentimento de insegurança, provocado pela minha inexperiência como pesquisadora, em uma postura decisiva para a realização desta pesquisa: uma postura humilde, de quem tem mais a aprender do que responder. Uma postura construída pela experiência clínica, e que compreendi, já em campo, que era postura que me permitiria adentrar ao mundo da produção de conhecimento, na perspectiva da transferência de conhecimento e de consequente transformação do próprio campo.

Para elaboração deste projeto, tomei como base alguns estudos sobre a construção de sistemas de cuidado em SMCA, que enfatizavam a importância da atenção básica na ampliação do acesso, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, pela maior proximidade desses serviços com a população em geral e pelo caráter menos estigmatizante que representam às famílias na busca por cuidado para seus filhos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009; PAULA *et al*, 2012).

As ações na Atenção Básica, além de reduzir os encaminhamentos para outros serviços, qualificam a assistência prestada. Para garantir essas ações é preciso favorecer o trabalho, promovendo a qualificação dos profissionais da atenção básica para cuidar destes problemas. A complexidade dos problemas, que compreende o contexto familiar e social da criança, assim como os recursos pessoais, da família e da comunidade, requer a integração dos serviços na proposição de um trabalho colaborativo entre as equipes dos CAPSi e da atenção básica.

Seguindo estes apontamentos, proponho, nesta pesquisa, uma intervenção, com foco nos temas de promoção de saúde mental, envolvendo a equipe de um CAPSi e profissionais da atenção básica do território de abrangência deste CAPSi.

A pesquisa parte do pressuposto de que a construção da rede pública ampliada de SMCA pode ser favorecida se a articulação entre CAPSi e a atenção básica à saúde for forte e consequente, de modo a potencializar a atenção aos problemas de SMCA, ampliar o acesso ao tratamento e favorecer o trabalho com os intersetores.

O objetivo principal deste estudo é descrever e analisar as estratégias e os desafios para a articulação entre CAPSi e AB. Nesta perspectiva, visa: identificar os fatores facilitadores e restritivos à implantação das ações entre o CAPSi e a Atenção Básica de Saúde; realizar, com profissionais de serviços da atenção básica do território selecionado, atividades de orientação e educação em saúde, abordando aspectos relacionados à saúde mental de crianças e adolescentes; aumentar a sensibilidade dos profissionais da atenção básica em relação à identificação de problemas de SMCA; construir referências para avaliar a articulação entre o CAPSi e a atenção básica.

Esta intervenção visa gerar informações que possibilitem a análise da articulação entre o CAPSi e AB, sob as condições que o campo estudado apresenta - não somente relacionadas às dificuldades, mas também às ações eficazes – de forma a identificar componentes para fortalecimento da rede pública ampliada na atenção em SMCA. Espera-se que tal fortalecimento venha a se expressar, entre outros fatores, pela efetiva articulação entre a rede básica e o CAPSi estudado.

Como se dá, num território específico, a articulação entre o CAPSi e a Atenção Básica? Quais as barreiras e facilitadores para a integração dos serviços? Os profissionais da atenção básica têm se mostrado sensíveis aos problemas de SMCA? Como estes profissionais têm identificado e enfrentado estes problemas no cotidiano do serviço? Estas indagações são o ponto de partida da pesquisa, na expectativa de que as respostas a estas questões possam ajudar a esclarecer quais são as estratégias efetivas para promover a articulação entre o CAPSi e a atenção básica.

O Capítulo I, no intuito de contextualizar o atual cenário da política pública de SMCA, descreve um breve histórico da assistência no contexto brasileiro e, em

seguida, apresenta os dispositivos da saúde pública no cuidado em SMCA: o CAPSi e a AB e articulação destes serviços.

O Capítulo II apresenta o percurso metodológico da pesquisa, partindo da discussão teórico-metodológica, situando o conceito de promoção da saúde como eixo do diálogo, pautado na perspectiva da transferência de conhecimento. Em seguida, é apresentado o campo onde a pesquisa foi realizada, as estratégias metodológicas e o processo de produção das informações.

O Capítulo III apresenta os resultados da pesquisa para, no capítulo seguinte, apresentar a análise e fazer alguns apontamentos preliminares para a efetivação do trabalho colaborativo.

CAPÍTULO I – O CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: A SAÚDE MENTAL A CAMINHO DO TERRITÓRIO

No Brasil, apenas recentemente vêm sendo desenvolvidas ações mais consistentes em prol da organização de redes de serviços com capacidade de responder às diferentes demandas relacionadas aos problemas de saúde mental de crianças e adolescentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; BELFER, 2008; COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008).

O cenário brasileiro em relação à saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA), até o final do século XX, foi marcado pela desassistência e apelo à institucionalização de crianças e adolescentes em abrigos e educandários de cunho estritamente corretivo-disciplinar (RIZZINI, 2010; COUTO, 2004, 2012), bem como pelo não reconhecimento sobre a possibilidade de sofrimento e adoecimento psíquico de crianças e adolescentes. A insígnia de deficiência mascarou grande parte do problema, adiando a criação de uma política pública de SMCA (COUTO, 2004, 2012), provocando, de um lado, a falta de ofertas adequadas de tratamento para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e, de outro, uma indiscriminada psicologização das alterações de comportamento e problemas escolares (COUTO, 2001).

Quando apontamos a inexistência de uma política pública de SMCA, compreendemos política a partir de uma dupla via, como afirma Resende (2000), representada por um conjunto de intencionalidades e, também, por práticas concretas. Neste sentido, reconhecemos que, no campo da infância e adolescência, a política de saúde mental é recente. Para compreender este processo tardio, realizaremos uma breve contextualização histórica das políticas públicas para crianças e adolescentes na passagem do século XX até início do século XXI, como ponto de partida para compreensão dos paradigmas que circunscrevem este campo.

1.1 CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA TRANSIÇÃO DOS SÉCULOS XX e XXI

No século XX, a opção do Estado brasileiro frente aos problemas sociais da infância era de recolhimento e internação em orfanatos, reformatórios, internatos e educandários. Socialmente, a criança e o adolescente eram compreendidos sob a representação do “menor” (RIZZINI & PILLOTTI, 2011).

A medicina tinha no modelo higienista a resposta aos problemas da infância que escapavam às ações preventivas, acabando *“por validar propostas de intervenção calcadas no isolamento e na institucionalização”* (COUTO, 2012, p. 14). Couto (idem) considera que, tanto no campo social, quanto na medicina, imperou a mesma lógica: *“a da exclusão e segregação, como condições paradoxais para o exercício da função tutelar do Estado”* (idem, p. 17).

O século XX foi marcado pelo ideário higienista, fundamentado pela normatização e judicialização da infância. A psiquiatria infantil surge como instância reguladora do espaço social por meio de ações educativas (SCHECHTMAN, 2005, p. 26). *“Entram em voga as noções de prevenção, de educação e profilaxia como panaceia para construir um país do futuro livre das mazelas hereditárias ou congênitas de seu povo”* (REIS et al, 2010, p. 121).

Entretanto, o discurso hegemônico sobre a normalização da infância *“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, 2005, p. 7). O resultado desse processo foi uma forma de institucionalização do cuidado, pautada em uma cultura assistencialista e segregatória, e a criminalização da infância pobre (BRASIL, 2005; RIZZINI & PILOTTI, 2011).

Couto (2012, p. 11), apoiada nos estudos de Rizzini (1997), Priore (1995) e Arantes (1995), afirma que nos primeiros anos da República brasileira constituiu-se uma matriz de leitura sobre os problemas da infância, composta por quatro elementos estruturantes: a representação social da criança como menor; um marco jurídico específico, da situação irregular; a concepção do Estado como função tutelar e a internação como proposta de intervenção.

Pilotti (1995) aponta o aparecimento tardio das instituições governamentais em relação a outros componentes do sistema, destacando o marco jurídico e a rede do setor privado. Essas instituições, prioritariamente de ordem religiosa e fortemente influenciadas por concepções tradicionais, compreendiam o internamento como principal oferta assistencial às crianças e adolescentes.

As ações amparadas pelo complexo médico-jurídico-assistencial tinham o objetivo:

[...] de prevenção (vigiar a criança, evitando a sua degradação, que contribuiria para a degeneração da sociedade); de educação (educar o pobre, moldando-o ao hábito do trabalho e treinando-o para que observe as regras do 'bem-viver'); de recuperação (reeducar ou reabilitar o menor, percebido como vicioso, através do trabalho e da instrução, retirando-o das garras da criminalidade e tornando-o útil à sociedade); de repressão (conter o menor delinquente, impedindo que cause outros danos e visando a sua reabilitação, pelo trabalho) (RIZZINI, 1997, p. 29).

A autora acrescenta que, desta forma, a medicina irá se encarregar de *“diagnosticar na infância possibilidades de recuperação e formas de tratamento”* (idem, p. 30). À justiça caberá a regulamentação da proteção da criança e da sociedade, pautada em medidas educativas e punitivas. A filantropia, que substituía as ações caritativas, se encarregaria dos pobres e desvalidos.

Neste modelo, as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, sob a insígnia da deficiência, estavam submetidas à institucionalização em abrigos e educandários de caráter essencialmente adaptativo ou corretivo (COUTO, 2004, p. 62).

Como exemplo desta situação, Almeida (2000, p. 109) relata a existência de um setor em um Centro Educacional, no Rio de Janeiro, que abrigava crianças e adolescentes com deficiências. Nesta instituição total viviam, em um setor de 'manutenção', jovens que, em sua maioria, apresentavam transtornos mentais nomeados “inelegíveis”, seja à abordagem terapêutica ou pedagógica.

Até a **década de 1980**, poucas mudanças aconteceram no cenário institucional de assistência à criança e ao adolescente e quanto às formas de compreensão da infância e adolescência. Mas, é no final dessa década que surgem novos rumos para constituição de uma política para crianças e adolescentes (RIZZINI, 2004, p.45).

Com o processo de redemocratização do país, no final da década de 70, os movimentos sociais trouxeram à tona a questão dos direitos das crianças e adolescentes. “*Novos elementos começaram a ser inscritos no final desse período (anos 80), fazendo mover peças importantes da estrutura política, social e assistencial, que reestruturaram a política para crianças*” (COUTO, 2012, p. 22).

Foi na década de 80, conhecida como a “*década perdida*” por conta do cenário de crise socioeconômica, que se iniciaram os primeiros movimentos de ruptura do enfoque tradicional caritativo e assistencial às crianças, e evidenciou-se a urgência de construção de uma política social para crianças e adolescentes (PILOTTI, 1995, p. 17). Essa década nasce e encerra-se sob dois eventos mundiais de grande influência: o Ano Internacional da Criança, de 1979, e a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de 1989, que alavancaram uma ‘*revolução*’ teórico-conceitual que induziu à concepção da criança como sujeito de direito e como cidadão privilegiado (PILOTTI, 1995, p. 21).

Ainda assim, no âmbito da saúde mental, a I Conferência, realizada em 1987, revela a ausência de política e legislação de saúde mental para crianças e adolescentes, pontuando a limitação da internação psiquiátrica como modalidade de tratamento, porém reconhece apenas a possibilidade de cuidado pautada na assistência especializada (COUTO, 2012, p. 28).

A passagem para a **década de 1990** representa o período de transição das políticas sociais para crianças e adolescentes, tendo como marco político e histórico o texto constitucional de 1988 e posteriormente o Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990.

No período da chamada Nova República (1985/1989), o governo havia implementado algumas ações, “*de caráter paliativo e assistencialista*” (RIZZINI & PILOTTI, 2011, p. 76) e, em vários pontos do país, surgem projetos alternativos para assistência de crianças e adolescente, principalmente em situação de rua. Os movimentos sociais ligados à proteção de meninos e meninas de rua tiveram um importante papel para a mobilização da sociedade e na negociação para aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Rizzini & Pilotti (2011, p. 28) apontam que o surgimento dos movimentos sociais em prol das crianças e dos adolescentes, num intenso processo de reivindicação, conseguiu inscrever uma proposta na Constituição de 1988. Sob o Título VIII – Da ordem social, o Capítulo VII – Da Família, da Criança, do

Adolescente e do Idoso afirma o dever da família, da sociedade e do Estado em assegurar:

o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária às crianças e adolescentes, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, art. 227).

No âmbito da saúde, a Constituição propõe a universalização do direito à saúde como dever do Estado. Essa proposta se concretiza em 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consagrado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde.

No mesmo ano, é instituído o ECA, através da lei nº 8069. Este estatuto estabelece uma ruptura com o modelo até então vigente, representando:

[...] tanto em sua forma de produção como em seu conteúdo, uma verdadeira ruptura com a tradição anterior da irregularidade, assim como um caso de aplicação rigorosa do novo paradigma da proteção integral, consagrado pela Convenção. Cabe destacar que o Estatuto busca corrigir a contradição fundamental da irregularidade, consistente na confusão entre as necessidades sociais e a violação das normas, ao atribuir aos governos locais uma clara responsabilidade na solução dos problemas sociais, através da criação dos Conselhos Tutelares e de Direitos no interior dos municípios (PILOTTI, 1995, p.31).

O ECA, em consonância com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, ao conferir um conjunto de direitos para todas as crianças e adolescentes brasileiros, adotando o marco jurídico da doutrina de proteção integral e retirando do Estado a função de tutela, promoveu “*legitimidade e institucionalidade para inscrição social e política da criança e do adolescente como sujeitos de direitos, pela substituição integral do paradigma menorista*” (COUTO, 2012, p. 24).

Couto (idem) afirma que a mudança doutrinária e a Constituição de 1988 inscreveram um ‘novo Estado’, instaurando-se uma nova matriz de leitura para os problemas da infância e da adolescência:

Na nova matriz, a criança e adolescente são sujeitos de direito; a doutrina jurídica é a proteção integral; a concepção do Estado é a de ente com função de proteção e bem-estar social; a proposta de intervenção é o cuidado em liberdade, de base psicossocial e comunitário (p. 26).

Com a abertura democrática e sob a égide do ECA, da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, houve uma redefinição do papel do Estado e a consequente tomada de responsabilidade em relação às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, através da elaboração de políticas públicas para o cuidado destes sujeitos, na perspectiva psicossocial, de base territorial e, pela garantia de proteção às crianças e adolescentes, pautada na família e na comunidade (REIS *et al*, 2010; COUTO, 2012).

No entanto, a despeito dos avanços no cenário político e social, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, não aponta grandes avanços no que se refere à saúde mental de crianças e adolescentes. Couto (*idem*) destaca que no Relatório Final desta Conferência, *“há duas singelas referências à criança, que não configuram uma tomada de posição política frente à questão da SMCA”* (p. 29). A primeira sugere que nas capacitações do SUS seja incluído o tema da saúde da criança e, a segunda propõe a criação, no Ministério da Saúde, *“de uma comissão de proteção dos direitos de cidadania de crianças e adolescentes portadores de sofrimento mental”* (BRASIL, 1992, p.23).

Couto (*idem*) afirma que os efeitos da mudança paradigmática das últimas décadas só se concretizaram no **início do século XXI**, onde é possível reconhecer *“um conjunto de ações e proposições ligadas à formulação de uma política de saúde mental dirigida às crianças e adolescentes, na moldura ética da atenção psicossocial”* (p. 26).

A entrada no século XXI confere novos rumos para o campo da saúde mental. Em 2001 é promulgada a Lei 10.216, fruto do intenso debate e ações coletivas que se produziram nas décadas anteriores. Essa lei sustenta *“a nova concepção da psiquiatria pública, ancorada nos direitos humanos, na liberdade, nos métodos modernos de tratamento, na base territorial da organização dos serviços”* (DELGADO, 2011, p. 115).

Neste mesmo ano é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Sob efeito da efervescência do campo, e fundamentando-se pelos princípios do ECA, essa Conferência estabelece diretrizes para se iniciar o processo de construção da política de SMCA (COUTO, 2012, p. 27).

A III Conferência sugere a construção de uma política pública de saúde mental intersetorial, com base territorial, respeitando as particularidades de cada município. Dentre as propostas aprovadas, destacam-se a constituição de uma

agenda específica de discussão de saúde mental para crianças e adolescentes e a efetivação da política pública de saúde mental para crianças e adolescentes, mediante a criação e normatização de Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi).

A Conferência reforçou a necessidade da constituição de planos e políticas de saúde mental infanto-juvenil, como forma de ampliação do acesso ao cuidado do enorme contingente de crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental. Reconhecendo a inexistência de uma rede efetiva de SMCA no país, o Relatório Final desta Conferência (BRASIL, 2002b) propôs a criação de uma política de atenção à saúde mental para crianças e adolescentes, mediante a implantação de Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis e de outros serviços de atenção (BRASIL, 1990; BRASIL, 2001).

Em 2002, ano seguinte à III Conferência, o Ministério da Saúde instituiu no SUS, através da Portaria GM nº 336/02 (BRASIL, 2002a), a modalidade dos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis, destinados a crianças e adolescentes com transtornos mentais severos. Esta foi uma das estratégias do SUS para superar a lacuna assistencial em SMCA, herdada do século XX (COUTO, 2012). Estes serviços, destinados ao cuidado dos casos de maior gravidade e complexidade, foram propostos também para exercer o mandato da ordenação das demandas de SMCA nos territórios sob sua responsabilidade, de modo a ampliar o acesso e construir as redes locais de cuidados.

Couto (2012, p. 34) afirma que o CAPSi constituiu a primeira ação, concretamente falando, da nova posição do Estado brasileiro frente às questões da SMCA. Este dispositivo figura como a primeira resposta oficial do SUS à necessidade de cuidado em SMCA, frente à segregação e institucionalização de crianças e adolescentes.

Como proposta para ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos em Saúde Mental, a IV Conferência, em 2010, prioriza a implantação de CAPSi, reafirmando-o como dispositivo estratégico da política de saúde mental para crianças e adolescentes:

[...] indicando que o CAPSi potencialize seu mandato de ordenador da demanda em saúde mental infantil e juvenil, opere permanentemente sob fundamento intersetorial e seja capaz de agenciar, no seu território de referência, condições efetivas para que, na construção da rede e nas ações de cuidado, haja o envolvimento e a corresponsabilidade de todos os

setores historicamente implicados na assistência a crianças e adolescentes: o da saúde geral/atenção básica, da educação, da assistência social, da justiça e direitos (BRASIL, 2011, p. 92).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial reconheceu os esforços do SUS para superar a defasagem assistencial, mas confirmou a permanência de um cenário de desassistência em muitas regiões brasileiras. Esta Conferência ratificou a necessidade de assegurar em todo o país o acesso e tratamento para crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, através da criação de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental, de base comunitária e fundamento intersetorial, bem como reafirmou a função do CAPSi como 'dispositivo estratégico' na construção das redes e na atenção psicossocial de criança e adolescentes, principalmente no que concerne ao seu mandato de ordenador da demanda em saúde mental infantil e juvenil (BRASIL, 2010).

Entre a realização da III e IV Conferência de Saúde Mental, foi publicado, pelo Ministério da Saúde, um documento apontando os princípios e diretrizes para uma política brasileira de SMCA. O documento, intitulado *Caminhos para política de saúde mental infantojuvenil* (BRASIL, 2005), reforça alguns princípios fundamentais para o cuidado em SMCA: o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeito, responsável por sua demanda e singular em suas necessidades; a lógica do acolhimento universal das demandas dirigidas aos serviços públicos e do encaminhamento implicado; a construção permanente da rede, visando à criação da rede pública ampliada de atenção em saúde mental, sob a noção de território e intersetorialidade.

A noção de território abarca mais do que as dimensões regionais ou geográficas, envolve pessoas, instituições, cultura e singularidades locais, como afirma Santos (2005):

[...] encontramos no território, hoje, novos recortes, além da velha categoria região; e isso é um resultado da nova construção do espaço e do novo funcionamento do território, através daquilo que estou chamando de horizontalidades e verticalidades. As horizontalidades serão os domínios da contigüidade, daqueles lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial, enquanto as verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais (p. 256).

A ligação sugerida pelo autor introduz a noção de rede, que “*constitui uma realidade nova*”, formada por “*lugares contíguos e lugares em rede*”. No campo da

atenção psicossocial, o território é também construção da clínica. É o lugar de produção de cuidado e de vida (DELGADO, 2007, p. 61).

A construção de rede pressupõe, mais do que serviços interligados, a inclusão “*no escopo de suas competências e obrigações, o trabalho com os demais serviços e equipamentos do território*” (BRASIL, 2005, p. 13). A rede pública ampliada de atenção em saúde mental, como garantia para atender às diferentes demandas de saúde mental de crianças e adolescentes, “*pressupõe a articulação de serviços de diferentes setores, com graus diferenciados de complexidade e níveis distintos de intervenção*” (DUARTE *et al*, 2010, p. 283).

No âmbito do cuidado em saúde, Suarez propõe uma definição da intersectorialidade (ou ação intersectorial, como nomeia o autor), como as relações entre instituições de diferentes setores, como uma “*intervenção coordenada de instituições que representam as ações mais de um setor social, totais ou parciais para resolver um problema relacionado à saúde*” (SUAREZ, 1992, p. 230, tradução livre)¹. Seguindo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde, o autor conclui:

A ação intersectorial para a saúde é parte de um processo, a partir da necessidade de resolver problemas de saúde, determinado por uma complexa cadeia de condições sócio-econômicas, biológicas e psicológicas, concebe esforços concertados para alcançar melhores resultados na gestão da saúde, e culmina com a implementação de ações conjuntas entre as instituições que representa dois ou mais grupos sociais (idem, *ibidem*, tradução livre)².

As ações conjuntas entre diferentes setores não eliminam a singularidade do fazer de cada setor, reconhecendo “*os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese*” (MENDES, 1996, p. 253), reconhecendo “*a necessidade de manutenção de espaços específicos para a gestão de políticas e de práticas típicas do setor*” (CAMPOS, 2012, p. 24)

Compreendendo a ampliação do acesso ao tratamento como o atual desafio da política de SMCA, esforços devem ser destinados para a configuração de redes

¹ No original: “[...] intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar un problema vinculado con la salud” (SUAREZ, 1992, p. 230)

² No original: “La acción intersectorial en salud es parte de un proceso que, a partir de la necesidad de resolver problemas de salud determinados por una compleja cadena de condiciones socioeconómicas, biológicas y psicológicas, concibe la concertación de esfuerzos para lograr mejores resultados en la gestión de salud, y culmina en la realización de acciones conjuntas entre instituciones representativas de dos o más sectores sociales” (SUAREZ, 1992, p. 230).

locais de cuidado. Dentro do escopo desta pesquisa, propomos iniciar a reflexão sobre a articulação de serviços, a partir de dois dispositivos importantes para a saúde pública e SMCA: a Atenção Básica à Saúde e o CAPSi.

1.2 REDE INTRA-SETORIAL E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Tendo em vista que a articulação da rede intra-setorial pode promover fluxos assistenciais menos fragmentados, qualificando a linha de cuidado de saúde mental direcionada a crianças e adolescentes (TEIXEIRA, COUTO & DELGADO, 2015), compreendemos que o desafio brasileiro para ampliação do acesso ao cuidado em SMCA está diretamente ligado à criação de redes locais que promovam atenção psicossocial de acordo com as necessidades de cada usuário e em sintonia com as necessidades dos diferentes territórios. Neste sentido, os CAPSi devem considerar como prioritária a tomada de responsabilidade de articulação da rede para o cuidado de SMCA que, no âmbito da saúde, requer a integração com a Atenção Básica.

Apresentaremos, a seguir, estes dois dispositivos, destacando os pontos importantes para o cuidado em SMCA.

1.2.1 Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)

Como já mencionado, uma das estratégias do SUS para superar a lacuna assistencial em SMCA foi a proposição de orientação técnica e destinação financeira, através da Portaria 336/02 (BRASIL, 2002), para a implantação de CAPSi nas diferentes regiões brasileiras. Estes serviços, destinados ao cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico de maior gravidade e complexidade, foram instituídos como um dispositivo estratégico, de base territorial e de atenção diária, ampliando as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes, preconizando que o tratamento tenha início o mais cedo possível (BRASIL, 2004, p. 23).

O acompanhamento das crianças, adolescentes e suas famílias no CAPSi realiza-se de acordo com a necessidade de cada caso, estabelecido a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS), em diferentes níveis (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), através de atividades desenvolvidas no próprio serviço ou na comunidade. Os CAPSi são compostos por equipes multiprofissionais, contendo, no mínimo, um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior e cinco profissionais de nível médio.

Couto (2012) destaca algumas características particulares dos CAPSi em relação aos demais CAPS: primeiro, no que se refere à clientela, implicando a inclusão da família no processo do cuidado; segundo, pela orientação das práticas intersetoriais na elaboração dos projetos terapêuticos e na construção das redes de suporte; terceiro, pelo *“fato de inaugurarem uma história na qual o antecedente manicomial tradicional (a segregação hospitalar) não constituía o foco principal de superação, como ocorreu para a população adulta”* (p. 38).

Cabe ao CAPSi responsabilizar-se pela organização da demanda de SMCA do território sob sua responsabilidade, incluindo a ordenação da rede assistencial e o suporte à Atenção Básica, de modo a ampliar o acesso e construir as redes locais de cuidados. Couto (idem) destaca a importância desse dispositivo para o campo da atenção psicossocial, destacando a característica inovadora:

[...] pelo mandato público que o instituiu, pelo que visa a superar, pelo que convoca de mudança na forma de operar o cuidado com crianças e adolescentes com problemas mentais, pela necessidade de desenvolver articulações permanentes com setores públicos de assistência à infância e adolescência, pela contribuição que pode oferecer à ampliação do conhecimento clínico e epidemiológico, e pela transformação que pode engendrar em concepções arraigadas socialmente acerca de quem são crianças e adolescentes (idem, p. 38)

Ao destacarem o mandato gestor do CAPSi, quanto à ordenação das demandas de SMCA e inflexão no território de sua responsabilidade, Couto, Duarte & Delgado (2008) apontam duas formas para execução deste mandato, através:

1) do levantamento das reais necessidades em saúde mental presentes no contexto social específico onde está inserido e nos equipamentos públicos locais como, por exemplo, escolas, conselhos tutelares, abrigos, postos de saúde e demais, por intermédio de reuniões regulares e/ou outras estratégias pertinentes; 2) da pactuação de fluxos pelos diferentes serviços/setores, visando à melhor cobertura das demandas que, mesmo

não requerendo tratamento diário e intensivo, exigem cuidado e tratamento (COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008, p. 393).

Entretanto, na última década, o avanço na implantação da rede de SMCA ficou aquém do esperado, com número ainda insuficiente de CAPSi implantados no país – apenas 193 cadastrados até julho de 2014, e escasso investimento em estratégias intersetoriais, necessárias para a construção de uma rede ampliada de atenção à SMCA, fundamentada na integralidade da atenção. A defasagem da rede assistencial para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais vem sendo registrada em publicações que discutem a SMCA brasileira (COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008; AMSTALDEN, HOFFMAN & MONTEIRO, 2010, PAULA *et al*, 2012).

O estudo de Tanõ & Matsukura (2014) revela que a escassez de CAPSi acarreta na definição de uma área de cobertura muito extensa, dificultando a realização, por parte deste dispositivo, de estratégias compartilhada de cuidado, assim como de ações junto à comunidade.

Porém, Couto (2012) aponta que não é apenas o componente estrutural (existência de serviços) que garante a constituição da rede assistencial, mas também o componente dinâmico e processual da rede, no sentido da direcionalidade do trabalho. O CAPSi, assumindo seu mandato gestor e ordenando a demanda territorial, deve contribuir para organizar e promover a rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes, a pactuação de fluxos e estabelecer, em colaboração com os demais serviços de saúde e diferentes setores envolvidos, as estratégias locais para superação da defasagem assistencial (COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008; COUTO, 2012).

Hoffman, Santos & Mota (2008), em pesquisa sobre caracterização de usuários de CAPSi, relatam que a maioria dos casos neste serviço se refere a distúrbios emocionais e comportamentais de menor severidade. Neste sentido, Paula *et al* (2012) sinalizam o *gap* assistencial aos casos de menor gravidade.

O CAPSi, além de receber as crianças e os adolescentes para o tratamento no serviço, deve identificar, juntamente com outros profissionais do território, as possíveis demandas de saúde mental das crianças e adolescentes. É em conjunto com outros dispositivos territoriais, tal como a Atenção Básica, que as equipes dos CAPSi construirão ações de avaliação e diagnóstico situacional, assim como ações de promoção e cuidado em saúde mental.

A aposta na construção do **trabalho colaborativo**, que defendemos nesta pesquisa, reside no favorecimento da integração dos diversos dispositivos envolvidos no cuidado em SMCA, a fim de produzir vias implicadas de cuidado e encaminhamento dos casos. O CAPSi deve garantir, em conjunto com a AB, que o cuidado em SMCA se viabilize, assegurando a ampliação do acesso para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, bem como se responsabilizando pela ampliação do cuidado dos casos moderados e leves.

1.2.2 Atenção Básica de Saúde³ e a Estratégia de Saúde da Família

Lauridsen-Ribeiro & Tanaka (2005) afirmam que é *“na Atenção Básica que, em geral, chegam os problemas, inclusive de SMCA”* (LAURIDSEN-RIBEIRO, TANAKA, 2005, p. 17). A Atenção Básica à Saúde ou, Atenção Primária à Saúde, tem sido definida como a entrada de necessidades e problemas no sistema de saúde, fornecendo atenção à saúde e coordenando a atenção fornecida em outros serviços, modificando o modelo de priorização das abordagens curativas e desintegrada, na direção de uma abordagem pautada em ações preventivas e de promoção de saúde, de forma integrada (STARFIELD, 2002; ANDRADE *et al*, 2012).

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde de Alma-Ata, marco para a orientação de um novo modelo de cuidado em saúde, a Atenção Primária passa a *“ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e realizar ações preventivas, curativas, de reabilitação e de promoção da saúde”* (ANDRADE *et al*, 2012, p. 846).

Na leitura de Giovanella & Mendonça (2012, p. 494), a Atenção Primária *“é o primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária orientado por princípios de solidariedade e equidade”*, visando o acesso de todas as pessoas. Os autores apontam que:

³ Como esclarecem Paulon & Neves (2013), tomamos o termo “Atenção Básica”, tal qual adotado pelo Ministério da Saúde, para se referir ao que tem sido mundialmente nomeado “Atenção Primária à Saúde” (APS), sem incorrer na compreensão de que, pelo uso da palavra “básica”, tratar-se-ia de ações de menor complexidade.

Em sua corrente mais filosófica, enfatizam-se as implicações políticas e sociais da Declaração de Alma-Ata, com destaque para a compreensão da saúde como direito humano e para a necessidade de se abordarem os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Defende-se a ideia de que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para poder alcançar equidade em saúde (idem, ibidem).

A Atenção Básica, como foi denominada no Brasil, configura-se como modelo abrangente de cuidado na rede primária, distanciando dos modelos seletivos e focalizados encontrados em outros países (idem, p. 499). A Atenção Básica é definida pelo Ministério da Saúde como:

o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e manutenção de saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011, p. 19).

Starfield (2002) aponta a coexistência de quatro atributos da Atenção Básica: o **primeiro contato**, a **longitudinalidade**, a **integralidade** e a **coordenação da atenção**. O primeiro contato estabelece a acessibilidade e o uso do serviço; a longitudinalidade “*pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo*”. Exige uma forte **vinculação** dos profissionais com a população e isso supõe **acolhimento**, ou seja, implica uma escuta atenta e sensível e resposta ao problema do usuário. Requer, também, a definição da população a ser acompanhada por meio da **adscrição territorial**, delimitando uma área geográfica de abrangência da unidade de saúde (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012, p. 503).

A integralidade implica o atendimento das necessidades da população, integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, assim como promovendo acesso aos demais níveis de cuidado. A coordenação da atenção implica as equipes de saúde na continuidade da atenção, reconhecendo e dando sequência ao cuidado dos problemas de seus usuários, definido pela autora como elemento processual (STARFIELD, 2002, p. 63).

Além de seu papel estruturante, como porta de entrada do sistema de saúde, a atenção básica é o local do exercício de uma prática de cuidado mais abrangente, sensível à experiência dos sujeitos e à cultura local, nos termos de um cuidado ‘centrado na pessoa’ (GUSSO & LOPES, 2010). As práticas na AB são baseadas

nas necessidades da população e se desenvolvem a partir da capacidade deste serviço em garantir o cuidado demandado (RAWAL, 2010).

A longitudinalidade, atributo essencial da AB, garante a observação estendida, ao longo do tempo, possibilitando um processo diagnóstico que incorpora muitos níveis de informação, incluindo aspectos físicos, psicológicos e sociais, possibilitando um cuidado compreensivo “*em que cada encontro é uma oportunidade para promoção da saúde*” (LOPES, 2010, p. 118.)

Paulon & Neves (2013, p.12) apontam que a Atenção Básica se destaca pela sua inserção territorial, planejando as ações de acordo com a demanda do contexto local e criando condições mais favoráveis para o estabelecimento de vínculo com a população que atende. Os autores afirmam que estas características são relevantes para o cuidado em saúde mental. Andrade *et al* (2012, p. 867) afirmam que a Atenção Básica pode contribuir com a condução clínica e o manejo terapêutico de casos que necessitam de acompanhamento especializado, através da orientação de profissionais das demais redes.

A compreensão da Atenção Básica como primeiro contato da população tem orientado a compreensão deste dispositivo como porta de entrada para o sistema de saúde, na lógica de que a Atenção Básica é procurada pelos usuários em caso de adoecimento ou acompanhamento rotineiro (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012, p. 502). Supõe-se que a equipe está atenta às necessidades da população, não apenas àquelas dirigidas à unidade, mas às demandas identificadas no contato direto com a comunidade, através das ações no território.

Entretanto, estas autoras apontam que, para a constituição desse serviço como porta de entrada do sistema de saúde, exige-se o cumprimento de dois requisitos: o primeiro refere-se à acessibilidade, “*eliminando barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários*” (idem, ibidem); o segundo refere-se aos encaminhamentos à atenção especializada. Assim, a “*função de filtro da equipe não deve ser barreira, mas sim garantia de acesso aos outros níveis de atenção*” (idem, p. 503).

O decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, estabelece as portas de entrada ao sistema de saúde: os serviços da atenção primária, de atenção à urgência e emergência, de atenção psicossocial e demais serviços especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011). Nesta perspectiva, compreendemos a Atenção Básica como “*o ponto de início da atenção,*

porta de entrada preferencial" (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012, p. 503). Entretanto, igualmente, os CAPSi configuram-se como dispositivos estratégicos para a entrada no sistema de saúde mental para crianças e adolescentes.

No Brasil, a Atenção Básica, fundamentada pelos princípios do SUS de universalidade, integralidade, equidade e participação social, tem sido organizada prioritariamente através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Andrade *et al* (2012) apontam que:

A decisão governamental de implementar o Saúde da Família de forma estratégica transcendeu as limitações temporais e a baixa amplitude inerentes à definição de um programa setorial de saúde. Na verdade, a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde, uma vez que houve redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS (Andrade *et al*, 2012, p. 861).

A Política Nacional de Atenção Básica foi atualizada em 2011, através da Portaria MS/ GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011, reforçando a estratégia de expansão e consolidação da Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família (idem, p.868). A ESF surge como uma estratégia mais abrangente de Atenção Básica no SUS, a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF).

A ESF é composta por equipes multidisciplinares – Equipes de Saúde da Família (EqSF), que devem ser compostas por, no mínimo: médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser acrescida da Equipe de Saúde Bucal (ESB), composta por: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da família e auxiliar ou técnico de saúde bucal.

É previsto uma (01) EqSF para cada 4000 pessoas, sendo recomendada a média de 3000 pessoas por equipe. Cada ESF tem suas ações específicas, adequadas às necessidades locais, constituindo-se como o *resultado do processo de adaptação local do modelo de atenção primária familiar* (Andrade *et al*, 2012, p. 871).

No cenário de práticas voltadas para crianças e adolescentes, Ranña (2010, p. 170) aponta que, entre as décadas de 80 e 90, o desafio estava relacionado a problemas como a desnutrição, diarreias e doenças respiratórias, assim como à

imunização das crianças, no intuito de enfrentar a mortalidade infantil. Nos últimos anos o Brasil tem dado respostas mais efetivas a esses problemas, modificando o cenário de atuação da atenção básica com esta clientela. A identificação e intervenção em relação aos problemas de desenvolvimento infantil e de saúde mental ocupam um lugar privilegiado (idem, ibidem).

Este autor reconhece a existência de dois desafios para a atuação dos profissionais da Atenção Básica. O primeiro está relacionado à formação/capacitação das equipes de saúde em relação ao: “*conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, sobre os fatores que intervêm nesses problemas, sobre os sinais precoces desses problemas e sobre os dispositivos de intervenção*” (idem, ibidem). O segundo refere-se ao reconhecimento dos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes, auxiliado por um profissional especializado para realizar o acompanhamento dos casos (idem, ibidem). A superação deste desafio requer a aproximação do CAPSi com a Atenção Básica e integração do trabalho destas equipes, como discutiremos a seguir.

1.2.3 A articulação entre o CAPSi e Atenção Básica

Estudos internacionais têm destacado a importância da integração de serviços de SMCA com a atenção básica (DAVIS *et al*, 2000; SEBULIBA & VOSTANIS, 2001, EAPEN & JAIRAM, 2009, APPLETON & HAMMOND-ROWLEY, 2000). No Brasil, pesquisas sobre a configuração das redes de SMCA, centradas no CAPSi, têm reforçado essa direção (COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008, LAURIDSEN-RIBEIRO & TANAKA, 2010, DELFINI & REIS, 2012).

Nos estudos internacionais, algumas estratégias têm sido discutidas, visando melhorar a interface dos serviços especializados com os serviços de nível primário, apoiando a prestação de cuidados neste nível.

Bower *et al* (2001) relatam três estratégias para reforçar o cuidado na atenção básica. A primeira sugere o aumento do gerenciamento dos casos de saúde mental na própria atenção básica, sendo necessário o treinamento profissional. Este método tem sido proposto e amplamente discutido por estudos como o de Tsiantis *et al* (2000) e Sebuliba & Vostanis (2001).

A segunda estratégia refere-se ao cuidado oferecido por especialista em SMCA trabalhando na atenção básica. A terceira abordagem propõe a realização de interconsulta, onde o especialista em SMCA apoia o cuidado juntamente com o profissional da atenção básica, ao invés de atender individualmente (BOWER *et al*, 2001, p. 373).

Bower & Gilbody (2005, p. 840) sistematizaram os modelos de melhoria de qualidade do cuidado em saúde mental na AB, classificando-os em: estratégias que requerem o aumento do envolvimento do profissional da AB (treinamento da equipe da AB e Interconsulta), e estratégias que necessitam do aumento do envolvimento do especialista em saúde mental (cuidado colaborativo e encaminhamento para serviço especializado).

Eapen & Jairam (2009) apontam a oferta de treinamento para a equipe da atenção básica, professores e outros profissionais que trabalham com crianças, como estratégia para aumentar a capacidade e confiança na identificação de problemas de saúde mental. Em contrapartida, Delfini & Reis (2012a), em uma pesquisa sobre a articulação entre o CAPSi e a ESF, sugerem que, para além das tradicionais capacitações em saúde mental, o trabalho conjunto entre as equipes de saúde mental e de saúde da família pode favorecer o compartilhamento de experiências e a construção de estratégias solidárias para o cuidado em SMCA.

Estes autores apontaram que a articulação das equipes destes serviços é indispensável para garantir cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (DELFINI & REIS, 2012a, p. 361). A proximidade destas equipes com os usuários favorece o acompanhamento longitudinal, permitindo a compreensão de aspectos mais complexos dos determinantes sociais do adoecimento (TANAKA & LAURIDSEN-RIBEIRO, 2009). Eapen & Jairam (*idem*) reforçam, ainda, a necessidade de sistemas adequados de encaminhamento dos casos, vias de atendimento e prestação de serviços de saúde mental, para apoiar as equipes da atenção básica frente à identificação de necessidades de saúde mental em crianças e adolescentes.

No caso da infância e adolescência, as duas políticas universais, saúde e educação, são essenciais para a identificação de necessidades relacionadas à SMCA. Couto, Duarte & Delgado (2008) afirmam que a atenção básica e a escola se destacam no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção da saúde.

No âmbito da atenção básica, Tanaka & Lauridsen-Ribeiro (2006, p. 1845) afirmam que, para a garantia do cuidado à população, o profissional da Atenção Básica tem dois papéis: um, de escuta atenta às queixas que chegam à unidade e, segundo, o encaminhamento adequado aos serviços necessários para dar seguimento ao cuidado.

Arce *et al* (2011) pontuam que o vínculo promovido pelo trabalho na comunidade, favorecido por estratégias de cuidado como as visitas domiciliares, representa um potencial da AB. Relatam, ainda, uma grande disponibilidade dos profissionais, mesmo com o baixo investimento político.

Em relação ao CAPSi, Vicentin (2006, p. 11) argumenta que a potência deste dispositivo está na sua capacidade de articulação com diferentes serviços, particularmente com a Atenção Básica, evitando o risco de a atenção em SMCA ficar restrita aos serviços especializados. O trabalho colaborativo entre as equipes de CAPSi e Atenção Básica pode incidir sobre essas duas vias: aumento da acuidade dos profissionais da Atenção Básica para os problemas de SMCA e qualificação dos encaminhamentos para o CAPSi, refletindo na adesão e efetividade do tratamento.

Paula *et al* (2009) apontam que o cuidado em saúde mental na atenção básica é percebido como favorável pelas famílias. Somente após a avaliação e intervenção inicial, quando identificado que as necessidades da criança extrapolam as ofertas possíveis no nível local, realiza-se o encaminhamento para outros serviços. Este aspecto é importante, tanto pelo caráter desestigmatizante da atenção básica, como, principalmente, pela universalidade de suas ações neste nível em relação ao cuidado de crianças e adolescentes. Entretanto, no estudo sobre AB e redes temáticas de saúde, Cecílio *et al* (2012) apontam dois aspectos críticos em relação ao cuidado na AB: o primeiro refere-se às condições estruturais e recursos para o cuidado e, o segundo, às representações que os usuários fazem da AB, sinalizando a baixa resolutividade e desvalorização da AB.

[...] a rede básica é vista como lugar de coisas simples; há uma impotência compartilhada entre usuários e equipes quando se trata da rede básica funcionar como coordenadora do cuidado, indicando como ela não reúne condições materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais) e simbólicas (valores, significados e representações) de deter a posição central da coordenação das redes temáticas de saúde. (p. 2893)

Ainda assim, Paim *et al* (2011) ressaltam que os usuários das Estratégias de Saúde da Família (ESF) percebem efeitos positivos de acolhimento e adesão quando os encaminhamentos para outros serviços da rede são feitos por uma equipe da ESF.

No caso da SMCA, a coordenação do cuidado de casos de menor gravidade tem sido apontada como um desafio. A priori, os casos de maior gravidade estão chegando aos CAPSi, porém, um contingente de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico menos grave está desassistido (PAULA *et al*, 2012). Esta lacuna assistencial atinge igualmente a população adulta, como aponta a revisão de literatura sobre a prática do matriciamento na AB de Athié, Fortes & Delgado (2013). Alguns estudos sobre SMCA na atenção básica têm reforçado que problemas comuns de saúde mental podem ser cuidados na atenção básica (DAVIS, 2000; SEBULIBA & VOSTANIS, 2001, RANÑA, 2010). Estes autores afirmam que as ações focadas na prevenção e promoção podem melhorar a atenção em SMCA e reduzir os encaminhamentos para serviços especializados.

Cria-se assim uma organização do trabalho calcada no modelo de uma rede, onde o nível hierárquico é superado pela interação horizontal e a organização centrada na complexidade da patologia é superada pela criação de projetos terapêuticos integrais e longitudinais. A realidade epidemiológica atual não permite que as equipes de referência assumam apenas os casos menos graves e os especialistas os casos mais graves, mas todos os níveis têm um papel a ser identificado em cada projeto terapêutico (RANÑA, 2010, p. 172).

É importante afirmar que, quando nos referimos ao cuidado de problemas de SMCA, não é pelo marco da medicina preventivista da década de 60, incidindo no risco de patologização e medicalização da infância. O estudo de Goldberg & Gournay (1997) apresenta uma organização dos tipos de transtornos mentais presentes na AB, considerando problemas comuns, que englobam questões que 'necessitam de passagem do tempo' como, por exemplo, transtornos de ajustamento e alterações comportamentais. Baseado neste estudo, Bower & Gilbody (2005) apontam que estes casos podem ser cuidados através de uma rede de suporte, sem necessariamente uso de técnicas específicas.

Patel *et al* (2007) apontam que a solução realista de promoção da saúde mental de crianças e adolescentes em regiões de baixas condições socioeconômicas é a de integrar programas de saúde mental nos programas gerais

de saúde e de bem-estar da juventude, como exemplo, os programas de educação e saúde reprodutiva e sexual:

Programas de saúde e bem-estar da juventude são susceptíveis de ser menos estigmatizados e mais acessíveis aos jovens e eles têm a vantagem de proporcionar uma gama de serviços voltados para os jovens num mesmo local. Profissionais de saúde mental, quando disponível, poderão trabalhar como parte de uma equipe de jovens de saúde, propondo intervenções especializadas e construindo habilidades de saúde mental genéricas. No seu nível mais básico, o rastreio de grupos de alto risco, a prestação de baseadas em evidências, os tratamentos simples, psicossociais, e o aumento a conscientização sobre saúde e doença mental, deve estar ao alcance de cada programa para a juventude⁴ (p. 1309).

Estes autores pontuam, ainda, que a chave para a promoção da saúde mental de crianças e adolescentes está no fortalecimento das qualidades fundamentais do sistema familiar e das redes comunitárias.

Apostamos que a atenção psicossocial se ocupa muito mais do que um mandato estritamente terapêutico, promovendo intervenções no cotidiano e na cultura local, reconhecendo a possibilidade de padecimento de crianças e adolescentes, auxiliando-os na construção de novos projetos para vida.

As ações articuladas entre os serviços de saúde para o cuidado em saúde mental aumentam a efetividade e eficiência dos sistemas de saúde (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004). Estes autores pontuam que os discursos e as políticas sobre a integração de práticas e serviços fundamentam-se em três linguagens: “*a estrutural (modificação das fronteiras das organizações), a clínica (modificações nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações)*”. Em qualquer linguagem, a integração é marcada por incerteza, pois todos os envolvidos, atores e organizações, “*não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para se engajar em um projeto clínico nessa nova (e mais exigente) modalidade de cooperação*” (idem, p. S333).

⁴ No Original: Youth health and welfare programmes are likely to be less stigmatised and more accessible to young people and they have the advantage of providing a range of youth-friendly services under one roof. Mental-health professionals, where available, would work as part of a youth-health team, delivering specialist interventions and building generic mental-health skills. At their most basic level, screening for high-risk groups, provision of simple, evidence-based, psychosocial treatments, and increasing awareness about mental health and illness, should be within the reach of every youth programme (PATEL *et al*, 2007, p. 1309).

Paulon & Neves (idem, p. 13) concluem que a análise sobre esta prática ainda é muito incipiente e “*não possibilita a caracterização de uma articulação expressiva em nível nacional*”. Internacionalmente, alguns autores apontam a existência de um potencial significativo para aumentar a acessibilidade e eficácia, ao menos no que se refere ao cuidado em SMCA na Atenção Básica; no entanto, pouco se sabe sobre a clínica e custo-efetividade real de tal prestação de serviços (BOWER et al, 2001, 373).

Eapen & Jairam (idem) sugerem que uma maneira eficaz e eficiente para abordar as necessidades de saúde mental da criança seria o de implementar programas de avaliação de necessidades relacionadas à saúde mental em escolas, integrados com a atenção primária à saúde e com o suporte de tratamento, com sistemas adequados de referenciamento.

Na prática, os desafios se apresentam frente aos limites das ações na atenção básica. Conforme identificado por Tanaka & Lauridsen-Ribeiro (2006), há a priorização de problemas ‘biológicos’; falta de domínio dos profissionais para lidar com problemas de saúde mental; minimização das queixas trazidas pelos usuários e não avaliação, durante a consulta, sobre questões de saúde mental, justamente pela falta de profissionais da saúde mental para discutir e dar apoio à condução dos casos, assim como a dificuldade de encaminhamento dos casos quando necessário, gerando baixa confiança e descrença, por parte das equipes da atenção básica e das próprias famílias, em relação aos serviços de saúde mental.

Delfini & Reis (2012b) apontam que as equipes da atenção básica precisam das equipes de saúde mental para legitimação das ações já desenvolvidas, “*para trocar experiências e discutir situações difíceis, para se corresponsabilizar pelos casos atendidos e, assim, promover uma atenção integral a esses sujeitos*” (p. 242). Estes autores apontam que o cuidado com os problemas de SMCA é facilitado nos locais onde há maior proximidade das equipes, os profissionais se conhecem e criam canais de comunicação mais ágeis.

Ainda que uma rede de atenção integral se componha pelos serviços de saúde e recursos do território, ela depende (e se constrói com) das pessoas que atuam nos serviços, das conexões e vínculos que estabelecem entre si para atingir um objetivo comum. O compartilhamento de responsabilidades e ações interventivas entre CAPSI e ESF 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 (DELFINI & REIS, 2012a, p. 363).

Compreendemos essa ação como uma forma de cuidado colaborativo, onde cada um dos serviços e suas equipes operam em parceria, discutem e pactuam as direções a serem tomadas, construindo estratégias e redes de suporte para cada caso. Desta forma, todos os envolvidos são corresponsáveis pelo caso, e os encaminhamentos que se realizarem deverão ser feitos de forma implicada.

A efetiva construção das redes locais de atenção em SMCA é tarefa complexa e encontra diferentes impasses e desafios no processo de sua realização. A superação dos desafios apontados e a criação de estratégias mais potentes para consolidar a rede ampliada em SMCA, com destaque, nesta pesquisa, para a articulação entre o CAPSi e atenção básica, sem desconsiderar a necessidade de ações com demais setores, principalmente, educação, assistência social e justiça, configuram-se como investimento necessário para promoção da saúde de crianças e adolescentes.

CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo exploratório, de metodologia qualitativa, informado pelo quadro de referência teórico da Pesquisa Social em Saúde, que se delinea a partir de um componente de trabalho de campo para produção de informações e um componente de compartilhamento de conhecimento entre profissionais da Saúde Mental e profissionais da Atenção Básica.

Para Denzin & Lincoln (2005), a pesquisa qualitativa é:

[...] uma atividade situada que localiza o observador no mundo. A pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas materiais interpretativas que transformam o mundo em uma série de representações, incluindo notas de campo, entrevistas, conversas, fotografias, registros e lembretes para a pessoa. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa e naturalística do mundo. Isso significa que os pesquisadores qualitativos estudam coisas dentro dos seus contextos naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas lhes atribuem (p. 3, tradução livre).⁵

Na pesquisa qualitativa os pesquisadores participam do processo social. “*Na abordagem qualitativa, entendemos que a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis, uma vez que os significados são gerados na interação social*” (idem, p. 18).

Ocorre em ambientes naturais, baseia-se em suposições, onde o foco são as percepções e as experiências dos participantes. Do ponto de vista metodológico, o pesquisador adota a lógica indutiva, emergente, considerando também a experiência do pesquisador na coleta e análise das informações. Por este motivo, a pesquisa pode se modificar ao longo do processo, adequando as perguntas para garantir a compreensão do problema estudado (CRESWELL, 2014, p. 34).

⁵No original: [...] *a situated activity that locates the observer in the world. It consists of a set of interpretive, material practices that make the world visible. These practices transform the world. They turn the world into a series of representations, including field notes, interviews, conversations. Photographs, recordings, and memos to the self. At this level, qualitative research involves an interpretive, naturalistic approach to the world. This means that qualitative researchers study things in their natural settings, attempting to make sense of, or interpret, phenomena in terms of the meanings people bring to them* (DENZIN & LINCOLN, 2005, p. 03)

Na fase inicial da pesquisa, de acordo com Creswell (idem), o “*pesquisador traz para a investigação determinadas teorias, paradigmas e perspectivas*”. Estes pressupostos filosóficos (ontológico, epistemológico, axiológico, metodológico), ainda segundo este autor, moldam a formulação do problema a ser estudado, as perguntas e como buscaremos as informações para respondê-las (p. 30).

Quadro 2.1 – Pressupostos filosóficos

	Crenças ontológicas (natureza da realidade)	Crenças epistemológicas (como a realidade é conhecida)	Crenças axiológicas (papel dos valores)	Crenças metodológicas (abordagem da investigação)
Características	Múltiplas realidades são construídas por meio das nossas experiências vividas e interações com os outros.	A realidade é construída em conjunto entre o pesquisador e o pesquisado e moldada pelas experiências individuais	Os valores individuais são honrados e são negociados entre os indivíduos	É usado mais de um estilo literário. Uso de um método indutivo das ideias emergentes (por meio de consenso) obtidas por meio de métodos como entrevista, observação e análise de textos.
Implicações para a prática	O pesquisador relata diferentes perspectivas à medida que os temas se desenvolvem nos achados	O pesquisador se baseia em citações como evidências do participante; colabora, passa um tempo no campo com os participantes e se torna um "incluído"	O pesquisador discute abertamente os valores que moldam a narrativa e inclui a sua interpretação em conjunto com as interpretações dos participantes	O pesquisador trabalha com particularidades (detalhes) antes das generalizações, descreve em detalhes o contexto do estudo e continuamente revisa questões das experiências no campo

Fonte: adaptado de Creswell (2014)

Sob esta concepção filosófica, o pesquisador busca a complexidade dos pontos de vista, confiando na compreensão que os participantes têm da situação que está em estudo. “*O objetivo da pesquisa é confiar o máximo possível nas visões que os participantes têm da situação a qual está sendo estudada*” (CRESWELL, 2010, p. 31). Os significados que os participantes estabelecem são construídos através da interação, nos contextos de vida ou trabalho dessas pessoas. “*As questões se tornam amplas e gerais, de modo que os participantes podem construir o significado de uma situação, um significado forjado em discussões ou interações com outras pessoas*” (CRESWELL, 2014, p. 36).

Em relação aos pesquisadores, Creswell (idem, ibidem) aponta que estes:

[...] reconhecem que o seu próprio “*background*” molda sua interpretação e eles “se posicionam” na pesquisa para reconhecer como a sua interpretação flui a partir das próprias experiências pessoais, culturais e históricas. Desta forma, os pesquisadores fazem uma interpretação do que encontram, interpretação essa moldada pelas suas experiências e por base de conhecimento anteriores. A intenção do pesquisador, então, é compreender (ou interpretar) os significados que os outros têm sobre o mundo (idem, *ibidem*).

Por compartilharmos com os participantes da pesquisa o objeto e objetivo de trabalho, como esclarece Onocko-Campos (2011), “*precisamos mais estranhar aquilo que nos é familiar do que de processos de aculturação*” (p. 1271). Considerando que o processo de pesquisa e análise irá tratar daquilo que nos é familiar, segundo Velho (1978), torna-se necessária a relativização das noções de distância – premissa das ciências sociais – e objetividade, sem desconsiderar a subjetividade presente na nossa análise. Torna-se claro “*na medida em que volto constantemente a reexaminar a pesquisa e mesmo a revisar o local da investigação, [...] desta forma a minha interpretação está sendo constantemente testada, revista e confrontada*” (VELHO, *idem*, p. 43).

Além disso, é preciso adotar uma posição de disponibilidade:

[...] estando genuinamente presentes e adaptados ao entrevistado, nos sentiremos capazes de desenvolver uma escuta sensível, que nos capacite a construir narrativas agenciadoras daquele fluxo de ideias, descrições de acontecimentos e afetos apresentados durante a entrevista (CAMPOS, 2011, p. 1275).

Por se tratar de um projeto baseado em compartilhamento de conhecimento, tanto a pesquisadora quanto o método empregado estão sensíveis ao saber que emerge do campo, buscando favorecer o trabalho colaborativo entre diferentes profissionais de diferentes equipes de saúde e saúde mental.

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO EIXO DO DIÁLOGO COM OS PROFISSIONAIS

A noção de promoção da saúde tem como marco a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986 em Ottawa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). As Conferências que se seguiram têm reforçado a importância da responsabilidade social e do “empoderamento” da população para enfrentamento dos problemas sociais. Privilegia-se a criação de ambientes favoráveis, considerando os modos de vida, trabalho e lazer, o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais, pautado em informação e educação em saúde e a reorientação dos serviços de saúde, trabalhando com uma noção de saúde mais abrangente (BRASIL, 2002c).

Ao contrário da medicina preventiva, nas décadas de 50 a 70, pautada numa visão biológica da saúde, que colocava em segundo plano os determinantes sociais de saúde, e limitava a compreensão da promoção de saúde ao *“desenvolvimento de ações de educação sanitária, como se os determinantes do adoecimento nos indivíduos e na coletividade se devessem apenas à ignorância e maus hábitos”* (ANDRADE, 2006, p. 47), a promoção da saúde atualmente está relacionada à promoção de cidadania, democracia, solidariedade, equidade, participação e construção de cidades saudáveis (ANDRADE, 2006; BRASIL, 2002c).

Nessa perspectiva, Czeresnia (2003, p. 39) estabelece dois eixos da promoção da saúde: 1) da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais, e 2) elaboração de políticas públicas intersetoriais.

Promover a saúde alcança, dessa maneira, uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2003, p. 39).

Neste projeto, tomamos a promoção da saúde, sustentada pela noção de educação em saúde (MOROSINI, FONSECA, PEREIRA, 2008), como eixo do diálogo entre os profissionais do CAPSi e da atenção básica. Não se trata de uma prática pedagógico-normativa, de ensinamento de práticas especializadas, e sim de levar em conta a experiência de cada um para lidar com as situações enfrentadas no cotidiano.

[...] aqui prevalece a concepção de que a saúde não se define apenas pelo monitoramento e controle do que a pode ameaçar. Uma definição negativa de saúde parece limitada sob a ótica da promoção. A ampliação que esta postula aspira intervir não apenas sobre o que se deve evitar para poder viver de forma saudável, mas quer também estabelecer patamares a serem alcançados, em termos de aquisições positivas para caracterizar uma boa qualidade de vida do ponto de vista físico, mental e social (AYRES, 2004, p. 584)

Esta perspectiva de promoção da saúde pressupõe o compartilhamento do conhecimento. Os temas relacionados à SMCA devem engendrar um diálogo, que deve buscar superar a assimetria entre pesquisa universitária e serviço. Ainda assim, consideramos a existência das diferenças e assimetrias, tanto do lado do profissional do CAPSi, que carrega um saber especializado, quanto dos profissionais da atenção básica, que acumulam um saber sobre aquele território.

A intervenção se legitima pelo compartilhamento, pela pactuação, pela negociação entre os participantes, deixando claros os limites frente às expectativas destes profissionais quanto às supostas soluções que teríamos para oferecer. As respostas devem ser construídas neste trabalho colaborativo, sendo necessário criar condições para as contribuições que emergem do campo, como se recomenda na tradição recente do “conhecimento compartilhado em saúde” (JACOBSON, 2007).

2.3 DESENHO DA PESQUISA E MÉTODO

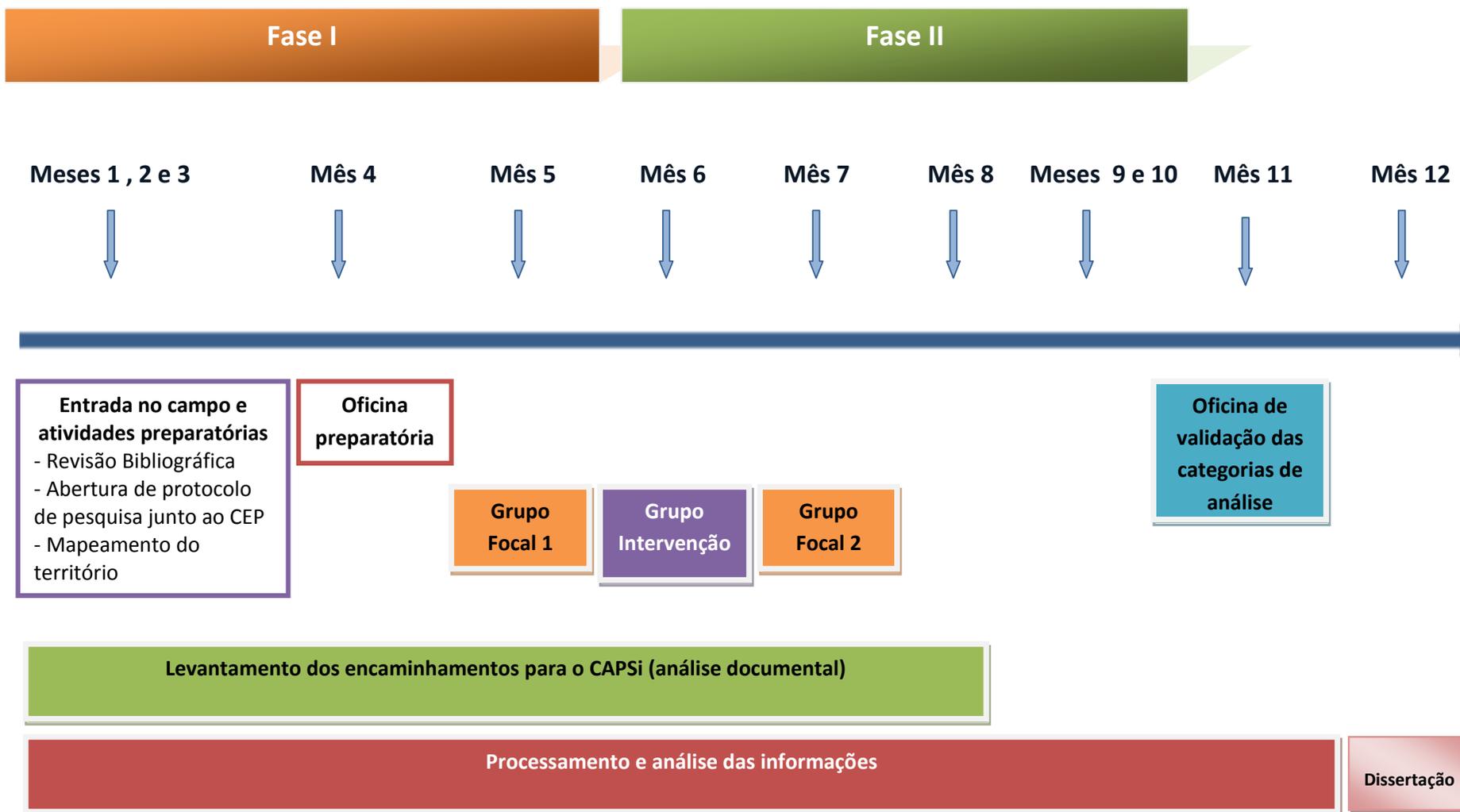
A pesquisa foi organizada em duas fases (figura 2.1). A Fase 1 caracterizou-se pelo mapeamento dos serviços, e pelo desenvolvimento de atividades preparatórias à entrada no campo. Nesta fase, além da revisão bibliográfica e abertura de protocolo junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SM

S-RJ), foram realizados os contatos iniciais com os gestores dos potenciais serviços participantes do estudo e iniciada a entrada no CAPSi, através do levantamento de informações sobre a origem dos encaminhamentos de crianças e adolescentes, com objetivo de mapear os fluxos de encaminhamentos e traçar um panorama inicial da articulação entre os serviços.

Após a aprovação do CEP, foi realizada uma Oficina preparatória com os profissionais do CAPSi diretamente envolvidos na pesquisa. O objetivo deste encontro foi o de esclarecer o projeto, discutir os conceitos adotados e construir os encontros com as equipes da Atenção Básica.

A Fase 2 caracterizou-se pelo trabalho de campo para produção de informações. Foi proposta uma intervenção através de realização de grupos focais e grupos de intervenção com profissionais da atenção básica, conduzida pelos pesquisadores e profissionais do CAPSi, visando a aproximação das equipes de saúde envolvidas no cuidado em SMCA e articulação dos serviços.

Figura 2.1 – Desenho do Estudo



2.3.1 Contextualização do campo da pesquisa

A definição do campo de estudo se deu a partir da escolha do CAPSi estudado e do reconhecimento da rede de Atenção Básica do território definido para este serviço. Foi escolhido o CAPSi CARIM, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, aonde vêm sendo propostos outros projetos para articulação com demais serviços da saúde e intersetoriais.

O Centro de Atenção e Reabilitação a Infância e Mocidade (CARIM) é um serviço de saúde mental voltado para o atendimento de crianças e adolescentes com graves problemas psíquicos. Foi originalmente criado em 1998, porém, a partir de 2002, após a Portaria nº 336/2002, que institui os CAPS, o CARIM foi credenciado pelo Ministério da Saúde como CAPSi, em 19 de novembro de 2002, através da Portaria nº 2103/2002.

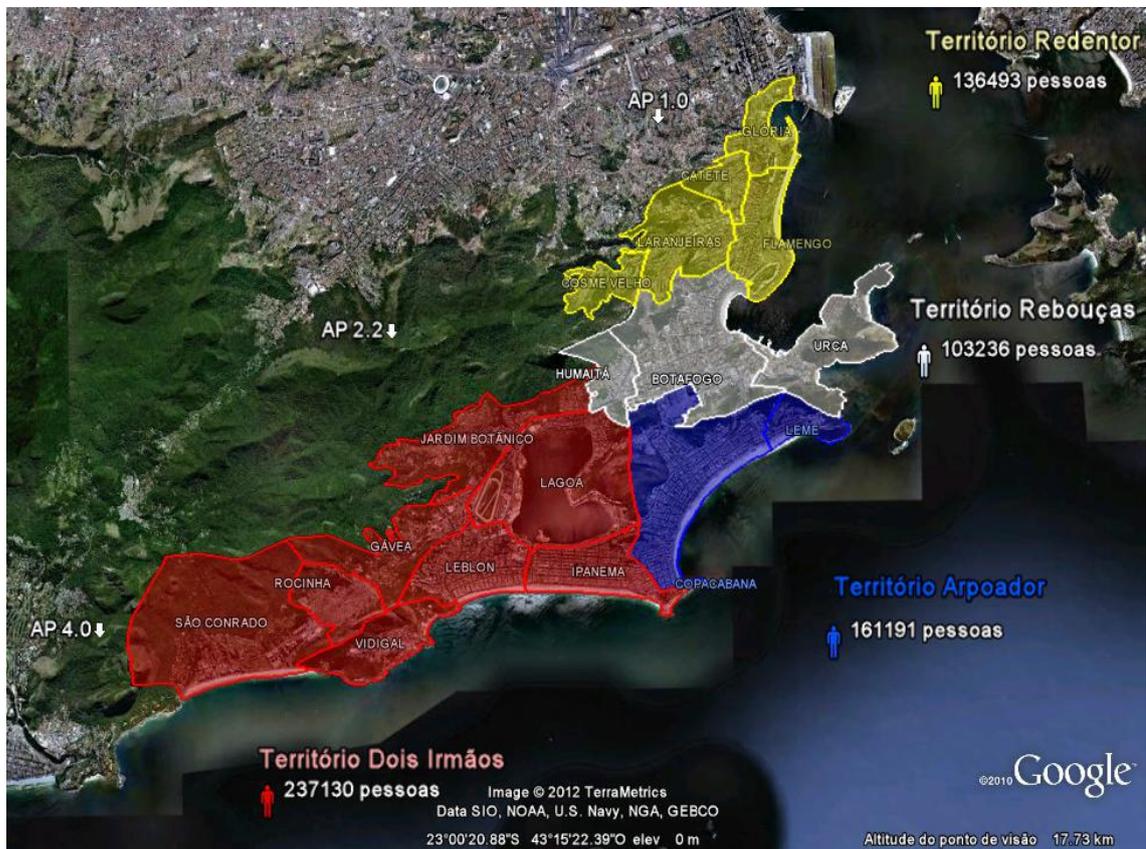
Este CAPSi está situado na zona sul da cidade do Rio de Janeiro, município de grande porte, com população de 6.320.446 habitantes, em área majoritariamente urbana, com geografia acidentada por morros, mar e lagoas, e marcadas desigualdades sociais. No setor saúde, o município é dividido em 10 Áreas de Planejamento (AP)⁶. A AP 2.1, responsável pela área geográfica onde esta pesquisa foi realizada, cobre um território geográfico com população estimada de 638.050 habitantes.

Como estratégia de organização adotada pela gestão municipal, a rede de Atenção Básica foi subdividida em quatro territórios: Dois Irmãos (bairros: São Conrado, Rocinha, Vidigal, Gávea, Lagoa, Jardim Botânico, Leblon e Ipanema), Arpoador (bairros: Copacabana e Leme), Rebouças (Botafogo, Humaitá e Urca) e Redentor (Cosme Velho, Laranjeiras, Flamengo, Catete e Glória), conforme demonstrado na Figura 2.2.

Em 2012, o CAPSi CARIM, por solicitação da coordenação municipal de saúde mental, ficou responsável pela cobertura de um número delimitado de bairros, abrangendo parte da AP 2.1, região sul do município do Rio de Janeiro, especificamente os bairros: Copacabana, Leme, Urca, Botafogo e Humaitá (territórios Arpoador e Rebouças).

⁶ AP 1.0, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2, AP 5.3.

Figura 2.2 - Divisão dos territórios da AP 2.1



Fonte: Coordenadoria Geral de Atenção Primária 2.1: <http://cap21.blogspot.com.br/p/saude-mental.html>

Essa área compreende cerca de 264.427 habitantes. Deste total, 15% estão na faixa de 0 a 19 anos (39.740 habitantes). Estabelecendo este cálculo porcentual por cada território, Arpoador e Rebouças, há uma pequena variação, tendo o primeiro território um porcentual de 13,92% na faixa de 0 a 19 anos, e o segundo, 16,76%.

Quadro 2.2 - Proporção de crianças e adolescentes em relação à população geral, por bairro

	Total da População	População de Crianças e Adolescentes				
		0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
Botafogo	82.890	3.175	3.087	3.415	4.146	13.823
Copacabana	146.392	4.400	4.282	4.952	6.246	19.880
Humaitá	13.285	481	441	462	559	1.943
Leme	14.799	517	579	740	717	2.553
URCA	7.061	282	368	438	453	1.541
TOTAL	264.427	8.855	8.757	10.007	12.121	39.740

Fonte: IBGE, Censo 2010.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) avaliado pelo IBGE em 2000 é de 0,957 nessa localidade, acima da média das demais regiões do município. Porém, não podemos desconsiderar que este é um território marcado por desigualdades sociais. A exemplo disso, a renda per capita avaliada no mesmo período foi de R\$ 1.636,11. Porém, quando considerada apenas da população residente em comunidades e favelas, este valor se reduz significativamente para o valor médio de R\$ 643,83.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família neste território privilegiou as áreas mais vulneráveis, prevendo primeiramente a cobertura das comunidades situadas em morros e favelas, como apresentado no quadro 2.3. Ao todo, essa região conta com cinco unidades básicas de saúde, sendo três unidades no território Arpoador (CMS João Barros Barreto, CF Pavão-Pavãozinho/Cantagalo, CMS Chapéu Mangueira) e duas no território Rebouças (CMS Dom Helder Câmara e CF Santa Marta).

Quadro 2.3 - Informações gerais sobre as unidades básica de saúde (território Arpoador e Rebouças)

		CMS João Barros Barreto	CF Pavão Pavãozinho Cantagalo	CMS Chapéu Mangueira Babilônia	CMS Dom Helder Câmara	CF Santa Marta
Tipologia		tipo B	tipo A	tipo A*	tipo B	tipo A
Inauguração do CMS		1965	-	-	1975	-
Administração		SMS	-	-	SMS	-
Inauguração da CF		2010	2009	2010	2011	2009
Administração		OS Viva Rio	OS Viva Rio	OS Viva Rio	OS Viva Rio	OS Viva Rio
Cobertura	Bairro	Copacabana, Leme e Ipanema**			Botafogo e Humaitá	Botafogo e Humaitá
	Comunidade	Ladeira dos Tabajaras (Botafogo) e Morro dos Cabritos (Copacabana)	Pavão Pavãozinho (Copacabana) e Cantagalo (Ipanema)	Chapéu Mangueira e Babilônia (Leme)		Santa Marta (Botafogo)
População Cadastrada		20700	13565	4588	10350	9163
Equipe de Saúde da Família		6	3	2	3	3
Equipe de Saúde Bucal		1	2	0	2	2
Saúde Mental		Ambulatório de SM	Matriciamento	Matriciamento	Ambulatório de SM	Matriciamento

* apesar de estar cadastrada como CMS, trata-se de uma unidade tipo A

** (excluindo ruas do território da CF Pavão Pavãozinho Cantagalo e CMS Chapéu Mangueira Babilônia)

A rede de Atenção Básica está submetida à Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área Programática 2.1 (CAP 2.1), sendo parte dos serviços de gestão direta e outra parte, que inclui todas as Clínicas da Família – terminologia adotada pela gestão municipal para designar os serviços onde atuam as equipes da ESF do município do Rio de Janeiro – gerenciada através de Organização Social (OS). A rede básica de saúde é composta por seis Centros Municipais de Saúde (CMS), classificados como tipo B (unidades de saúde tradicionais, com incorporação de equipes da ESF cobrindo parcialmente o território), e seis Clínicas da Família (CF), classificadas como tipo A (onde todo o território é coberto por equipes da Estratégia Saúde da Família). Os CMS são unidades mais antigas, inauguradas entre as décadas de 50 e 80. As CF, adaptação local à proposta nacional de implantação da ESF, surgiram a partir dos anos 2009.

A rede de Saúde Mental deste território é composta prioritariamente por dispositivos ligados ao Instituto de Psiquiatria (IPUB/ UFRJ) e ao Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP), onde funciona um polo de emergência psiquiátrica. Estes dois

institutos mantêm enfermarias com leitos para internações psiquiátricas, ambulatórios, hospitais-dia e centros de referência. Apesar da dimensão geográfica, a região conta apenas com um (01) CAPS III e um (01) CAPS ad, justamente por ser um território de grande concentração de serviços hospitalares e de ambulatórios especializados. Em relação aos serviços de SMCA, existem dois CAPSi – CAPSi CARIM (IPUB/ UFRJ) e CAPSi Maurício de Sousa (IMPP), localizados no mesmo espaço geográfico, o campus da Praia Vermelha, além de um serviço ambulatorial de psiquiatria, ligado ao IPUB/ UFRJ. A retaguarda psiquiátrica é realizada pelo IMPP, que dispõe de quatro leitos psiquiátricos para crianças e adolescentes.

Na CAP 2.1 há um Apoiador de Saúde Mental, que organiza o matriciamento deste território. Em alguns CMS há profissionais de saúde mental (em geral, psiquiatra e psicólogo), que ficam responsáveis pelo matriciamento das equipes de CF e referenciamento para atendimento ambulatorial no CMS. A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ainda é incipiente neste território, contando, até o momento, com apenas dois núcleos que não fazem cobertura das CF estudadas.

2.3.2 Entrada no campo e atividades preparatórias

Contato com os gestores

A entrada no campo foi estabelecida pelos contatos com a coordenadora do CAPSi CARIM e com a apoiadora de saúde mental da Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área Programática 2.1 (CAP 2.1). A apoiadora de saúde mental da CAP 2.1 relatou brevemente as particularidades das unidades básicas do município, segundo as classificações: tipo A e tipo B, relatando quais são as unidades do território designado ao CAPSi e como tem se dado o matriciamento de saúde mental.

Em seguida, iniciamos os contatos com os gestores das unidades básicas. Todos os contatos foram feitos por telefone, momento em que o projeto era apresentado e era solicitada uma reunião. Todos os gestores concordaram em realizar a reunião; apenas uma gestora sugeriu que a reunião fosse realizada com a equipe de saúde mental, já que se tratava de uma unidade tipo B.

Esta reunião inicial tinha o objetivo de apresentar o projeto para o gestor, solicitar carta de anuência e definir a melhor forma de envolvimento da equipe da unidade para participação no projeto. Foi uma etapa importante para identificar se os problemas de SMCA eram reconhecidos pelos gestores e se sabiam qual era o CAPSi de referência para o território.

Abertura de protocolo junto aos Comitês de Ética e Pesquisa

Em maio de 2014, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do IPUB/ UFRJ, conforme previsto pela Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em relação a pesquisas envolvendo seres humanos. O parecer consubstanciado foi aprovado em 28 de julho de 2014, sob nº 731.484 (Anexo I). Apesar de o IPUB/ UFRJ ser o centro proponente da pesquisa, foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/ RJ), por se tratar de instituição co-participante, tendo sido aprovado em 03 de setembro de 2014, sob nº 777.231 (Anexo II).

Seleção dos serviços

Todas as unidades de Atenção Básica inseridos na mesma área de cobertura do CAPSi CARIM foram contatadas. O critério de inclusão era aceitar participar da pesquisa. Nas três unidades tipo A (CF Pavão Pavãozinho Cantagalo, CMS Chapéu Mangueira Babilônia e CF Santa Marta), a inserção se deu através das reuniões de equipe geral e de forma mais efetiva. Em contrapartida, a inserção do projeto nas unidades tipo B (CMS Dom Helder Câmara e CMS João Barros Barreto) foi dificultada, pois, por se tratar de unidades mistas, compostas também por ambulatorios, o acesso às EqSF não foi possível via gestor, inviabilizando a realização da pesquisa.

As unidades que se mostraram mais favoráveis à realização da pesquisa - CF Pavão Pavãozinho/ Cantagalo, CMS Chapéu Mangueira/ Babilônia e CF Santa

Marta - têm características homogêneas quanto à gestão, equipes e organização do trabalho, influenciando a decisão final das unidades a serem estudadas.

Outra situação que interferiu na seleção dos serviços e profissionais participantes foi o tempo despendido para aprovação no CEP. O longo período de espera pela autorização na realização da pesquisa exigiu que a realização da pesquisa fosse repactuada, o que foi possível nestas três unidades mencionadas.

Na CF Pavão Pavãozinho/ Cantagalo, o gestor foi um grande facilitador para o desenvolvimento da pesquisa. Tanto no primeiro contato com a equipe, na reunião do colegiado gestor, onde a apresentação do projeto foi mediada por este profissional, quanto na retomada do projeto, em que o gestor agendou uma reunião com os profissionais da equipe que haviam demonstrado interesse em participar da pesquisa.

No CMS Chapéu Mangueira/ Babilônia, havia sido definido que os grupos da pesquisa deveriam ser realizados na reunião de equipe técnica, porém, durante a repactuação, a gestora sugeriu que participássemos da reunião de equipe de referência. Neste momento foi estabelecido que a pesquisa fosse realizada com estes profissionais.

Na CF Santa Marta, a apresentação do projeto havia se dado na reunião de equipe geral. Nesta unidade, o agendamento foi dificultado, pois no momento da repactuação a gestora mostrou-se pouco disponível, desmarcando sucessivamente, as reuniões propostas. Nesta unidade, a repactuação foi possível a partir de uma ida da pesquisadora junto com uma profissional do CAPSi CARIM para a discussão de um caso, permitindo retomar a proposta com os profissionais.

2.3.3 Participantes, ferramentas e procedimentos metodológicos

Participantes

Participaram da pesquisa três profissionais do CAPSi CARIM (duas psicólogas e uma enfermeira) como facilitadoras do trabalho colaborativo visado pelo projeto. Participaram também como observadoras: uma aluna do Curso de Especialização em Atenção Psicossocial do IPUB/UFRJ, que é coordenado pelo

NUPPSAM e o CAPSi CARIM e uma aluna da graduação da UFRJ, estagiária do CAPSi CARIM.

A pesquisa previa a participação de diferentes categorias profissionais das equipes das Clínicas da Família, compreendendo que todos estes profissionais podem se envolver, em alguma medida, no cuidado em SMCA. O convite foi feito a todos profissionais presentes nas reuniões de apresentação e, ao final, aceitaram participar: sete profissionais da CF Pavão Pavãozinho Cantagalo, oito profissionais do CMS Chapéu Mangueira Babilônia e dez profissionais da CF Santa Marta, totalizando vinte e cinco profissionais. O quadro 2.5 apresenta as informações gerais sobre os participantes, em cada uma das unidades.

A idade dos participantes varia de 24 a 62 anos, com média de 34 anos. Dezoito participantes são do sexo feminino e sete do sexo masculino. A maioria dos profissionais participantes foram os ACS, totalizando 14. Nas duas unidades onde havia equipe de Saúde Bucal, houve participação de um dentista (CF Santa Marta) e 2 ACB (CF Pavão-Pavãozinho/Cantagalo). Nenhum técnico de enfermagem buscou, espontaneamente, a pesquisadora para demonstrar o interesse em participar. Apenas na unidade onde os encontros foram realizados durante a reunião da equipe de referência houve a participação deste profissional.

Das categorias profissionais de nível médio, cinco iniciaram o ensino superior. Dos profissionais de nível superior, quatro tem pós-graduação lato-sensu (Residência).

Um ACS, um ASB, um enfermeiro e dois médicos afirmaram ter alguma formação em saúde mental (disciplina da graduação, curso técnico ou da residência). Quanto à experiência em saúde mental, um médico tem experiência de trabalho anterior à Clínica da Família e, cinco profissionais reconheceram o trabalho na Atenção Básica como uma experiência em saúde mental.

Em relação ao tempo de trabalho, a maioria dos ACS e ASB trabalham nas unidades desde o início do serviço, mas, em contrapartida, a maioria dos médicos e enfermeiros não completou um ano de trabalho na unidade.

Quadro 2.4 - Informações sobre os participantes

	Unidade	Função	Início trabalho	idade	sexo	escolaridade	Formação SM	Experiência SM
1	CF Pavão Pavãozinho Cantagalo	Agente Comunitário de Saúde	11/01/2009	38	M	Ensino médio	não	não
2		Auxiliar de Saúde Bucal	03/07/2013	27	F	Ensino médio	não	não
3		Enfermeira	12/03/2014	27	F	Ensino superior	não	não
4		Auxiliar de Saúde Bucal	04/07/2010	24	F	Ensino superior incompleto	sim	não
5		Agente Comunitário de Saúde	11/01/2010	27	F	Ensino superior	não	sim
6		Agente Comunitário de Saúde	15/12/2011	28	F	Ensino médio	não	não
7		Agente Comunitário de Saúde	11/01/2010	38	F	Ensino superior incompleto	não	não
8	CMS Chapéu Mangueira Babilônia	Agente Comunitário de Saúde	06/09/2010	62	M	Ensino médio	não	não
9		Agente Comunitário de Saúde	06/09/2010	49	F	Ensino médio	não	não
10		Enfermeira	01/09/2013	30	F	Ensino superior	sim	sim
11		Técnico de enfermagem	07/03/2014	27	M	Ensino médio	não	sim
12		Médica	06/06/2014	28	F	Pós-graduação (Residência)	sim	sim
13		Agente Comunitário de Saúde	06/09/2010	29	F	Ensino médio	não	não
14		Agente Comunitário de Saúde	06/09/2010	42	F	Ensino médio	não	não
15	Agente Comunitário de Saúde	07/10/2014	32	F	Ensino superior incompleto	não	não	
16	CF Santa Marta	Médico Residente	10/03/2013	31	M	Ensino superior	não	não
17		Dentista	01/10/2010	34	F	Pós-graduação (Residência)	não	não
18		Agente Comunitário de Saúde	01/03/2010	32	F	Ensino superior incompleto	não	não
19		Médica	25/03/2012	32	F	Pós-graduação (Residência)	não	sim
20		Enfermeira	10/01/2014	25	M	Pós-graduação (Residência)	não	não
21		Agente Comunitário de Saúde	01/03/2010	31	F	Ensino médio completo	sim	não
22		Agente Comunitário de Saúde	01/11/2013	37	F	Ensino superior incompleto	não	não
23		Médico	01/03/2013	53	M	Ensino superior completo	sim	sim
24		Agente Comunitário de Saúde	01/03/2010	31	M	Ensino médio completo	não	não
25		Agente Comunitário de Saúde	01/03/2010	40	F	Ensino médio completo	não	não

Ao longo dos encontros ocorreram entradas de novos participantes, consensualmente aceitos, uma vez que o projeto visa o envolvimento de maior número de profissionais para o cuidado em SMCA. Da mesma forma, ocorreram ausências ou desistência de alguns participantes. O quadro 2.5 apresenta a composição dos grupos por categoria profissional, em cada uma das unidades.

Quadro 2.5 - Composição dos grupos por categoria profissional, por unidade

Unidade	Encontro 1	Encontro 2	Encontro 3
CF Pavão Pavãozinho Cantagalo	Agente Comunitário de Saúde 1 Agente Comunitário de Saúde 2 Agente Comunitário de Saúde 3 Agente Comunitário de Saúde 4 Auxiliar de Saúde Bucal 1 Auxiliar de Saúde Bucal 2 Enfermeiro	Agente Comunitário de Saúde 1 Auxiliar de Saúde Bucal 1 Auxiliar de Saúde Bucal 2 Enfermeiro	Agente Comunitário de Saúde 1 Agente Comunitário de Saúde 2 Agente Comunitário de Saúde 3 Agente Comunitário de Saúde 4 Auxiliar de Saúde Bucal 1 Enfermeiro
CMS Chapéu Mangueira Babilônia	Agente Comunitário de Saúde 1 Agente Comunitário de Saúde 2 Agente Comunitário de Saúde 3 Enfermeiro Médico Técnico de enfermagem	Agente Comunitário de Saúde 1 Agente Comunitário de Saúde 2 Agente Comunitário de Saúde 3 Agente Comunitário de Saúde 4 Enfermeiro Médico Técnico de enfermagem	Agente Comunitário de Saúde 1 Agente Comunitário de Saúde 3 Agente Comunitário de Saúde 4 Agente Comunitário de Saúde 5 Enfermeiro Médico
CF Santa Marta	Agente Comunitário de Saúde 1 Agente Comunitário de Saúde 2 Agente Comunitário de Saúde 3 Dentista Enfermeiro Médico 1 Médico 2 Residente Medicina da Família	Agente Comunitário de Saúde 1 Agente Comunitário de Saúde 2 Agente Comunitário de Saúde 4 Agente Comunitário de Saúde 5 Dentista Enfermeiro Residente Medicina da Família	Agente Comunitário de Saúde 1 Dentista Enfermeiro Residente Medicina da Família

Ferramentas metodológicas

As ferramentas metodológicas empregadas neste estudo foram: grupos focais e grupos de Intervenção; análise documental e observação participante.

O primeiro procedimento adotado foi a **análise documental**. Através do registro de porta de entrada do CAPSi CARIM, procuramos identificar a origem dos encaminhamentos para este serviço. Este procedimento marcou a entrada na pesquisa no CAPSi, possibilitando a aproximação da pesquisadora com o serviço.

Foi através desta aproximação, e da conseqüente estruturação da porta de entrada do serviço, através da definição da equipe responsável pelo acolhimento dos casos novos, que foi possibilitada a inserção da pesquisadora em parte do

cotidiano do CAPSi e fluxo de entrada de novos usuários no serviço, através da **observação participante**.

Os **grupos focais** foram empregados como uma das estratégias metodológicas pela sua “*inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social*”, possibilitando o estudo de representações e relações de processos de trabalho (MINAYO, 2004, p.129). A escolha desta estratégia se deu, justamente, por favorecer a interação entre os participantes. Além disso, como aponta Minayo (2004, p. 129), este tipo de grupo focaliza as opiniões, aspectos de relevância e valores dos participantes, contemplando o interesse da pesquisa, ou seja, a percepção destes trabalhadores quantos aos problemas de SMCA.

Em certa medida, os grupos apresentam, também, uma característica interventiva, por estabelecer um diálogo entre os profissionais das equipes de ESF com um profissional do CAPSi.

Os grupos focais foram conduzidos pela pesquisadora, que estimulou e garantiu o foco da discussão e, um profissional do CAPSi CARIM, configurando-se como articulador na proposição do trabalho colaborativo. Além disso, todos os grupos foram acompanhados por um observador/ relator, cuja função foi de registrar, por escrito, a condução do grupo. Os registros de campo produzidos no contexto nos grupos também foram utilizados para produção das informações. Todos os grupos foram gravados e transcritos.

Estes grupos foram planejados para discutir questões relacionadas à SMCA entre os profissionais da AB, aproximando a equipe do CAPSi CARIM. Foram organizados em três encontros em cada Clínica da Família, com duração prevista de uma hora e trinta minutos. O intervalo previsto entre um encontro e outro foi de trinta dias.

O **Encontro 1** teve como objetivo escutar os profissionais em relação à percepção que eles têm sobre os problemas de SMCA. A partir de perguntas sobre a temática de SMCA, o grupo estimulou a reflexão dos profissionais da AB e promoveu aproximação entre o profissional do CAPSi e a equipe da Clínica da Família.

Este encontro previu a apresentação dos participantes, o esclarecimento sobre a pesquisa e a pactuação sobre as regras de funcionamento do grupo. Neste primeiro encontro, a posição do profissional do CARIM foi de observador, não se posicionando frente às questões levantadas pelos profissionais da Atenção Básica.

O grupo foi conduzido a partir das perguntas norteadoras apresentadas no Quadro 2.6.

Quadro 2.6 - Roteiro para Grupo Focal 1

Eixo	Perguntas	Objetivo
Identificação de problemas de SMCA	<ul style="list-style-type: none"> Quais são os problemas de SMCA que chegam à unidade? Como é feita a avaliação? Quando a criança/ adolescente precisa de ajuda especializada o que vocês fazem? Na opinião de vocês, existem situações do contexto de vida da criança ou adolescente que os tornam mais propensos a problemas de SMCA? 	Identificar a acuidade dos profissionais para os problemas de SMCA e as ações tomadas
Ações de SMCA no território	<ul style="list-style-type: none"> Quais são as ações direcionadas para crianças/ adolescentes desenvolvidas pelos profissionais da unidade? Quais dessas ações vocês identificam que envolvem questões de saúde mental? 	Identificar as ações para crianças e adolescentes e as possibilidades para desenvolver ações de promoção de saúde
Articulação da rede	<ul style="list-style-type: none"> Quais são as ações/ serviços para crianças e adolescentes no território? Vocês conhecem o papel/ função de cada serviço? Para qual serviço são encaminhadas as crianças e adolescentes com problemas de SM? 	Identificar a relação com os demais serviços e a articulação da rede

O **Encontro 2** teve como objetivo propor uma ação de Educação em Saúde a partir das questões levantadas no encontro anterior, por este motivo foi denominado de Grupo Intervenção, sob a perspectiva da promoção da saúde. Como explicita Onocko-Campos, a pesquisa qualitativa tem também a perspectiva transformadora, de proposição de alternativas e buscar soluções, sendo assim, “*essas propostas só podem ser formuladas de forma construtiva, a partir da fase analítica*” (p. 1277). O encontro foi preparado e conduzido pela pesquisadora e pela profissional do CAPSi CARIM, seguindo o roteiro apresentado no Quadro 2.7.

Quadro 2.7 - Roteiro para Grupo Intervenção

Eixo	Roteiro	Objetivo
Identificação de problemas de SMCA	<ul style="list-style-type: none"> • desenvolvimento infantil – a criança e o adolescente • promoção de saúde na infância • criança/ adolescente e a família • avaliação (ouvir as queixas e identificar de problemas) • situações de risco e vulnerabilidade • fatores protetores • principais problemas/ sintomas na infância 	Aumentar a acuidade dos profissionais para os problemas de SMCA e as ações tomadas
Ações de SMCA no território	<ul style="list-style-type: none"> • mapeamento de recursos do território • identificação dos interesses das crianças e adolescentes • (estimular as potencialidades) • atividades de lazer e cultura 	Identificar as ações para crianças e adolescentes no território e as possibilidades para desenvolver ações de promoção de saúde
Articulação da rede	<ul style="list-style-type: none"> • noção de rede, território e intersectorialidade • serviços disponíveis e as atribuições • linha de cuidado em saúde mental do território 	Mapear a rede e a promover a articulação com demais serviços

O **Encontro 3** teve como objetivo avaliar a intervenção, registrando os relatos dos profissionais quanto aos possíveis efeitos. Foi orientado pela seguinte pergunta: na prática, como os temas discutidos apareceram no cotidiano do trabalho da CF e como se deu a articulação dessa unidade com o CAPSi?

Além da avaliação, este encontro teve o intuito de estabelecer com as equipes dos dois serviços CAPSi CARIM e cada Clínica da Família, a sustentabilidade do trabalho colaborativo no cuidado em SMCA.

2.3.4 Trabalho de campo e processo de produção das informações

Análise documental e Observação Participante – CAPSi CARIM

No primeiro semestre de 2014, foi iniciado o levantamento de informações sobre os encaminhamentos para o CAPSi CARIM, através do livro de registro de porta de entrada. O livro apresentava diversas falhas no registro das informações, com muitos campos não preenchidos, exigindo que as informações fossem obtidas a partir da leitura das fichas de acolhimento e dos respectivos prontuários.

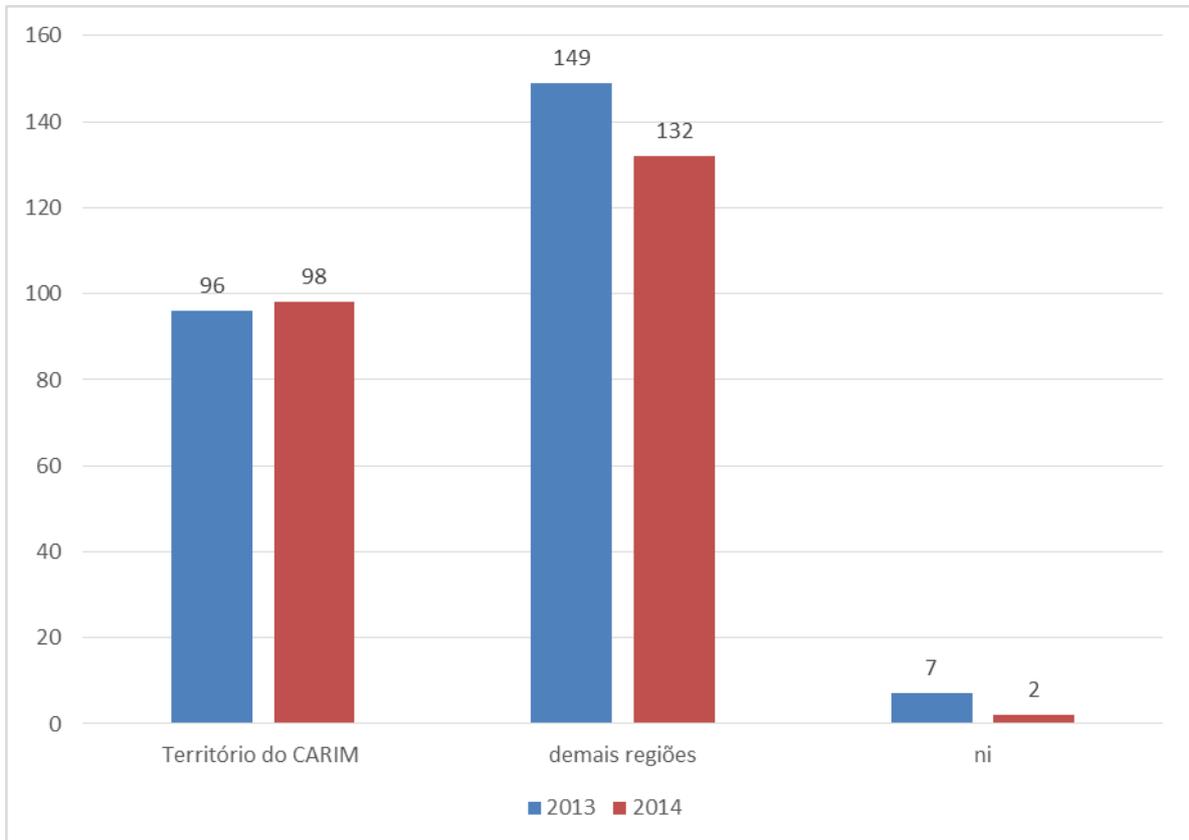
Durante a primeira etapa de levantamento, onde foram tabuladas as informações do ano de 2013, foram encaminhados à equipe do CAPSi CARIM os problemas detectados nos registros. Como estratégia para qualificar os registros, foi constituída uma equipe de porta de entrada, responsável pelo acolhimento dos casos novos, registro na ficha de porta de entrada e acompanhamento do caso até que o desfecho seja estabelecido: a) permanência no próprio CAPSi, b) encaminhamento para outro serviço, c) alta ou d) caso em suspenso.

Foi, então, instituída uma reunião semanal com a equipe da porta de entrada, que, nos primeiros meses, reformulou o formulário de acolhimento e padronizou o preenchimento do livro de registro de porta de entrada, garantindo a qualidade deste documento.

No período de junho a dezembro de 2014, participamos da reunião de porta de entrada, acompanhando alguns dos desdobramentos dos casos e acolhimentos, principalmente no que se refere à articulação com a Atenção Básica. No decorrer deste processo, constatamos que essa estratégia possibilitou maior proximidade na relação dos pesquisadores com os profissionais do CAPSi CARIM. Além disso, a observação participante possibilitou o reconhecimento do contexto do serviço, das dificuldades apresentadas e das estratégias para enfrentamento das questões cotidianas.

A pergunta que orientou o levantamento de informações da porta de entrada do CAPSi CARIM foi: a partir da redefinição da área de cobertura do serviço, em meados de 2012, qual o território de origem dos casos? Do total de casos acolhidos, 252 em 2013 e 232 em 2014, menos da metade correspondiam ao território de cobertura, conforme apresentado no gráfico 2.1.

Gráfico 2.1 - Acolhimentos realizados pelos CAPSi CARIM no período de 2013 a 2014



Quanto ao bairro de origem, nos dois anos o número maior de casos foi de Copacabana, bairro mais populoso deste território (gráfico 2.2). Porém, no ano de 2014 houve um aumento de encaminhamentos advindos dos bairros Botafogo e Leme.

Ao identificarmos a origem dos encaminhamentos, apenas 16,7% em 2013 e 17,3% em 2014 foram oriundos da saúde, conforme gráfico 2.3. Destes encaminhamentos, um baixo número é oriundo das Clínicas da Família, sendo 5 em 2013 e 6 em 2014.

Gráfico 2.2 - Acolhimentos realizados pelo CAPSi CARIM, por bairro (2013 a 2014)

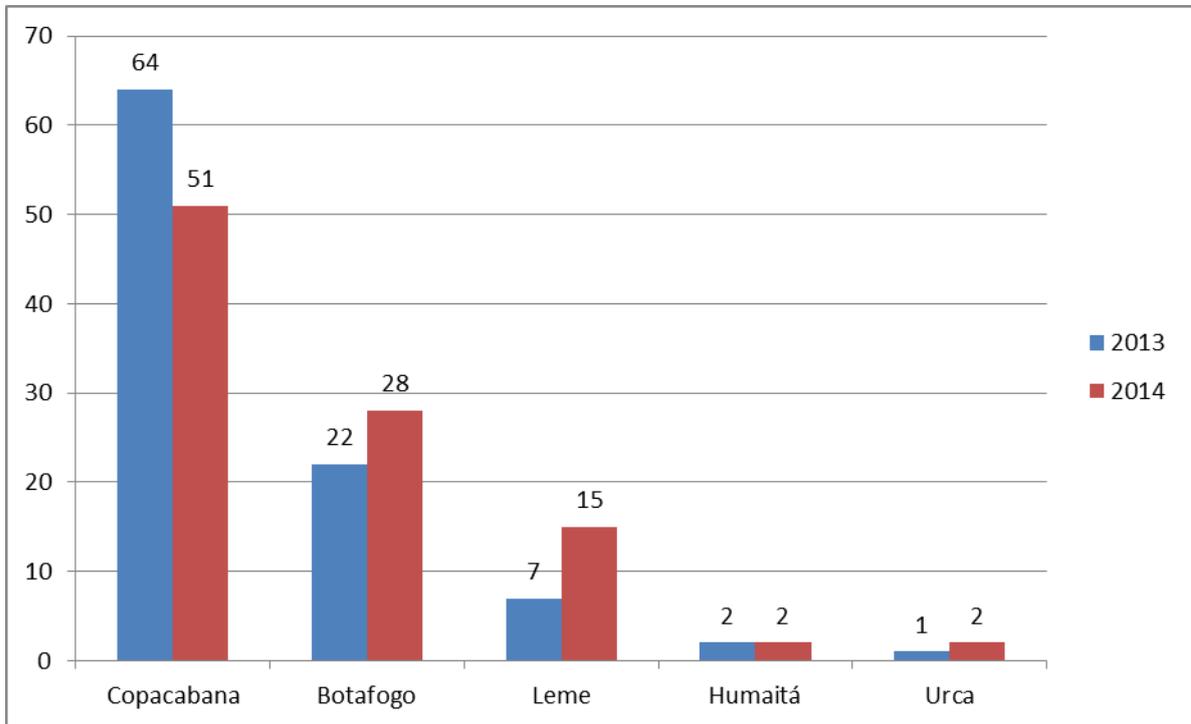
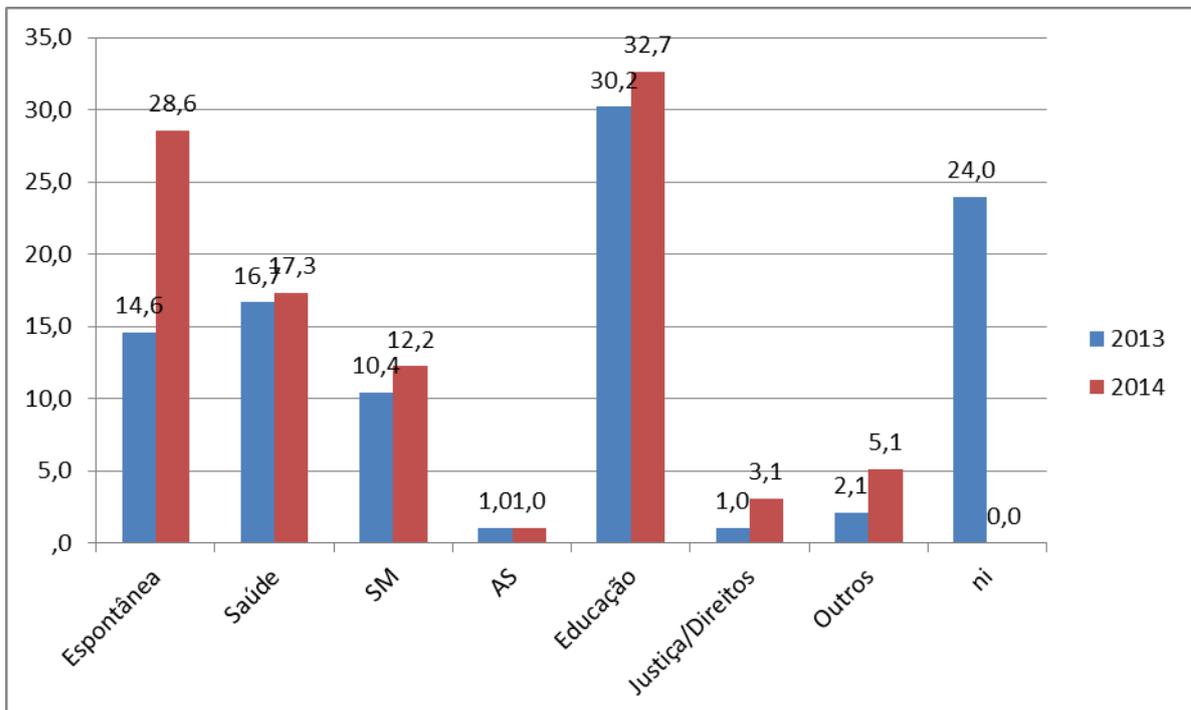
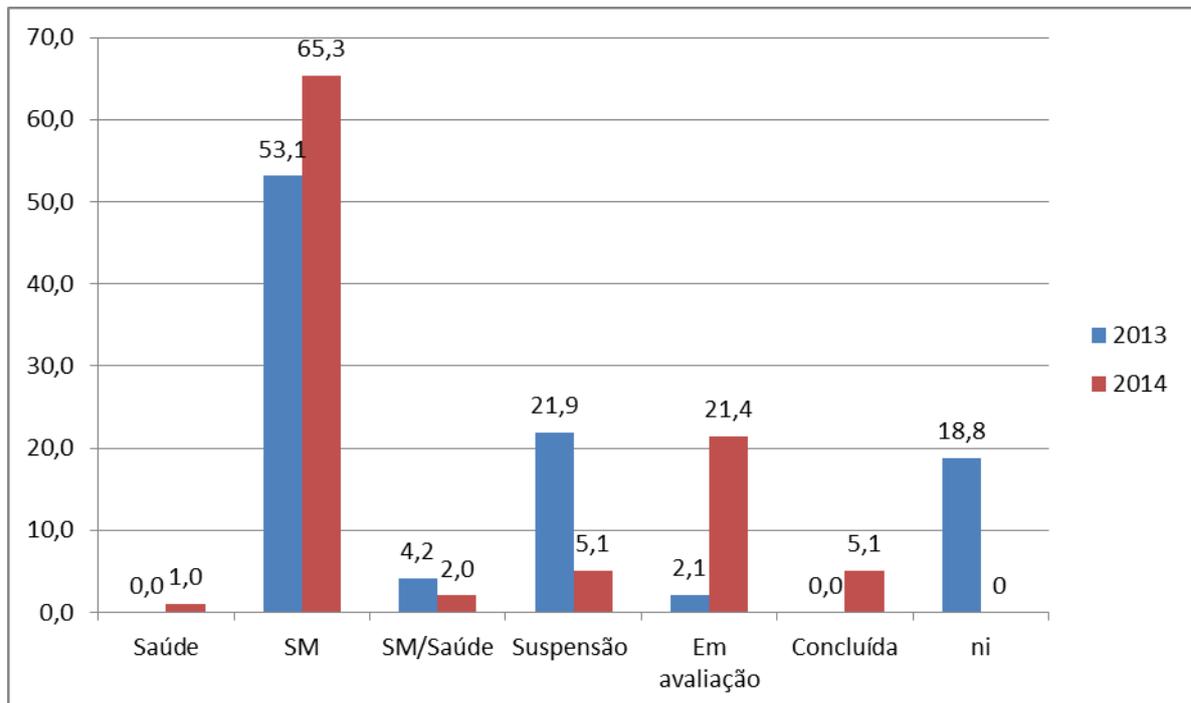


Gráfico 2.3 - Procedência dos encaminhamentos no período de 2013 a 2014



As informações quanto ao desfecho da porta de entrada dificultam a realização de análise, pois há uma significativa perda de registro de informações no ano de 2013 (18,8% não informado). Duas questões podem ser levantadas a partir dessas informações: 1) houve significativa diminuição dos casos em suspenso em 2014, e conseqüente aumento dos casos que permaneceram nos serviços de saúde mental (em geral, o próprio CARIM) e que estão em avaliação; 2) em ambos os anos, mais da metade dos casos (53,1% em 2013 e 65,3% em 2014) permaneceram nos serviços de saúde mental.

Gráfico 2.4 - Desfecho da porta de entrada do CAPSi CARIM (2013 a 2014)



Oficina Preparatória

Em setembro de 2014, foi realizado um encontro dos membros das pesquisas e os profissionais do CAPSi CARIM que participariam do projeto. O encontro, nomeado como Oficina Preparatória, tinha como objetivo promover uma discussão

sobre o projeto de pesquisa, os conceitos fundamentais e as diretrizes para a ação que esperavam realizar com os profissionais das Clínicas da Família.

A Oficina, que teve a duração aproximada de três horas, incluiu a apresentação do projeto, a partir das formulações iniciais da pesquisa (problematização, pressupostos, objetivos e metodologia) e a apresentação dos conceitos principais, com o intuito de promover uma discussão, visando tornar mais homogênea a compreensão dos termos adotados. Foram apresentados os conceitos de Promoção da Saúde, a partir das discussões de Buss (2002), Czeresnia (2003), de Educação em Saúde, por Candeias (1999) e Vulnerabilidade, por Ayres (2012). Nosso objetivo era esclarecer aos profissionais do CAPSi de que nossa perspectiva de trabalho, a partir das noções de Promoção da Saúde, pautada em ações de Educação em Saúde, questiona o formato tradicional de trabalho entre o profissional especialista e a equipe da Atenção Básica, que geralmente adota o modelo de capacitações, assumindo, ao contrário, uma perspectiva de reciprocidade e compartilhamento de conhecimento. Todos seriam afetados por este processo dialógico, trabalhadores dos serviços envolvidos e equipe de pesquisa. Tentávamos evitar o rápido caminho das práticas pedagógicas ou normativas que facilmente balizam este processo, e esperávamos estimular a problematização de uma questão comum a todos, reconhecendo as diferentes formas como as pessoas lidam com os problemas de SMCA.

Vale destacar que não perdemos de vista a assimetria que estaria colocada entre o profissional de saúde mental (especialista) e o da atenção básica, e nem tínhamos o intuito de desconsiderá-la. Não estamos propondo desconsiderar o saber do profissional especializado, menos ainda, a especialidade da Atenção Básica. Por isto, nesta Oficina tínhamos também o objetivo de estabelecer diretrizes para o cuidado de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes, sendo também este um tema da discussão, pautada em cartilhas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2013).

Grupos focais e Grupos de intervenção

A realização dos grupos ocorreu no período de setembro a dezembro de 2014, tendo sido realizados todos os grupos previstos (três encontros em cada uma das três unidades).

A partir das discussões estimuladas pela moderadora, pudemos recolher, no Encontro 1, a percepção dos participantes quanto aos problemas de SMCA de crianças e adolescentes de seu território, quais ações estão sendo realizadas, relacionadas ao cuidado destas crianças e adolescentes e quais são os serviços e demais recursos disponíveis no território. Antecedendo à pergunta sobre a propensão aos problemas de SMCA, os profissionais relataram as diversas problemáticas envolvendo o contexto de vida da criança/ adolescente e a condição vulnerável em que se encontram.

Um dos objetivos da pesquisa, conforme apresentado no início, era o de sensibilizar os trabalhadores da atenção básica para os problemas de SMCA. Porém, durante o percurso da pesquisa, atentos ao que estava emergindo do campo, nos repositivamos quanto a esse objetivo, uma vez que encontramos profissionais atentos aos modos de sofrimento de crianças e, em menor expressão, dos adolescentes.

Após a transcrição dos áudios gravados neste primeiro encontro, em cada unidade, as falas foram organizadas e apresentadas em três encontros, previamente agendados com os pesquisadores e estudantes do núcleo de pesquisa ao qual a pesquisa está vinculada. A proposta era de que este grupo pudesse fazer uma análise preliminar e fazer apontamentos para a proposição do Encontro 2.

A partir destes apontamentos, a pesquisadora, juntamente com cada profissional do CARIM, elaborou, com base também no roteiro previamente construído, o Encontro 2, visando realizar uma devolutiva aos profissionais da Atenção Básica e, promover uma ação de Educação em Saúde, pautada nas demandas que emergiram no Encontro 1.

Em todos os grupos, pudemos destacar duas questões relevantes: 1) a visão compreensiva que os profissionais têm sobre os problemas de SMCA e 2) o desconhecimento da existência ou papel dos demais serviços, conseqüentemente, do funcionamento da rede. Estas duas questões serão abordadas de forma mais aprofundada na apresentação e discussão dos resultados da pesquisa, porém, já as

destacamos neste momento, pois foram orientadoras na realização do Encontro 2. Conforme orientação do grupo de pesquisa, identificamos que não deveríamos nos ater à discussão de quadros psicopatológicos, mas sim legitimar o trabalho que estes profissionais vêm realizando, principalmente quanto à importância do diagnóstico situacional para compreensão dos problemas de SMCA. Além disso, era extremamente relevante iniciar uma discussão sobre os serviços envolvidos no cuidado de crianças e adolescentes, iniciando pelo CAPSi.

O quadro 2.8 apresenta as principais questões trazidas por cada unidade, incluindo o tema que o grupo elegeu como mais importante para ser abordado no Encontro 2. O quadro apresenta também, de forma sintética, os pontos destacados pelos membros do grupo de estudos quando do primeiro contato com a transcrição do Encontro 1.

O primeiro encontro foi realizado na CF Pavão-Pavãozinho/ Cantagalo, no dia 24/09/2014, com duração de 1 hora e 20 minutos. Apenas dois profissionais que haviam se disponibilizado a participar não compareceram (uma dentista e uma ACS). Ao total, foram 7 participantes, tendo grande representação dos profissionais de nível médio (4 ACS, 2 ASB e 1 enfermeira).

No dia 01/10/2014 foi realizado o Encontro 1 no CMS Chapéu-Mangueira/ Babilônia, com duração de 1 hora e 35 minutos. Este grupo, conforme definido pela unidade, se deu no horário de reunião de uma das Equipes de Saúde da Família, contando com a presença de 6 participantes (3 ACS, 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeira, 1 médica). Duas ACS da equipe estiveram ausentes. Os ACS, apesar de estarem à vontade antes de o grupo começar, permaneceram boa parte do grupo em silêncio. O diálogo era paralelo entre os ACS e equipe técnica.

Na CF Santa Marta, o Encontro 1 foi realizado no dia 14/10/2014, com duração de 1 hora e 40 minutos. Foi o grupo com maior número de participantes (3 ACS, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 residente médico e 2 médicos). Foi também o grupo de maior representação dos profissionais de nível superior, porém, os dois médicos não participaram dos demais encontros. Um deles havia justificado a impossibilidade de participar dos demais encontros, por inviabilidade de agenda nas datas marcadas, mas apontou que iria sugerir que alguns ACS de sua equipe participassem.

Quadro 2.8 - Síntese do Encontro 1, por unidade

	CF Pavão-Pavãozinho/ Cantagalo	CMS Chapéu Mangueira/ Babilônia	CF Santa Marta
<p>Principais pontos abordados no Encontro 1</p>	<p>Problemas de SMCA: Alteração de comportamento, má formação, violência, problemas de aprendizado, TDAH, retardo mental, autismo</p>	<p>Problemas de SMCA: Alteração de comportamento, violência, violência sexual, negligência e abandono, problemas de aprendizado</p>	<p>Problemas de SMCA: Alteração de comportamento, miséria, violência, violência sexual, negligência e abandono, problema de aprendizado, autismo</p>
	<p>Dificuldade para avaliação dos problemas de SMCA (principalmente pelo aspecto da gravidade). Pergunta: "quem devemos encaminhar?"</p>	<p>Dificuldade para identificar quais casos são para CAPSi. Pergunta: "Qual é o perfil do CARIM? Só os casos graves?"</p>	<p>Dificuldade para identificar quais casos são para CAPSi. Pergunta: "O nível de gravidade, né?"</p>
	<p>Encaminhamentos e demandas advindas das escolas</p>	<p>Encaminhamentos e demandas advindas das escolas</p>	<p>Encaminhamentos e demandas advindas das escolas</p>
	<p>Estigma</p>	<p>Vínculo</p>	<p>Desestrutura/ problemas da dinâmica familiar</p>
	<p>Como trabalhar com as famílias</p>	<p>Atividades que promovem saúde</p>	<p>Esclarecer os fluxos de encaminhamentos</p>
	<p>Falta de credibilidade nos demais serviços</p>	<p>Dificuldade na relação com intersetores: Assistência Social, Educação, Justiça/ Direitos.</p>	<p>Problemas relacionados ao processo de trabalho: sobrecarga de trabalho, metas a serem cumpridas</p>
	<p>Necessidade de especialista na AB x apoio de profissionais especializados</p>	<p>Problemas relacionados ao processo de trabalho: sobrecarga de trabalho, estrutura da unidade</p>	

	Problemas relacionados ao processo de trabalho: sobrecarga de trabalho, rotatividade dos médicos		
Tema eleito pelos participantes para ser abordado no próximo encontro	TDAH	Violência	Fluxo de encaminhamento (O que é um CAPSi e que tipo de caso atende?)
Principais pontos abordados na discussão no grupo de pesquisa	<p>Profissionais estão compreendendo as formas como crianças e adolescentes explicitam seu sofrimento</p> <p>Diferentes modos de sofrer = dificuldade em abordar</p> <p>Percepção da baixa parceria dos demais serviços</p> <p>Limites da AB para responder as demandas "psi"</p>	<p>Profissionais estão compreendendo as formas como crianças e adolescentes explicitam seu sofrimento</p> <p>Abandono a que as crianças estão submetidas</p> <p>Não tem demanda de medicalização da infância</p> <p>Não há retorno para os encaminhamentos que a AB têm realizado</p> <p>Desconhecimento da rede</p>	<p>Profissionais estão compreendendo as formas como crianças e adolescentes explicitam seu sofrimento</p> <p>Sabedoria dos profissionais quanto à complexidade humana</p> <p>afetação dos profissionais, produzindo efeitos no cuidado</p> <p>Não tem demanda de medicalização da infância</p> <p>Necessidade de mapear a rede</p>

Com base no material recolhido nestes grupos, foi realizado o Encontro 2, coordenado pela pesquisadora e pelo profissional do CAPSi CARIM, estimulando a discussão com os profissionais da Atenção Básica, produzindo novas informações para análise da intervenção, inclusive dos efeitos que já foram provocados a partir do primeiro encontro. Os encontros seguiram uma estrutura geral, conforme apresentado no Quadro 2.9, porém abordaram questões específicas de cada unidade. A primeira parte foi conduzida pela pesquisadora; a segunda, pelas profissionais do CAPSi CARIM e a terceira parte, também conduzida pela pesquisadora, estimulava a discussão de todos os participantes.

No dia 29/10/14 foi realizado o Encontro 2 na CF Chapéu-Mangueira/Babilônia, com duração de 1 hora e 36 minutos. O grupo começou com atraso, pois poucos profissionais estavam na unidade. Alguns haviam esquecido que o encontro havia sido agendado para aquela data e, por este motivo, este grupo contou com a participação de 4 profissionais (1 ACS, 2 ASB e 1 enfermeira).

Nesta unidade, o encontro suscitou a discussão sobre as novas configurações da infância, o fracasso das escolas e a dificuldade das famílias para lidarem com seus filhos. O tema escolhido pelo grupo, TDAH, foi abordado a partir da compreensão de que as alterações da atenção e comportamento estão relacionadas ao modo como a criança demonstra algum problema, sem se limitar a categorias diagnósticas e problematizando a psicologização da infância.

No dia 05/11/14 foi realizado o Encontro 2 no CMS Chapéu-Mangueira/Babilônia, com duração de 1 hora e 27 minutos. Todos os profissionais presentes no encontro anterior estavam presentes, além da nova ACS da equipe, totalizando 7 participantes. É importante destacar que o fato de os encontros serem realizados no horário da reunião de equipe, favoreceu a presença de todos profissionais, mas foi necessário ficar mais atento às questões relacionais da equipe.

O tema escolhido, violência, foi abordado a partir do contexto de vulnerabilidade das crianças e adolescentes e suas famílias e os efeitos provocados em todo o grupo familiar.

Quadro 2.9 - Estrutura geral do Encontro 2

Encontro 2
Primeira parte – Conversando sobre os problemas de SMCA do território
<p>Quais são os problemas de saúde mental de crianças e adolescentes desse território?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos problemas relatados, utilizando a fala dos profissionais; • Apontamento da acuidade dos profissionais para os problemas de SMCA e do reconhecimento dos diferentes modos como as crianças e adolescentes têm demonstrado seu sofrimento <p>Princípios e diretrizes gerais para a identificação de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crianças e adolescentes como sujeitos • Abordagem da família como condição do cuidado – vulnerabilidade e fatores de proteção • Avaliação: <ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliar o impacto (angústia, estresse ou prejuízo funcional) que os sintomas causam na vida da criança ou adolescente e da família. ○ Identificar os fatores que desencadearam e mantiveram o problema. ○ Identificar os pontos fortes da criança que possam ancorar e auxiliar as intervenções. ○ Conhecer as crenças e expectativas que a criança/adolescente e a família têm em relação aos problemas, suas causas e possibilidades de tratamento. ○ Conhecer o contexto de vida (família, escola e comunidade) da criança ou adolescente. ○ Formular hipóteses sobre o que está acontecendo com a criança ou o adolescente e sua família. • Acolhimento e referenciamento dos casos para construção do cuidado compartilhado • Cuidado em rede <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar os vários recursos do território que possam integrar o cuidado ○ Linha de cuidado em saúde mental planejada para o território, ○ Encaminhamento implicado - corresponsabilização dos casos ○ Intersetorialidade
Segunda parte – os Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi)
<ul style="list-style-type: none"> • O que é um CAPSi? • Funcionamento do CAPSi CARIM (Atividades, Dispositivos Clínicos e apresentação dos membros da equipe)
Terceira parte – Propondo o trabalho colaborativo
<p>Diante do território que compartilhamos, como pensar um trabalho conjunto entre o CAPSi CARIM e a equipe da CF?</p>

⁷ Extraído de: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

Na CF Santa Marta, o Encontro 2 foi realizado no dia 11/11/2014, com duração de 1 hora e 39 minutos. Dois médicos e uma ACS que haviam participado do encontro anterior não estavam presentes, e dois outros ACS participaram deste encontro. A questão apontada para discussão, fluxo de encaminhamento, foi abordada a partir de alguns casos que a equipe já compartilhava com o CAPSi CARIM

A discussão final foi estimulada com a questão: *diante do território que compartilhamos, como pensar um trabalho conjunto entre o CAPSi CARIM e a equipe da Clínica da Família?*, pergunta formulada por uma das profissionais do CAPSi CARIM, direcionando a discussão que faríamos no Encontro 3. Ficou estabelecido com os profissionais que, para o Encontro 3, deveria ser realizado um mapeamento dos casos que já foram encaminhados para o CAPSi CARIM ou que eles avaliam que precisariam de apoio para avaliar ou cuidar do caso e, também, que fosse pensado qual a melhor forma de inserção do profissional do CAPSi CARIM nas Clínicas da Família.

O terceiro encontro foi iniciado a partir da pergunta do encontro anterior, na expectativa de se começar a desenhar quais as ações conjuntas, como elas poderão ser realizadas, e de como podemos aproximar o trabalho das equipes no cuidado dos casos já compartilhados pelos dois serviços. Nas discussões da reunião de porta de entrada do CAPSi CARIM iniciou-se um trabalho de discussão dos casos acolhidos nos anos de 2013 e 2014 e que pertencem a estas Clínicas da Família, possibilitando que fosse criada uma planilha com registro dos casos, situação atual do tratamento e profissional de referência no CAPSi. Porém, os profissionais do CAPSi CARIM tiveram dificuldade para completar as informações dos casos, sendo levado um mapeamento inicial e incompleto para as EqSF.

Em nenhuma unidade os profissionais conseguiram se organizar para realizar o mapeamento dos casos. Por este motivo, a primeira parte do encontro foi dedicada a pensar a continuidade do trabalho conjunto. A segunda parte do encontro foi destinada à avaliação da intervenção, momento em que a pesquisadora questionou o que os profissionais acharam dos encontros. A terceira parte previa uma devolução inicial da equipe da pesquisa quanto ao trabalho realizado até o momento, propondo a realização de um encontro, ao final da pesquisa, para apresentação dos resultados para os participantes. O Quadro 2.10 apresenta a estrutura geral deste encontro.

Quadro 2.10 - Estrutura geral do encontro 3

Encontro 3
<p>Primeira parte – Retomar a pergunta: Diante do território que compartilhamos, como pensar um trabalho conjunto entre o CARIM e a CF?</p> <ul style="list-style-type: none"> • quais as ações a serem realizadas? • como estas ações poderão ser realizadas? • apresentação dos casos compartilhados (levantamento pela porta de entrada de 2013/ 2014)
<p>Segunda parte – Avaliação da intervenção</p>
<p>Terceira parte – Devolutiva inicial da equipe da pesquisa</p> <ul style="list-style-type: none"> • receptividade e colaboração por parte dos profissionais • recolhimento de informações relevantes para compreender o cuidado de SMCA no território • a importância da aproximação do CAPSi CARIM e as estratégias para sustentação do trabalho conjunto

Por uma questão de agenda dos profissionais, a rodada final do projeto foi iniciada na CF Santa Marta, em 25/11/2014 (única situação em que o intervalo entre os encontros não fora de 30 dias, mas de 15 dias). Este encontro começou com atraso, pois poucos profissionais estavam na unidade. Uma das participantes havia adoecido e a colega de trabalho, também participante, havia saído para leva-la para casa. É importante destacar que, mesmo com atraso, esta segunda profissional compareceu para o grupo. No total foram 4 participantes (1 ACS, 1 enfermeira, 1 dentista e 1 residente médico). Como nas demais unidades, a preocupação com a sustentação do trabalho conjunto apareceu nas falas dos profissionais. Nesta unidade, foram discutidas estratégias para envolver as 3 equipes da CF no cuidado de SMCA, sendo proposto uma equipe de referência para esta ação, contando com a participação de profissionais da unidade que se identificam com esta temática. Foi estabelecido que o contato entre os serviços se desse por telefone e por e-mail.

No dia 26/11/14 foi realizado o Encontro 3 na CF Pavão-Pavãozinho/ Cantagalo, com duração de 1 hora e 15 minutos. O grupo contou com a participação de 6 profissionais, dos 7 que iniciaram o projeto. Apenas uma ACS não participou, pois estava com problema de saúde. Os profissionais sugeriram a criação de um grupo, através de uma rede social virtual, como estratégia para contato entre os

serviços. Sugeriram a participação do profissional do CAPSi CARIM em reuniões já existentes na unidade (Reunião de Equipe Técnica, Reunião do Colegiado Gestor), mas foi avaliado também, que o ideal era propor uma reunião com representantes de cada equipe, contanto com, no mínimo, 1 ACS e 1 enfermeiro ou médico de cada equipe.

O último encontro da pesquisa foi realizado no dia 03/12/2014 no CMS Chapéu-Mangueira/ Babilônia, com duração de 1 hora e 20 minutos. Participaram deste encontro 4 ACS (para uma delas era a primeira participação), a enfermeira e a médica (sendo que as duas últimas permaneceram apenas nos momentos iniciais e finais do grupo, pois estavam cuidando de uma emergência que chegou à unidade). Nesta unidade, foi proposto que o compartilhamento e atualização dos casos em comum deveriam se dar a partir de registro de uma planilha virtual.

Em todas as unidades ficou agendada a reunião para continuidade da proposta, a princípio prescindindo da presença da pesquisadora.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes foram informados e esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e consentiram com a participação na pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo III). No TCLE foram apresentadas as questões sobre eventuais riscos, bem como sobre a voluntariedade em relação à participação, confidencialidade das informações e sigilo da identidade dos participantes ou de qualquer outra informação que pudesse identifica-los, conforme previsto pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os TCLE foram lidos por todos os participantes, juntamente com a pesquisadora, a fim de garantir que as eventuais dúvidas fossem esclarecidas. Por se tratar de uma pesquisa realizada no ambiente de trabalho, foi frisado que a participação não causaria qualquer prejuízo ao profissional e que, a qualquer momento, ele poderia sair do estudo.

A cada etapa do projeto, mantínhamos os participantes informados dos procedimentos e o tempo de realização, na tentativa de minimizar a interferência nas equipes e nos serviços.

Compreendemos que as questões éticas não devem ser consideradas apenas na coleta de informações, mas também na fase de análise e relatoria das informações e publicação do estudo. Por este motivo, na apresentação dos resultados as unidades não serão identificadas, e os participantes serão identificados através de uma letra, fazendo referência à unidade a que pertence e um número (ex.: A-01, B-01, C-01). Na descrição da preparação do campo, as unidades aparecem identificadas no texto, porém mantendo-se cuidados de sigilo e confidencialidade. Na eventual divulgação mais ampla e externa do material empírico (por exemplo, na forma de artigo), as unidades receberão nomes fantasia.

2.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados na pesquisa qualitativa “*é um processo permanente envolvendo reflexão contínua*” (CRESWELL, 296, p. 217). Isto posto, a análise está sendo realizada simultaneamente à produção de informações.

Utilizamos a análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011) que, em linhas gerais, pode ser definida como “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens*” (idem, p. 44). Segundo a autora, a finalidade da análise de conteúdo é a “*inferência de conhecimentos relativos às condições de produção*”, recorrendo a indicadores (idem, ibidem).

Na análise de conteúdo, o pesquisador trata as mensagens obtidas para inferir sobre o emissor da mensagem ou seu contexto. A inferência é o procedimento intermediário desta técnica, sendo precedido pela etapa de descrição (estabelecimento dos índices e elaboração de indicadores) e finalizado pela fase de interpretação (significação) (idem, p. 45).

O papel do pesquisador na análise de conteúdo é de:

[...] compreender o sentido da comunicação (como se fosse o receptor normal), mas também, e principalmente, desviar o olhar para outra significação, outra mensagem entrevista por meio ou ao lado da mensagem primeira. [...] Não se trata de atravessar significantes, para atingir significados, á semelhança da decifração normal, mas atingir através de significantes, ou de significados (manipulados), outros “significados” de natureza psicológica, sociológica, política, histórica etc.(idem, p. 48).

Dentre as técnicas de análise de conteúdo sugeridas por Bardin (idem), utilizamos a *análise categorial* ou *temática*. Segundo a autora, este tipo de análise “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (BARDIN, idem, p. 201).

Em passos gerais, a análise das informações foi organizada conforme as seguintes etapas: 1) Organização e preparação para análise; 2) Leitura de todo material; 3) Codificação dos dados, organizando por blocos; 4) Processamento de codificação, gerando temas e descrições 5) Inter-relacionamento dos temas/descrição gerando categorias de análise; 6) Extração de significado dos dados (Interpretação).

Conforme orientado por Bardin (idem), a organização da análise se dá em torno de três polos cronológicos: 1) a pré-análise, 2) a exploração do material e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Por tratar-se de análise temática, a análise foi realizada ao redor de temas-eixo, orientada pelos eixos estabelecidos na produção das informações: 1) Identificação de problemas de SMCA; 2) Ações de SMCA no território e 3) Articulação da rede.

O eixo 1 refere-se ao reconhecimento e nomeação dos problemas de SMCA, à realização da avaliação dos casos, incluindo as questões do contexto da criança e do adolescente. O eixo 2 refere-se às ações destinadas às crianças e adolescentes, no âmbito da atenção básica, relacionadas às questões de saúde mental. O eixo 3 refere-se ao reconhecimento e aproximação com demais serviços do território, e à articulação no cuidado em SMCA.

Para efeitos de análise, foram selecionadas as informações obtidas nos **Encontros 1 (GF1)** e **Encontros 2 (GI)**. Algumas falas dos **Encontros 3 (GF2)** foram utilizadas, ainda preliminarmente, para a discussão da continuidade do trabalho, mas a análise aprofundada do GF2 deverá se dar em etapa posterior a este estudo.

As falas foram apresentadas e discutidas com demais pesquisadores e estudantes do núcleo de pesquisa onde o projeto está inserido. Na etapa de

categorização foi realizado um encontro com o grupo de pesquisa e uma pesquisadora colaboradora, no intuito de realizar a validação das categorias e do quadro de análise. A metodologia adotada para este encontro foi de apresentação de um primeiro quadro de categorias, ilustrado pelas falas. À medida que as categorias eram apresentadas, o grupo sinalizava se estava de acordo ou sugeria alteração. Ao final do encontro definiu-se o quadro de análise e alguns apontamentos para interpretação das informações.

O critério para seleção das citações utilizadas, construída a partir da codificação, foi submetido ao grupo de pesquisa para validação. Considerando a importância de se estabelecerem critérios claros para seleção do fragmento do discurso [*quotation*] (SANDELOWSKI, 1994; CRESWELL, 2010), todas as citações utilizadas foram submetidas a esse grupo, para validação.

CAPÍTULO III – RESULTADOS: SISTEMATIZANDO AS INFORMAÇÕES E CONSTRUINDO AS CATEGORIAS DE ANÁLISE

As informações colhidas durante a pesquisa foram analisadas à luz dos eixos temáticos, como já mencionado. Como estratégia para análise dos dados, foram criados núcleos temáticos que agrupam as categorias de análise, validados pelos membros do grupo de pesquisa e uma colaboradora. Os núcleos foram organizados da seguinte forma: 1) Percepção dos problemas de SMCA; 2) Ações na Atenção Básica; 3) Articulação da rede.

A organização das categorias de análise apresentadas possibilitou a constituição da rede semântica (Figura 3.1), que orientou a interpretação das informações, apresentada no capítulo a seguir.

Núcleo temático I – Percepção dos problemas de SMCA

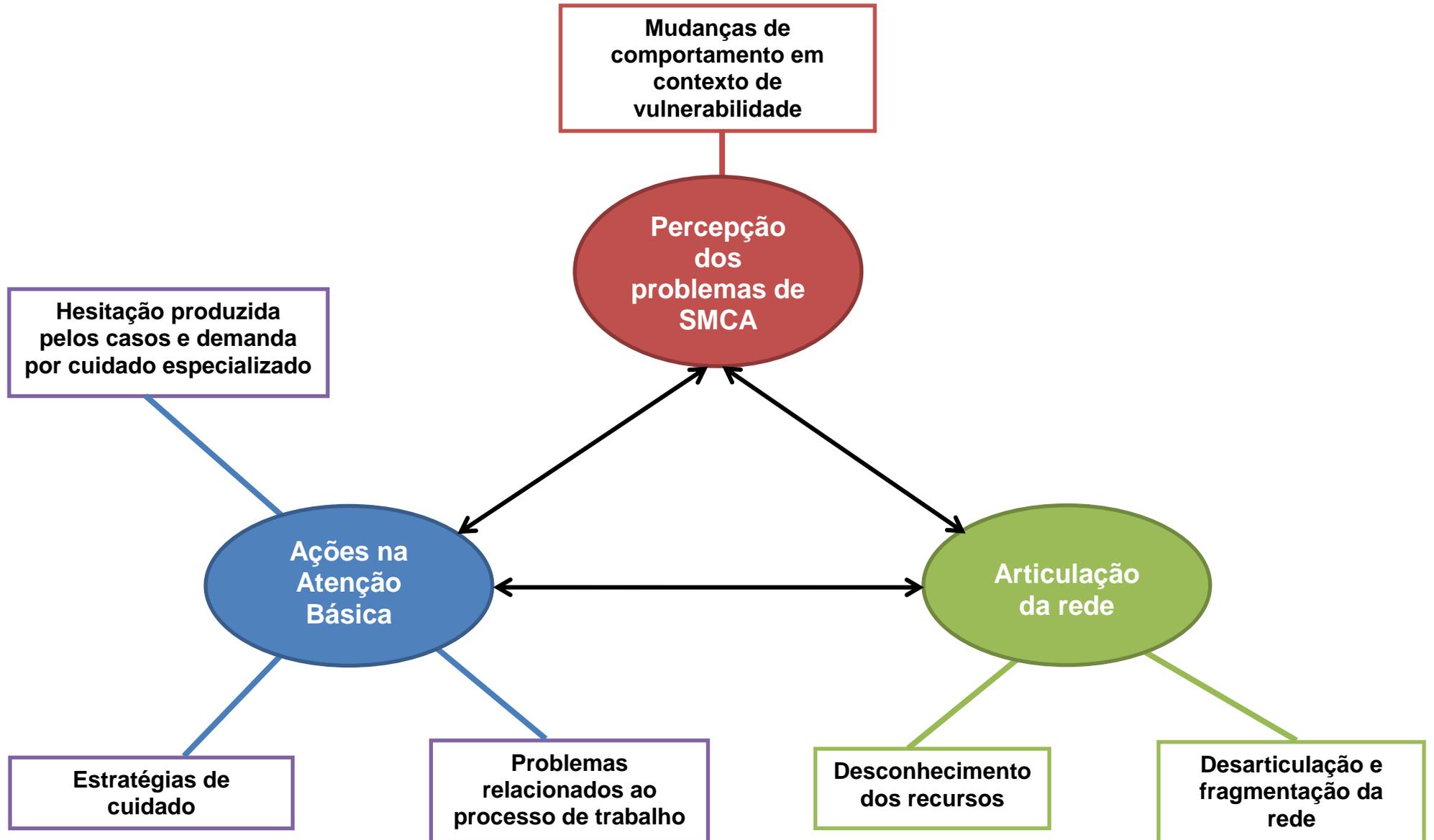
Em todos os grupos focais as alterações de comportamento, principalmente em casa, relacionadas às questões sociais, e na escola, relacionada à dificuldade de aprendizado, foram destacadas como problemas de SMCA:

“Tem a fase comportamental, que é a que eu levantei, dentro de casa. A criança reflete na sociedade aquilo que ela sofre em casa, que muitas das vezes é a falta de atenção, é falta de carinho, é falta de cuidado, que é uma violência, né?” (A-04/ GF1)

“[...] as mães geralmente reclamam que os filhos são violentos na escola e que a diretora reclama muito em relação a isso, que as crianças ficam na rua o dia inteiro, que elas não conseguem estabelecer esse controle...” (B-03/ GF1)

“Que eu tenha detectado e atendido são crianças com alterações comportamentais, uma miséria social envolvida, assim, enorme. Com dificuldades de aprendizado, muitas vezes a escola manda um relato de atraso no desenvolvimento da linguagem. Alguns casos de violência física também, que eu acho que culminam com esses atrasos.” (C-01/ GF1)

Figura 3.1 – Rede Semântica



Ao relacionar os problemas de SMCA, os profissionais fazem uso de algumas categorias diagnósticas como TDAH, autismo e retardo mental:

“E tem a questão do déficit de atenção, que eu levantei, né, que hoje em dia tão se banalizando: criança hiperativa, tem déficit de atenção. Às vezes não tem, às vezes tem, e as pessoas não estão sabendo como diferenciar isso... aí a criança não consegue ir bem na escola, é o pai que não tem muita paciência, pelo fato da escola ficar o tempo inteiro exaltando essa falta de atenção do filho, e o pai não sabe como resolver..” (A-04/ GF1)

“[...] é um território que tá assim, amplo com esse problema da saúde mental, tem mais duas crianças, uma é autista e a outra é autista epilético, que é um pouco mais complexo ainda, não é só autista, ele é um autista epilético... é uma família bem complexa...” (A-07/ GF1)

“Tem especificamente um, uma criança que é uma criança bastante complicada, que é uma síndrome neurológica, que tem um atraso de desenvolvimento, tem um retardo, não tá muito claro se tem algum componente psicótico ou não. Aí tem acompanhamento com psicólogo, neurologista. Eu até já encaminhei pro CARIM, que teve uma primeira entrevista lá, mas ele não teve retorno.” (C-08/ GF1)

Diretamente relacionada às questões comportamentais das crianças e adolescentes, os profissionais apontam o aspecto da violência, principalmente intrafamiliar, como um fator desencadeante ou agravante dos problemas:

“Às vezes até é uma violência dentro de casa ele passa para, né, muda o comportamento na escola... que é o que ele vivência...” (A-05/ GF1)

“[...] a gente percebe que a criança também sofre violência dentro de casa...isso é uma coisa um pouco que comum, e aí, eu acho que no decorrer dessa vivência fica meio conturbado por conta disso, e as crianças ficam mais violentas na escola, que chama a atenção do professores que, aí chamam os pais, que são pessoas também que às vezes tem uma atitude violenta com as crianças em casa, aí a criança não quer ficar em casa, aí ela fica na rua, aí a mãe quer ter o controle da criança, mas não tem, só tem de uma forma violenta...” (B-03/ GF1)

“Eu acho que a maioria dos casos é em relação à violência, né, violência da criança tá agressiva na escola e, às vezes, isso vem acompanhado de uma dificuldade de aprendizado, ou não, às vezes tem só a questão da dificuldade pro aprendizado, que é uma queixa que aparece.” (B-05/ GF1)

“É, só uma família de violência, uma família violenta, que tu apanha, tu não tem uma estrutura, um pai alcoólatra, uma mãe drogada... isso influencia muito problema mental. Porque você não tem uma estrutura familiar que te possa nem te impulsionar pra frente pra ter um estudo, ter um aprendizado...” (C-01/ GF1)

Além da violência intrafamiliar, os profissionais fazem relatos sobre a violência que acomete as crianças e adolescentes, destacando a violência sexual na infância, e a negligência e abandono das crianças e adolescentes.

“[...] suspeita de violência sexual também com as crianças [...] a partir de uma lesão dermatológica, então, a médica que tava acompanhando antes aqui, encaminhou a criança para um acompanhamento com dermatologista pediátrico e aí eu já atendi ela outras vezes [...]mas a gente não consegue amarrar, mas o encaminhamento inicial que foi dado foi esse de pedir uma avaliação para confirmar se era uma lesão suspeita de uma doença sexualmente transmissível ou não.”(B-05/ GF1)

“A gente tá vendo que a criança tá ali, sozinha [...] ela (mãe) usava droga, bebia muito e ela saía e deixava os 3 sozinhos, o menino tinha um, não tinha nem um ano, a mais velha tinha 12 anos, aí ela sumiu, foi presa, ninguém sabia que ela tinha sido presa, as crianças ficavam sozinha... É...cortaram a luz dela, as crianças ficaram com fome, aí ela ia ficar pedindo comida pra poder ajudar os irmãos dela, tinha que arrumar fralda, arrumar tudo. Ela chegou num ponto de vender...de tirar as lâmpadas todas da casa dela pra trocar por macarrão...”(C-02/ GF1)

“Eu observo uma dinâmica familiar muito desestruturada. Muitas vezes é uma mãe que tem um filho com um companheiro, aí o companheiro abandona e tem um filho com outro, aí abandona e tem um filho com outro. E fica só ela, às vezes fica com um companheiro que agride. Aí as crianças também já agridem a si mesmas. Então é uma espiral de agressão dentro do lar, assim, que é impressionante. Eu fico bem impressionado com isso. Isso junto da condição de moradia, com frequência, precária. Um saneamento muito ruim. Casas fechadas, pouco arejadas, escuras. É um ambiente muito ruim pra uma criança se desenvolver. Pouco estímulo. Às vezes encontro crianças que não são estimuladas. Tem que ensinar a mãe que tem que estimular a criança a falar, estimular a nomear as partes do corpo. Estimular, se comunicar, porque... não tem.” (C-08/ GF1)

“[...] aqui na comunidade a gente têm casos dos pais que são presos, também. É um olhar que a gente tem que tá para aquela criança. Essa criança não vai desenvolver uma coisa, assim, uma rebeldia, mas ela vai se isolar, ela vai se comportar de outro jeito, que também é uma coisa que, aqui na nossa comunidade, a gente ter que ver isso.” (A-03/ GF1)

Em relação ao contexto familiar, os profissionais identificam a importância do cuidado e afeto, destacando que a família constitui uma referência para a criança. Entretanto, apontam que o comportamento agressivo dos pais se reflete no modo de agir da criança, influenciando todos os membros da família.

“[...] por isso que eu falo que é uma questão que é ampla, vamos supor que essa mãe, esse pai não tivessem o mesmo carinho, o mesmo cuidado, a mesma dedicação, que por mais que as possibilidades sejam poucas eles tem em relação a ele. Você acha que essa criança teria um cuidado? Uma

atenção, ela tomaria remédio? Não tomaria, e aí isso que acontece hoje em dia aqui, entendeu?” (A-04/ GF1)

“Uma referência. Então isso tudo vai te afetar... afeta no colégio, afeta quando estiver grande no trabalho, isso aí te afeta a vida toda. Porque se você não teve uma referência, pequeno, você vai crescer uma pessoa realmente descompensada. Não só mentalmente, mas fisicamente... Tudo vai agravando.” (C-07/ GF1)

“Então aqui, a gente vê muito, assim, a minha visão, a minha visão a criança vem como comportamento totalmente diferente, você vê que aquilo não é normal...aí daqui a pouco você vê a mãe xingando, gritando. Então, assim, acho que você tem que moldar aquela família primeiro, que a criança tá sendo reflexo... o que eu vejo aqui é isso, a criança tá sendo reflexo da família. O pai é ignorante com a mãe estão, a criança tá reagindo daquele jeito na escola, então, a criança chega aqui e fala do mesmo jeito...manda, começa a querer mandar, então, assim, a gente fica impotente, a gente não sabe como trabalhar porque não é só...como é que você vai chegar pra um pai porque às vezes...às vezes, não, a maioria das vezes ele não entende, acha que o filho tem problema de cabeça e ele vai contra aquilo ali, não vou levar pronto e acabou. E aí, você fica, meu Deus...e a criança não tem autonomia...” (A- 03/ GF1)

“toda estruturação educacional, ética, de relacionamento, não tem... Cada um se vira como pode.” (C-08/ GF1)

“Isso tudo respinga na irmã dele que é mais nova, porque acabou que ela foi encaminhada pro mesmo... mas ela não tem retardo mental, ela não...aí começou a ficar muito hiperativa, muito agitada e acabou que encaminharam ela pro mesmo lugar.” (A-05/ GF1)

“aí tu vê uma criança que tá aí na escola e tenta se suicidar, aí toma remédio e passa mal, aí vive no meio da rua, fazendo besteiras, aí vira o marginal de amanhã, porque não teve quem orientasse quem cuidasse, então você vê que aí entra a saúde, entra a saúde mental, entra, futuramente, vamos botar assim, entra o poder público judiciário, polícia, né...essa criança vai presa, vai para uma cadeia que não tem estrutura, volta pior ainda, e assim vai.” (A-04/ GF1)

Em suma, os problemas de SMCA são percebidos e relatados por estes profissionais a partir das alterações de comportamento, de algumas categorias diagnósticas, da violência e da família como referência para a criança, subcategorias analíticas que consideramos que compõem a categoria adotada para abarcar a discussão deste núcleo temático: **mudanças de comportamento em contexto de vulnerabilidade**.

Núcleo temático II – Ações na Atenção Básica

Os profissionais relatam a dificuldade em promover o cuidado de problemas de SMCA, incluindo a avaliação da gravidade do caso. Apontam questões objetivas como o tempo curto da consulta e a falta de formação para fazer o diagnóstico. Quando questionados quanto à avaliação dos problemas de SMCA na atenção básica, apresentam insegurança, principalmente pelo fato de não ter um “olhar diferenciado” para avaliar os problemas. Categorizamos estas falas como **hesitação produzida pelos casos e demanda por especialização**.

“Aí essa mesma criança, que tá calma, daqui a dois dias tenta se suicidar. Então, o que é grave, o que que não é? Entendeu? Esse é o complicado. Teve uma história de uma criança que tentou se suicidar no B., não se suicidou porque a professora pegou no pulo do gato, entendeu? E a mãe falou que a criança tá fazendo show, que ela não ia sair do trabalho pra fazer aquilo. Então, assim, o que que é grave? Pra mãe não era grave, mas, ao meu ver é grave, mais grave do que esse que já tem a doença diagnosticada, entendeu? Que bem, ou mal tem um cuidado materno, entendeu? Então, fica difícil eu que não entendo do assunto, eu que não tenho um olhar cuidadoso para aquela situação, definir o que é grave o que não é.” (A-04/ GF1)

“Eu acho que tem uma avaliação da gravidade e também tem uma avaliação dos recursos, né, que a gente tem, né? Então, qual é o grau de estruturação da família pra dar conta daquele, daquela questão, qual é o grau de estruturação que a gente tem no território pra conseguir também resolver aquele problema, eu acho que a gente faz uma avaliação tanto da gravidade de um caso, quanto dos recursos que a gente tem pra manejar esse caso aqui, né? Tem algumas famílias que tem, talvez, problemas menos graves, mas que são mais desorganizadas e desestruturadas e não vão conseguir dar conta daquele problema, então que talvez seja menos grave.” (B-05/ GF1)

“Eu acho que assim, fica difícil nós, que não temos noção, né, um olhar diferenciado para a coisa, dizer quais são os casos mais graves e menos graves, porque, assim...é...às vezes, a criança é aparentemente calma...aí a mãe vem aqui pedindo serviço, né, e o serviço não oferece, porque não tem profissional para isso...” (A-04/ GF1)

“Assim, as consultas são muito espaçadas. Eu pergunto pra mãe: ‘Como é que tá na escola?’. E às vezes se eu identifico alguma coisa, alguma alteração na consulta eu peço algum relatório da escola. Ou pergunto pra agente de saúde: ‘Como que é a casa? Como que é essa dinâmica?’. Quem tá lá fazendo a visita com mais frequência.” (C-01/ GF1)

“Eu não tenho condição, como médico de família, de ver essa criança o suficiente pra poder me aproximar mais dela e tentar até chegar até um diagnóstico. Não tenho nem a formação pra isso e não tenho nem tempo disponível. Não dá. Pela clínica da família não dá porque é muita gente que a gente vê. Então essas pessoas que exigem um acompanhamento mais próximo, que é o caso dessa criança, a gente não tem tempo de fazer. A gente precisa de vocês.” (C-08/ GF1)

Os profissionais reconhecem a necessidade de criação de vínculo para favorecer o cuidado, porém relatam maior facilidade em aproximar-se da população adulta, justificando a dificuldade de aproximação das crianças, conforme as falas a seguir:

“A gente tem, assim, por exemplo, G., um caso aqui que a gente pedia pra essa pessoa vir aferir a pressão, todo dia. E aí pra ele isso era uma coisa importante e ele vindo todo dia aferir a pressão criou o vínculo com várias pessoas da equipe, então, desde a hora que ele chegava ali na porta da unidade, alguém recebia, se ele tava bem falava: ‘ó, como você tá bem hoje, o que que aconteceu porque ontem você tava mal, hoje você tá melhor’. E assim, ele vai entrando dentro da unidade e todo mundo conhecendo ele. E o G. e M., como aferiam a pressão dele todo dia também tinha essa conversa, então, não necessariamente ele vem para consulta comigo e com a J., mas ele circula na unidade, cria os vínculos, né, tomava o café com a S., às vezes na cozinha, ela dava pra ele e pra mulher, não era assim? Dava o cafezinho..ele já vinha tomar um café também com elas, e aí, essa vivência dele com a unidade do vínculo também contribui pra esse atendimento que não necessariamente é dentro do consultório.” (B-03/ GF1)

“Mas, é, com as crianças eu acho que acaba ficando mais...Porque tem a questão de ter que vir com a família, né, tem essa relação. Eles não vão tá circulando pela unidade. Então, acaba que, teve um caso que a gente teve de uma criança que tava com dificuldade de aprendizado e aí a avó trouxe a demanda primeira, aí a F. conversou, depois ele veio na consulta comigo, com F., não lembro. Enfim, nós duas fomos atendendo ele, uma vez por mês, assim, e construindo com a família, né, o que eles podiam tentar fazer para ajudar ele em casa, aí a avó foi e comprou uma lousa pra ele usar em casa.” (B-05/ GF1)

Frente às dificuldades apontadas, o cuidado na atenção básica aparece através de relatos de **estratégias de cuidado**, segunda categoria de análise deste núcleo temático:

“Eu comecei, por própria... ideia minha, tratar o W. igual criança, brincando com o W., que o W. vai e me obedece, entendeu? Ele nasceu diferente, ele não nasceu igual a mim, com sanidade boa, então eu vejo por esse ponto, não vai ser todo dia que eu vou ter sucesso com ele, tem que entender que vai ter dias que vai estar chovendo na vida dele, ele vai estar revoltado, ele vai ficar lá no mundo recluso dele..e eu to lidando com ele desse jeito, né...Ele é uma criança especial, então vai ter dias que o normal dele é esse. Hoje tá de dia, amanhã tá escuro. Então a gente tem que saber como lidar com isso, não colocar ele como alienígena. É assim que eu trato ele, e é assim que...única coisa que a gente tem foi o psiquiatra que veio e me deu essas dicas. Ele toma o remédio, conseguiu um colégio...” (A-01/ GF1)

“A gente já trabalha aqui há bastante tempo, uma boa parte do grupo... é um grupo antigo, desde que surgiu a clínica, e a clínica já passou por várias etapas, várias pessoas com essa visão que só o medicamento não é a

coisa mais importante. A gente tem essa bagagem, essa experiência, que têm outras maneiras de poder tratar” (A-07/ GI)

Além disso, os profissionais reconhecem a necessidade de trabalhar com as famílias, porém alguns apontam a dificuldade de realizar este cuidado.

“Tem alguns casos que não é só o tratamento, não é só o remédio, é uma conversa, é ver de onde tá vindo o problema e resolver o problema. Não é ir direto na criança, é ver a família, novamente a família, é ver o todo ali.” (A-03/ GF1)

“Eu tento conversar com a mãe. Porque como eu tenho, as minhas consultas não são normalmente, não é uma única consulta. Eu faço mais de um atendimento. Eu tento conversar com a agente, perguntar “É isso mesmo? Ela é assim?” tento, e aí eu tenho uma resposta. Algumas vezes eu levo na equipe. [...] Durante o atendimento, às vezes, eu consigo observar algumas coisas em relação ao comportamento da criança ou do adolescente e aí muitas vezes eu falo com o agente. Pergunto às vezes, sento pra conversar com a mãe também.”(C-02/ GF1)

[...] “eu queria saber como trabalhar com os pais e com os filhos, entendeu? Eu fico meio perdida nessa coisa...” (A-06/ GF1)

“Dar um apoio psicológico para essa mãe que a V. levantou, né...que veio no serviço... ‘ah! meu filho tá doente, eu larguei o emprego, mas...’ Com o filho que ela sabe lidar, com as oportunidades que ela tá tendo que deixar de lado, no caso, o filho que é prioridade...se tivesse um profissional, não saberia dar estratégias para essa mulher? Fazê-la enxergar com outro olho, sabe...esse menino aí, o W....ter um profissional que tivesse lá: Não, mãe, força...tenta dessa...desse jeito não deu certo, tenta desse jeito, tenta essa estratégia para ver se não melhora. Sabe, dessa forma.” (A-04/ GF1)

[...] “eu já acho legal, por mais que a mãe que xingue o filho reproduz isso, eu acho interessante da mãe procurar, porque, de uma certa forma, ela não consegue enxergar nela, mas aí o profissional faz com que ela olhe para o filho e veja que ele tá se comportando daquele jeito porque ela está passando este reflexo para ele em casa. Isso já é um ganho, né, porque se você consegue fazer com que ela mude de hábito, se você dá estratégia para aquele pai ou aquela mãe mudar, ou agir com o filho mesmo, que já tenha a doença diagnosticada e já tem uma mudança, né, se aquela criança que não deixava se limpar quando tava cagada agora já deixa limpar, usando uma estratégia como o F. diz, infantil, eu acho que isso já é um ganho enorme.” (A-04/ GF1)

“A gente entra na educação, porque uma família que a educação é baixa, ela não vai saber cuidar de um paciente com deficiência mental, é claro. Ela vai depender do agente de saúde, né, o agente de saúde precisa desse suporte, né, para ajudar a orientar essa família. Uma coisa é ligada com a outra, né, as famílias com vulnerabilidade, que a gente fala, mais alta, usuário de droga, álcool, dificilmente vai cuidar de um paciente desse. Vai bater. O W. é graças a nossas conversas com os pais, até no bar eu encontro o pai dele: ‘fulano, ó, isso, isso’. Graças a nossa conversa, praticamente voluntária, porque não é horário de trabalho e eu falo: ‘e o W.?’ É um papo assim, na orelha mesmo. Até em festa eu já falei pro pai dele, pra mãe dele...aí melhorou um pouco.” (A-01/ GF1)

Os profissionais reconhecem também a discussão para compreensão dos casos, nas equipes de referências, como uma estratégia para o cuidado dos casos:

“Geralmente a gente faz o que a gente já começou antes de começar a reunião, né, procurar para entender quem é a família. E aí a gente discute em reunião de equipe o caso, e aí, a partir de quem que é a família, onde mora, como é que funciona, a gente vai discutindo, vê qual é a intervenção que a gente pode fazer, se é com tempo, se é uma intervenção aguda que a gente tem que ir lá correndo...se é visita domiciliar, se vai vir na consulta, se o agente comunitário vai ter que ficar indo lá toda semana. Funciona mais ou menos dessa forma, até a gente entender o caso direitinho pra poder ver o que a gente...” (B-03/ GF1)

Relatam as ações de promoção e educação em saúde através de intervenção nas escolas. Sinalizam, também, o êxito dessas ações quando realizadas em outros espaços da comunidade, apontando que os jovens não acessam a unidade básica:

“Esse grupo foi feito em apoio à creche, na reunião da creche. A creche se reunia com as mães pra dar as orientações a elas. E nós pedimos pra entrar porque as crianças tinham queixas básicas, as crianças iam pra creche e ficavam todas com diarreia juntas, diarreias coletivas, eram resfriados coletivos, era tudo muito coletivo porque a creche era muito precária. Então a gente tentou entrar na creche, sem interferir, tivemos todo um cuidado, sem interferir de como eles educavam. Hoje, a creche que a gente entrou no início, F. tava, que a gente vê hoje é muito diferente. A gente ia lá, educação e saúde, a gente ia lá pra levar a promoção.” (C-03/ GF1)

“A gente tinha um grupo, eu fazia parte do grupo de adolescentes, e a gente tinha mais ou menos uns vinte e quatro jovens. E a gente, seria o terceiro ano do grupo. Mas acabou que o grupo acabou se desfazendo. A gente era vinculado a um outro grupo que já existia na comunidade, que eles faziam dança de salão. E a gente ia pro terceiro ano. Em dois anos, na minha... Tinha um número de adolescentes, muito grande, grávidas. Muito grande mesmo. Hoje, eu posso dizer que isso diminuiu. A gente ficou dois anos com aqueles adolescentes, a gente ficou fazendo a cada quinze dias educação em saúde e de tão presente na vida deles a gente conseguiu transformar isso. Conseguimos dizer que aquelas jovens não engravidaram, e aqueles homens não foram pais. Nós conseguimos de alguma maneira fazer diferença praquele pequeno grupo de uma forma que a gente tinha uma educação em saúde. Éramos só agentes de saúde que fazia o grupo. A gente ia pra lá, falávamos com o professor de dança. E dávamos o grupo da linguagem deles, da maneira que eles queriam. Tentamos trazer pra cá, foi inviável, adolescentes não se vinculam à clínica da família.” (C-03/ GF1)

“...e isso fez com que as crianças ficassem mais calmas, no esporte. As crianças ficaram mais... os meninos principalmente, ficaram mais calmos depois que esse SESI veio para cá e eles praticando estes esportes.” (B-02/ GF1)

Ao relatarem as ações de promoção de saúde nas escolas, apresentam situações já agravadas, relacionadas ao contexto de vida da criança:

“A gente faz promoção na escola x, aí, a última vez que eu fui para a escola x eu fui com a V., né, ela é da saúde na escola e, no dia que a gente foi fazer o exame de vista, pesar e medir e a gente tava dentro das salas das professoras e, teve uma professora que ela perguntou para mim se tinha como encaminhar algumas crianças, mas eu falei pra ela que depois ela me falasse porque eu tava...não dava pra falar disso porque eu tava com as crianças lá..aí ela foi me mostrando as crianças, todas as crianças que ela falou é da nossa área. Aí ela falou que eles tavam com problema muito sério, porque quando eles chegam na escola eles contam o que acontecem na casa deles.” (B-06/ GF1)

O matriciamento aparece no relato dos profissionais, pontualmente, em orientações dadas pelo matriciador e de atendimento conjunto para avaliação dos casos. Em uma unidade, um profissional relata que o matriciamento tem se dado pelo encaminhamento dos casos para o ambulatório de saúde mental.

“O psiquiatra que acompanhava o W disse que vai ter dia que o W. vai ser um anjo, mas vai ter dia que o W. não vai fazer nada, vai querer ficar lá com a bunda cagada...ele falou: ‘não mexe’. Então tem dia que eu chego lá, o W. foi pra escola, o W. tá bem, mas tem dia que o W. tá meio sujo.” (A-01/ GF1)

“Se é um caso mais comportamental, um caso mais, enfim, digamos mais familiar, eu tive alguns casos que, por exemplo, a escola pediu uma avaliação do psicólogo aí eu chamei a criança, conversei, olhei. Porque estavam desconfiados de que a criança era TDAH, estava conversando aqui há meia hora e ela tá conversando comigo normal, super inteligente. Vamos chamar, vamos ver com a psiquiatra se ela é ou não TDAH [...] O problema não era a criança, o problema era a escola. Aí foi ótimo, porque a psiquiatra entrou em cena, conversou com a escola diretamente, falou: não, vocês tem que lidar com a criança, colocar ela no vôlei. E aí começou a botar a energia dela, e aí melhorou. Isso é um caso que eu matriciei porque era uma demanda de uma escola, já com o pressuposto diagnóstico, já desconfiei, e a psiquiatra não vai me dizer não. Então vamos pensar em outra coisa, por exemplo, os casos que eu fico no consultório, os casos que eu acho que a criança está com um pouco de atraso, uma coisa cognitiva, eu vou aguardar um pouco mais, ver se a criança vai persistir, aí vamos ver.” (C-08/ GF1)

“Então, a gente aqui tem, agora, é, o S., né, que vem nas nossas reuniões e a gente faz alguns atendimentos, né, em conjunto com a equipe, assim, principalmente com a médica que ele tá fazendo os atendimentos. E aí, a gente tem muitos pacientes adultos, de saúde mental que estão descompensados no território, e aí, esses pacientes tem prioridade para esse atendimento, entendeu?” (B-03/ GF1)

“A gente passa no médico da equipe, ele faz a avaliação. A gente tinha o R. que era um profissional que vinha de 15 em 15 dias e aí, todos os casos que a gente tinha a gente discutia na reunião, depois era repassado para ele...a gente marcava, no dia que ele vinha, a gente marcava com o

responsável, pro responsável vir e avaliar em conjunto com ele.” (A-04/ GF1)

“Ele (matriciador) tá ficando na equipe x. Porque quando a gente discutia os casos...e...de 15 em 15 dias ele vinha...e quando ele vinha a gente acionava. A gente leva os casos...nesse caso a gente vai e relata para ele, quando é dia dele vir a gente marca uma consulta em conjunto com a família e ele vai e faz o diagnóstico. Os casos que a gente já o diagnóstico que a gente passava para ele. Esses casos que a gente ainda não sabia, que ficava meio inviável, um encaminhamento de escola, essas coisas assim, ou então mães que vinham, assim, muito eufóricas a gente já não levava tanto para ele.” (A-05/ GF1)

“Eu acho que pra gente é diferente. Eu nunca tive... A única vez que eu marquei pra saúde mental, uma criança, ela não foi atendida, mas porque a mãe não trouxe. Eu marquei três vezes e a mãe não veio por diversos motivos a criança não foi acompanhada.” (C-01/ GF1)

“Eles têm o matriciamento em saúde mental, uma vez por mês em cada equipe. Que é feita com a psiquiatra e a psicóloga da nossa unidade de atenção secundária, que é a unidade x. E a psiquiatra que faz esse matriciamento não tem muita experiência, não gosta muito de psiquiatria infantil, não é muito a área dela. O fluxo aqui pro matriciamento, se tem alguma demanda de saúde mental, a gente tenta esclarecer o máximo possível e se precisar do apoio dela a gente marca um matriciamento. E muitas vezes, já aconteceu em alguns casos, não são tão frequentes, de crianças... Justamente a demanda da mãe trazer isso. E aí quando atende, em todas as vezes que isso aconteceu, em alguns casos, uns 5 casos comigo, ela acabou encaminhando pra psiquiatra infantil lá da unidade x, no fluxo interno. Porque lá tem psiquiatra infantil, com especialidade. Então acabou ficando pra lá e a gente nem sabe o que aconteceu a não ser em uma consulta subsequente que a gente pergunta... Isso que o G. falou. Vai ser no boca a boca. Se passou alguma medicação vai ser na medicação, mas esse está sendo o nosso fluxo de saúde mental, de criança tá funcionando assim.” (C-04/ GF1)

Em uma unidade estudada, um ACS apontou a necessidade da presença do especialista integralmente na equipe; entretanto, o enfermeiro dessa unidade aponta que a presença deste profissional pode se dar através de estreitamento do trabalho entre os serviços:

“Quando pensou em saúde da família, em estratégia da saúde da família, eu acho que pensou também que, ia colocar os profissionais conforme a demanda e é um coisa que não é real, existe no papel, mas na realidade é diferente. Se eu tenho alguns casos de crianças e adolescente com problemas mentais, eu deveria ter um profissional dessa área, que não seja só o enfermeiro, só o médico, mas um psicólogo, alguém que...para somar essa equipe, para trabalhar essa...” (A-04/ GF1)

“Eu acho que se tivesse um profissional...é como eu falei, tinha que ter, gente. Não existe eu cuidar de uma acamado, eu ACS, eu enfermeiro, eu médico, se não tem um fisioterapeuta pra orientar aquela mãe ou aquela vó, aquela filha, que eu tenho que virar de tanta em tantas horas, que eu posso

fazer um exercício assim, que vai evitar de atrofiar, entendeu, a musculatura, que eu posso pegar ele de uma tal forma que vai ajudar...se eu treinar, conversar com ele todo dia, de repente eu vou tá ajudando ele de alguma forma. Como que um serviço não oferece isso pode falar que trata...é...na melhora do paciente. Como é que eu lido com famílias, que enfim, já são problemáticas, que já lidam com a diferença social, com tratamento, em relação a tudo, né....com uma pessoa que trabalha com o psicológico, tá, o psicólogo, não tem isso, como um serviço primário, junto com a saúde primária... entendeu, não existe isso.” (A-04/ GF1)

“Eu acho que tinha que ter um profissional de tempo integral como qualquer outro, para ficar a serviço da população, para ficar a serviço do serviço na verdade. Porque ela sabe melhor do que eu que trabalho aqui dentro quais são as famílias que necessitam. Às vezes ela não precisa fazer...falar pra mãe: Mãe, você precisa marcar um psicólogo, eu tenho como te encaminhar teu filho, né, se tem um psicólogo responsável, indo numa visita junto com ela, aí, na base de uma conversa, às vezes, como um profissional de saúde que está lotado na clínica onde ele usa o serviço, chegar ali, só a base de uma conversa, muitas vezes ele pode dar uma luz para o problema que aquela família tá passando, entendeu? Eu vejo dessa forma. Por isso que falo: não existe saúde da família, existe posto da família. Agora saúde da família e prevenção e família não existe.” (A-04/ GF1)

“Eu acho que não precisaria nem... o profissional taria aqui na clínica, mas não é tratar aqui...assim, poderia encaminhar para outro lugar, mas era mais um profissional para ter vínculo...então, assim, o profissional de fácil acesso..é..ah, a gente tem o vínculo com o CARIM, tá, tudo bem, mas são profissionais diferentes...exemplo, ter um psicólogo aqui..é, seria, assim, uma linguagem mais...um com o outro, entendeu? Acho que seria mais fácil... (A-03/ GF1)

Os problemas relacionados ao processo de trabalho foram elencados como uma categoria deste núcleo temático, relacionados aos limites de atuação da atenção básica, à demanda de trabalho e à estrutura do serviço:

“E aí, a gente tem um problema muito grande aqui porque a rotatividade de médico é grande, então, assim, a gente não consegue estabelecer um vínculo. Eu tô aqui há 6 meses e já tô no terceiro médico. Então, assim, quando a gente começa a estabelecer, conhecer os pacientes, aí vai embora aquele médico e aí vem outro. Às vezes um simples encaminhamento a gente não pode....tem que passar pro médico.” (A-03/ GF1)

“A gente aqui é sem perna para fazer essas coisas...isso demanda trabalho, isso demanda estudo, isso demanda catalogar aí, caso por caso...o que que eles precisam....como a gente faz aqui...só que, na verdade, a gente não tem perna para fazer isso, entendeu? A gente pega os casos assim, jogam no nosso peito, a gente faz o que é possível ser feito, porque a gente trabalha com as ferramentas que são possível aqui, dentro da lei, saúde da família, pronto...agora...mais adiante, assim, pra fazer...pra que isso evolua, do jeito que é preciso ser feito, tem que ter equipe, tem que ter planejamento.” (A-01/ GF1)

“Porque a gente, com Agente de Saúde, a gente absorve muita demanda. É o que eu falei, a estrutura... precisa ser catalogada e tal, a gente tem vários

registros para fazer. Na teoria a gente pode até falar, tem que criar isso aí, mas vai...porque a demanda é grande aqui. Essa clínica não tem suporte para atender essa clientela, entendeu? Na opinião de ACS ou morador...não tem..." (A-01/ GF1)

"Eu já olho por um lado diferente, isso são consequências, na minha visão, eu acho que o serviço é mal estruturado, né? Se cobra mais do que oferece, me cobram números, que eu tenho...que eu sou obrigada a atender meu paciente de qualquer jeito, porque eu tenho que dar conta de 30 pacientes no dia, aí eu tenho que fazer esses 30 paciente vir ser atendidos em 10 minutos. Quem é que atende uma pessoa em 10 minutos? Cria vínculo com ela? Não! Trata ela direito? Não! Ouve essa pessoa? Não! Entendeu? Então, assim, eu acho que o problema começa daí, me solicitam demais, coisas que eu não posso oferecer, e pra me fazerem dar retorno a essas coisas que me é solicitado, eu sou obrigada a fazer meu serviço de qualquer jeito, então, eu acho que o erro começa daí. Eu acho que não ter médico é simplesmente uma consequência desse excesso de carga de trabalho, entendeu?"(A-04/ GF1)

"Eu acho que aqui a gente tem uma estrutura muito precária pra atender crianças e adolescentes. Primeiro porque o horário de agendamento é muito complicado pra gente atender ela com uma certa frequência, até que talvez não seja a proposta da clínica, não sei. Mas, é muito difícil você ter uma consulta próxima pra atender ela e... Claro que se for um caso assim, agudo, mais grave, você vai dar um jeito e encaixar mas não é a rotina." (C-01/ GF1)

"Não é meta. Saúde mental não é meta. É horrível faltar, nosso trabalho hoje está muito vinculado à meta, números, produção. A criança é meta até os dois anos, depois só vai ser meta depois que tiver diabetes, hipertensão, gestante.... quando adolescente engravidar." (C-08/ GF1)

"Uma atenção primária pensada de forma macro estruturalmente, ainda muito voltada pra programas e que a gente é cobrado dessas demandas e que a saúde mental não entra nem como uma linha programática que vai estruturar nosso trabalho, isso sempre fica para a hora que der." (C-01/ GI)

Os profissionais relatam que as metas estabelecidas pela gestão interferem negativamente no cuidado em saúde mental:

"E a gente faz um planejamento, e em cima desse planejamento aí jogam outra coisa, outra coisa pra gente fazer, pra você cumprir meta. Você tem uma semana na escola e você tem que cumprir aquelas atividades na escola, dentro daquele prazo, daquela semana. Aí você tem que se virar pra planejar e os profissionais cortar agenda, se organizarem pra poder cumprir aquela semana ali." (C-02/ GF1)

"É e quando, eles, quando a gente diz assim, a Secretaria (Municipal de Saúde), muitas vezes precisa de números aí sim a gente... Uma semana inteira passando na escola." (C-05/ GF1)

"A gente é atropelado pelos programas. As ações que a gente quer começar aqui porque a gente vê a necessidade acabam sendo atropeladas pelas ações impostas pela secretaria. Que são ações gerais, pra todo o município. E aí fica muito difícil de dar continuidade às ações que a gente acha que

realmente podem ter resultado na comunidade que a gente trabalha. Não... É uma coisa meio descoordenada. E é difícil... Ficam vendo os números...” (C-08/ GF1)

“É uma coisa muito objetiva. Se é essa dificuldade toda pra fazer uma coisa simples, se eu tiver uma questão um pouco mais subjetiva fica muito, muito, muito mais difícil do que uma coisa objetiva do que você vê, assim, ela vai falar “reduzir o número de cáries”, “diminuir o baixo peso”, são coisas que você consegue mensurar. Você não mensurar um grupo com adolescentes, qual o resultado que isso vai dar daqui a tantos anos, a longo prazo, a própria população não acredita, é o que eu vejo aqui, como os funcionários também não. É uma coisa que o M. falou, cultural mesmo. Uma coisa assim, a longo prazo, é muito mais difícil de você conseguir. É muito valorizada a consulta médica em si, é uma coisa muito do capitalista, privada e não uma coisa mais social de ver como um todo, uma coisa preventiva e a longo prazo.” (C-01/ GF1)

As ações na AB são relatadas pelos profissionais a partir da dificuldade da avaliação da gravidade do caso, compondo a primeira categoria analítica deste núcleo: **hesitação produzida pelos casos e demanda por especialização**. O vínculo, a necessidade de trabalhar com as famílias, a discussão para compreensão dos casos, as ações de promoção e educação em saúde e o matriciamento podem ser identificados como subcategorias das **estratégias de cuidado**, segunda categoria de análise. Frente aos impasses destas ações, os limites de atuação da atenção básica, e as metas da gestão deflagram a terceira categoria: **problemas relacionados ao processo de trabalho**.

Núcleo temático III – Articulação da rede

Quando abordada a relação com os demais serviços, os profissionais apontam que “a rede é muito complicada”, sentindo-se desamparados. Durante os grupos, os profissionais citaram alguns serviços da rede, entre os quais o CAPSi, que aparecem de maneira inespecífica e imprecisa. Relatam a falta de clareza em relação ao funcionamento da rede e conseqüente falta de credibilidade nos demais serviços. O **desconhecimento dos recursos** caracteriza a primeira categoria de análise deste núcleo temático.

“E tem muito a ver com isso, a rede é muito complicada pra gente da atenção (básica). A gente se sente muito desamparado, a verdade é essa.

Em alguns casos assim, cansa mais do que deveria porque não tem um apoio externo da unidade.” (C-01/ GF1)

“Fica igual o pingue-pong... hoje é o CAPSi, de adolescente tal, mas a gente tem álcool e droga, tal, aí, a gente fica sabendo que o ponto de referência é tal, aí a pessoa vai lá no ponto de referência. O ponto de referência...aí fala não, não é aqui o lugar...e...assim, as pessoas perdem a credibilidade, entendeu? Eu já tô com um problema, eu vou continuar com meu problema, porque não tem como resolver mesmo! Aí perde ele lá o ponto de referência, perde eu que indiquei, né, que tem contato com aquela pessoa, estabeleci uma relação de confiança, né, de respeito mútuo ali, a pessoa deixa de confiar em mim porque não posso resolver o problema dela.” (A-04/ GF1)

“É porque a gente fica meio que... foi aquilo que eu te falei da outra vez, a gente fica assim, meio que sem saber como agir com certas...como lidar com certas situações, então, o problema chega para gente...às vezes a gente até sabe como resolver, mas a gente não pode...não é do nosso.... assim...tá com problema em casa, mas não é...é pro psicólogo...a gente tenta encaminhar, então assim... a gente tem muito problema em saber depois como que ficou, então, assim, a gente perde um pouco do caso, entendeu?” (A-03/ GF1)

“Eu acho que assim, eu acompanho um caso desde que eu entrei aqui, que é do W., ele tem um retardo mental mesmo [...] e a gente não tinha muito essa troca, a gente ia lá, a gente fazia visita, a gente ajudava ele um pouco psicologicamente, conversando tal, mas ele entrava em crise e aí era encaminhado pro..lá pro Pínel. Ia pro Pínel e voltava, mas a gente não tinha aquela troca de saber o que aconteceu lá, qual o pé que a gente tinha que tomar, porque assim, ele ia lá, uma vez por mês, pegava o remédio, não tem aquele acompanhamento mais profundo, o mais profundo quem fazia era a gente, que ia lá varias vezes no mês para conversar, para ver como....” (A-04/ GF1)

“E muitos dos pais que a gente vai conversar, que a gente vai na visita para conversar e fala que tem que encaminhar para um instituto, eles, assim, acho que como a gente não tem... a gente tá tendo essa clareza agora... os pais mesmo não tem, porque quando a gente fala que tem que encaminhar para outro lugar eles falam... pra eles, como a M. falou, para eles só quem é encaminhando é quem tem a deficiência mental mesmo, que nasceu com a deficiência mental... eles não entendem essas outras partes como esse ponto. E é uma coisa que a gente fica sem saber, agora que a gente tá tendo mais uma clareza nisso.” (A-05/ GF1)

O encaminhamento aparece de realização difícil, justamente pela falta de clareza de como proceder, e falta de resposta do serviço ao encaminhamento realizado.

“Eu acho que na hora, também, de encaminhar, J., eu ia encaminhar aquele caso que realmente tem importância para ser encaminhado, que não tem condições de tratar ali...É isso que eu tô te falando, se tivesse esse profissional, vamos supor, se tivesse um psicólogo aqui...ele ia saber qual caso realmente precisa de serviço secundário, entendeu...e não ficaria só nos meus olhos....de repente tem coisa que não precisa nem vir na Clínica

que resolveria, como eu falei, numa conversa em casa...falar assim: olha só, teu filho tá fazendo isso, vamos botar assim, teu filho tá fazendo isso, porque tá vendo como é que você faz assim...e ele tá aqui te observando. Às vezes, a mãe não observa, o pai não vê dessa forma....” (A-04/ GF1)

“Você perde o paciente só de ter que fazer ele ir por segundo serviço, então, assim, se tivesse inserido, com certeza, na comunidade, seria muito mais fácil. A gente aqui, tem um certo laço com a família, é mais fácil você chegar. Aí ele vai para outro lugar, igual é o nosso caso..a gente tem um caso na comunidade, então, assim, que é uma pessoa diferente, é outra pessoa, não tem tanto vínculo e, de você ter que encaminhar ele pra outro lugar você já pode perder ele.” (A-03/ GF1)

“A oferta que se tem de serviço de saúde, né, a questão, por exemplo, da gente encaminhar pro psicólogo ou não, as pessoas de uma forma geral, né, a oferta que a gente tem no serviço de saúde filtra um pouco a demanda que a gente vai encaminhar, por exemplo, eu não vou conseguir encaminhar, todos os pacientes, talvez, que eu faça um diagnóstico que precise, talvez, de passar com um psicólogo, eu vou encaminhar os pacientes, talvez, que eu não consiga manejar aqui, que eu ache pacientes mais graves, então esses pacientes que a gente vai encaminhar.” (B-03/ GF1)

“A gente tem que fazer uma troca. Não adianta só a gente lá olhar, chegar aqui e relatar e ele ser encaminhado e não ter aquela troca entre os profissionais. Porque, assim, da troca de...nem que se a gente fosse uma vez no mês lá, junto, para saber realmente o que acontece, porque a gente fica assim, a gente foi esse mês lá, aí assim, quando acontece algo a gente tem que voltar no mesmo mês e a gente fica perdido, a gente não sabe o que falar, a gente não sabe o que aconteceu, aí a mãe vem com uma outra demanda, ou o pai vem com uma outra demanda e a gente não sabe como resolver, aí volta para a questão do encaminhamento, volta, se encaminha e a gente não sabe o que responder.” (A-04/ GF1)

“Pra eu passar pra ele que eu confio no serviço, eu preciso conhecer o serviço, ter propriedade daquilo, por que a gente só fala, eu por exemplo, só falo daquilo que eu acredito, o que eu não acredito eu não falo, então eu não consigo dar esse apoio. Então se eu sou a rede, se eu sou a parte de sustentação dessa rede.” (C-03/ GI)

“eu sabia que as crianças era encaminhadas prum lugar por causa de uma pessoa que eu conheço, uma criança que tinha sido encaminhada, mas não sabia que era aqui próximo, nem sabia como funcionava. Não sabia já havia os pais me perguntar, me falava assim: ah, meu filho ta muito agressivo, ta assim, assim, assim. Pra mim, eu tinha que mandar ele vir por posto, passar numa consulta e não sabia o desenrolar depois dali, pra onde que ia.” (B-06/ GF2)

A **desarticulação e fragmentação da rede** representa a segunda categoria analítica deste núcleo. A falta de integração dos serviços, tanto do CAPSi quanto dos intersetores, denota este problema. No caso do CAPSi, a descontinuidade do cuidado é ilustrada pelas seguintes falas:

“Eu encaminhei. O que aconteceu comigo foi o seguinte: ano passado eu tava fazendo matriciamento junto da psiquiatra e tal, e ao mesmo tempo teve uma visita de uma psicóloga do CARIM aqui. Aí deixou o telefone e tal, entra em contato com a gente. Aí eu conheci essa criança, falei: Cara, essa criança é muito grave. Ela tem um transtorno neurológico que não está esclarecido, uma criança que tem uma alteração de comportamento, criança agressiva, ela não verbaliza, agitadíssima. Falei: Isso aqui não é um caso de uma psicoterapia no ambulatório. Eu preciso de um suporte maior. Eu preciso de um CAPSi! Tem o CARIM, eu fui no CARIM, visitei o CARIM, falei com essa psicóloga, fiz o encaminhamento, e mandei essa criança pra lá. Ela foi atendida, segundo a mãe, e não tive mais um retorno. Isso tem um ano. Então ficou na mesma.” (C-08/ GF1)

“Mas, é... em relação ao CARIM, por exemplo, eu não, tipo assim, qual são os pacientes que são perfil do CARIM, entendeu? Que vão ser absorvidos pelo CARIM. São todos, assim... dá pra absorver todos? Dá pra absorver só os graves? Então, isso eu realmente eu não sei, porque a nossa referência é o CARIM, mas, assim, o que que o CARIM vai ficar, o que que a gente vai ficar, isso a gente precisa estabelecer melhor mesmo.” (B-05/ GF1)

“Quem são que podem ir prá lá?” (B-02/ GF1) “A gente tá tentando descobrir!” (B-05/ GF1)

É importante para a gente que o pessoal do CARIM tivesse aqui no território. Tivesse a oportunidade para vir saber um pouco dessa dificuldade que a criança tem, para poder até sensibilizar a forma de atendimento de criança. (B-01/ GI)

A relação com intersetores também é apontada como dificultada:

“Isso daí é que tinha que tá na nossa reunião, tudo junto com a gente porque eles pedem pra gente fazer um acompanhamento do Bolsa Família só que, quando é pra tá junto com a gente não tá. O CRAS lá no território x...é o mesmo. É muito longe, tem gente daqui que não pode ir lá, por motivo de coisa, não só de saúde, de coisa também, facção diferente, não vai... aí não pode ir lá, não consegue bolsa família de jeito nenhum porque não vai lá, não pode, e não consegue resolver aqui. Quando ela faz reunião aqui é só pra quem já tem.” (B-06/ GF1)

“A T. tá com trauma do Conselho Tutelar. Eu não aciono mais o Conselho Tutelar pra nada. O Conselho Tutelar veio e...não foi só um, foram quatro casos daqui, juntos que eles, em vez de resolver, acabou com tudo.” (B-06/ GF1)

“Os encaminhamentos dos casos que a gente recebeu, a gente tentou várias ajudas externas. Desde o CRAS, o CREAS, o Fernandes Figueiras, o CAPSi CARIM, o PAM, tem mais algum? A gente foi tentando em cada caso, em cada porta, se dava certo... O SISREG ou não, vai lá, ou manda e-mail pro CREAS, sabe, dependendo do caso, se tem violência ou não. E tentando pra ver o quê que ia dar certo.” (C-01/ GF1)

Os participantes destacam um trabalho aproximado com as escolas, tanto nas ações de promoção de saúde, relatadas anteriormente, como em algumas intervenções relacionadas aos casos que acompanham.

“a gente vai na escola também, quando dá, pra saber o relato da professora. Tentar, dependendo qual é o relato da escola, tentar mostrar uma outra visão que eles não têm. Por que a criança vai suja? Ao invés de repudiar isso, tentar entender pra acolher a criança. E ser um lugar, pelo menos, onde lá ela se sinta acolhida já que em casa ela não é. E tentar fazer isso.” (C-01/ GF1)

“Ela ia muito em escola. Fazia VD também, mas ia muito em escola...acho que você chegou a pegar o caso desse menino que tentou se jogar, não foi? (Dirigindo-se a outro profissional). Pegou o caso, aí foi na escola e conversou com a F., na época. (A-04/ GF1)

“...fazer combinados mesmo, aquelas parcerias mesmo, tínhamos parceiros... ‘Não aceite mais crianças com febre, criança com febre é sinal de que tem alguma coisa errada’. Então, vamos fazer o seguinte: a criança chegou com febre e você quer aceitar porque a mãe tem que trabalhar, escreve no papelzinho, desce com essa criança, pede pra alguém descer, pra mãe descer, alguém descer com essa criança que a gente vai avaliar essa criança. E aí tinha que ser o pronto-atendimento, era quase um UPA né, então a criança chegou e ‘pá’, entregou o papel e a gente atendia. Aí conseguíamos ir estreitando isso, isso foi melhorando, foi melhorando, e hoje é uma creche completamente estruturada e somos muito parceiros.” (C-03/ GF1)

Sintetizando, este núcleo temático abarca duas categorias analíticas: o **desconhecimento dos recursos** e **desarticulação e fragmentação da rede**, representada pela relação incipiente e precária com o CAPSi e com intersetores.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO: IMPASSES, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA O TRABALHO COLABORATIVO

4.1 ANÁLISE DOS NÚCLEOS TEMÁTICOS

Um importante achado desta pesquisa é que, ao contrário do que encontramos na literatura nacional, os profissionais destes grupos demonstraram estar atentos ou, ao menos, preocupados com os problemas de SMCA. Entretanto, os impasses, tanto no que se refere às ações na própria AB, quanto de parceria com outros serviços, num território marcado pela fragmentação das ações e serviços, têm inviabilizado o efetivo cuidado em SMCA.

Tal como sistematizado no capítulo anterior, apresentamos a interpretação das informações a partir dos Núcleos Temáticos.

4.1.1 Núcleo Temático I – Percepção dos problemas de SMCA: mudanças no comportamento de crianças e adolescentes situadas no contexto de vulnerabilidade

Podemos afirmar que o discurso que se destaca, ao tratar do tema de SMCA com os profissionais das unidades estudadas, foi o de reconhecimento dos problemas a partir das mudanças de comportamento, situado em um contexto de vulnerabilidade. Não há predomínio do discurso biomédico ou leitura dos problemas apenas pelas questões orgânicas. Em um estudo realizado em comunidades de três grandes cidades brasileiras, incluindo o Rio de Janeiro, Paula et al (2009) também identificaram no relato dos profissionais que os problemas de SMCA estão relacionados ao contexto ambiental.

Alguns estudos têm apontando a invisibilidade dos problemas de SMCA na atenção básica (CAVALCANTE, JORGE & SANTOS, 2012) e a priorização de problemas biológicos na infância (TANAKA & LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006; TANAKA & LAURIDSEN-RIBEIRO, 2009; GOMES, 2012); entretanto, os participantes desta pesquisa traçaram aspectos relevantes para a compreensão dos problemas de SMCA, supondo a existência de problemas a partir das mudanças comportamentais, como sintetiza um ACS:

“A saúde mental de um modo geral que, na minha visão engloba muita coisa, desde o comportamento dentro da casa, comportamento na escola. Isso para mim é saúde mental porque nosso corpo funciona à base da cabeça, se a cabeça não funciona o corpo não funciona legal...” (A-04/ GF1)

Em todas as unidades estudadas, os profissionais percebem diferentes modos como a criança expressa o que está acontecendo com ela, e o impacto no cotidiano (na família, na escola...), não considerando estas manifestações como entidade autônoma e nem se restringindo a uma leitura biomédica dos problemas da infância, escapando a uma psicologização das alterações de comportamento e problemas escolares (COUTO, 2001).

É importante destacar que essa percepção foi relatada pelas diferentes categorias profissionais, inclusive a categoria médica, como o seguinte relato:

“Quando tem muito a violência física em casa envolvida, a criança manifesta, se ela não sabe como, mas ela de alguma maneira vai manifestar, ou regredindo, ou atrasando pra se desenvolver em alguma área. É uma maneira dela chamar atenção, ela não sabe ainda dizer isso, mas ela mostra assim. Eu acho que cabe a nós profissionais sabermos ver isso. Então, eu recebo muito caso de violência física mesmo em casa, e isso reflete muito bem... Os casos assim que eu nomeei aqui todos têm. Isso me impressiona.” (C-01/ GF1)

A agitação e agressividade manifesta na infância aparecem com frequência no relato dos profissionais, demonstrando que estes comportamentos são mais facilmente captados como problemas. Ainda assim, mesmo tendo pouca representatividade nos grupos, uma ACS aponta o isolamento como um problema a ser considerado e cuidado.

Categorias diagnósticas como TDAH, autismo, síndrome neurológica e retardo mental aparecem nas falas dos médicos, mas principalmente, dos ACS, demonstrando que, mesmo não havendo predomínio, há certa colonização do saber médico-científico sobre a percepção dos problemas de SMCA, ao se adotarem códigos médicos para descrição dos casos. De forma geral, desconhecem qual profissional e em que momento o diagnóstico foi feito.

Estas categorias diagnósticas operam como uma via de percepção dos problemas de SMCA, tanto para os casos em que o diagnóstico foi feito por um profissional especializado (casos em que a equipe aponta que o diagnóstico é útil para esclarecer o cuidado que a equipe deve adotar), como as classificações dadas

pelos profissionais da Atenção Básica (alteração de comportamento e dificuldade de aprendizagem). Entretanto, a percepção sobre os problemas de SMCA a partir dos transtornos mentais não é a principal via. Pudemos identificar que a questão da violência (intrafamiliar, sexual), negligência e abandono e o próprio comportamento agressivo das crianças e dos adolescentes se destacam nos relatos dos profissionais.

Diferente do que geralmente é compreendido como gravidade quando falamos de problemas de saúde mental, relacionado às categorias diagnósticas como autismo e psicose, na atenção básica a gravidade parece estar relacionada à complexidade e vulnerabilidade em que o caso se apresenta: violência, condições de vida, falta de suporte familiar, problemas na escola, entre outros agravantes. Esta forma de construção diagnóstica, com base em problemas e no contexto, e não em categorias nosológicas, seria, segundo alguns autores, característica da “medicina centrada na pessoa” praticada na atenção básica (GUSSO & LOPES, 2012).

Consideramos o conceito de vulnerabilidade tal como Ayres (2012), não levando em conta apenas os aspectos individuais, mas, também contextuais, em relação a maior ou menor disponibilidade de recursos objetivos e subjetivos para o enfrentamento das adversidades. A violência, considerando a alta vulnerabilidade das crianças e adolescentes destes territórios, não escaparia às informações que encontraríamos. Tal como Minayo (2006) afirma: “*a violência é uma forma de comunicação e de relação interpessoal*” (p. 88). De forma precisa, uma ACS, ao relatar os efeitos de uma ação educativa de enfrentamento da violência domiciliar, promovida pela CF e outros dispositivos comunitários, afirma que:

“Porque vem de uma cultura de que ela (mãe) bateu a vida inteira e agora ela parou, então parou a comunicação... fisicamente. E agora ela tava tentando uma comunicação que ela não tinha ensinado...”. (C-03/ GF1)

Alguns estudos apontam que, diretamente relacionado à violência, as crianças tendem a apresentar dificuldade de aprendizagem e distúrbios de comportamento, principalmente de comportamentos autodestrutivos, isolamento social e baixa autoestima (MINAYO, 2006; MINAYO, 2012). Patel *et al* (2007) evidenciam que a relação entre vulnerabilidade e os problemas de SMCA é complexa e bidirecional:

[...] crescer em uma família pobre aumenta o risco de exposição a adversidades como a escassez de alimentos, a má nutrição, violência,

educação inadequada e vivência em um bairro caracterizado pela ausência de sociais redes, os quais são fatores de risco para transtorno mental. Por outro lado, transtorno mental contribui para o insucesso escolar, perda de emprego, e aumento dos custos de cuidados de saúde⁸ (tradução livre, p. 1309).

As crianças e adolescentes deste território estão vulneráveis, tanto pela negligência e abandono que vivem na própria família, quanto pelo contexto social em que se encontram. Avaliam que a dinâmica familiar é desestruturada, que os pais não se constituem como referência para os filhos, num contexto marcado pela “desestrutura familiar”, tendendo à responsabilização da família na indução de problemas de SMCA. Entretanto, os relatos da desestrutura familiar não parecem estar desconectados do contexto de violência e vulnerabilidade do território. Ainda que haja uma dualidade no relato sobre as famílias, ora de fracasso e desestrutura, ora de certa naturalização da família - que se fizer o que é esperado no cuidado com os filhos é ‘boa’ -, são relatos situados em relação ao próprio contexto social:

“E aí ela não consegue passar aquele amor, né. Não tem um carinho, não tem uma relação de afeto e não tem um sentido em ir pra escola. Por isso que muitas vezes abandona, porque não há um sentido. ‘Eu vou pra escola, eu estudo, e o que eu vou fazer com esse estudo? Em quê que vai me servir se eu vou continuar naquela comunidade, naquele lugar ali onde eu moro ali, onde ninguém tem estudo e ninguém faz nada com estudo, porque eu não preciso de estudo pra uma série de coisas que naquele ambiente ali eu não necessito?’ Vou falar pelos meus pacientes, eles estão numa redoma que eu não consigo tirar eles dali. Eu não consigo fazer com que eles saiam dali. E aí cada vez mais isso vai se afundando, as gerações vão crescendo, vai mudando as gerações e vai continuando, aquilo se perpetuando e ficando ali.” (C-03/ GF1)

Como nos relatos encontrados por Gomes (2012), há um discurso normatizador das famílias. Minayo (idem) afirma que a omissão dos pais frente aos cuidados das crianças está relacionada às condições socioeconômicas das famílias, que “*dificulta um julgamento mais preciso entre a prática abusiva e a impossibilidade de prover os requisitos para seu crescimento e desenvolvimento*” (idem, p.91).

⁸ growing up in a poor household increases the risk of exposure to adversities such as scarcity of food, poor nutrition, violence, inadequate education, and living in a neighbourhood characterised by absence of social networks, all of which are risk factors for mental disorder (PATEL *et al*, 2007, p. 1309).

Um ACS pontou a dificuldade de uma mãe no cuidado com os filhos e relatou a importância da oferta de cuidado com esta como estratégia de enfrentamento da negligência e abandono da infância.

“A gente cuidou da S. Ela tinha três filhos na época. S. não cuidava dos filhos dela. Não cuidava deles de jeito nenhum, eles viviam largados..” (C-03/ GF1)

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS (2006) reafirma que o desgaste do chamado capital social, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, é “o principal mecanismo através do qual as iniquidades de renda produzem um impacto negativo na situação de saúde” e que “a debilidade dos laços de coesão social ocasionada pelas iniquidades de renda corresponde a baixos níveis de capital social e de participação política”. Neste sentido, o investimento em redes de apoio social e o favorecimento da capacidade dos grupos em situação de pobreza para conhecer os problemas locais e globais são essenciais para a promoção da saúde (CNDSS, 2006).

Um médico afirmou que “a grande maioria tá muito relacionada com a miséria mesmo, com os problemas sociais...” (C-04). Considerando a pobreza não apenas como falta de bens materiais, mas também a falta de oportunidades e possibilidades, impedindo o enfrentamento aos imprevistos e a baixa capacidade de agir pela própria saúde (CNDSS, 2006), o reconhecimento dos efeitos da pobreza na saúde mental denota uma visão ampliada em relação ao sofrimento das crianças e adolescentes.

Entretanto, pouco foi falado sobre a adolescência e sobre os efeitos do contexto social em relação a esta faixa etária. Mesmo tendo sido evitado o uso da terminologia infantojuvenil para não camuflar o que se refere aos adolescentes, estes aparecem em apenas duas situações: de um jovem com transtornos mentais graves, já acompanhado pelo CAPSi, ou em um relato desesperançoso onde o caminho da infância negligenciada leva a uma futura carreira na marginalidade, demonstrando a falta de perspectiva e de capacidade de construção de projeto de vida dos jovens em alta vulnerabilidade social. Questões comuns ao período da adolescência, relacionadas à identidade de gênero, bem como temas como a gravidez, a falta de engajamento em projetos de vida ou o uso abusivo de álcool e outras drogas não foram mencionados em nenhum dos encontros.

Um ACS aponta a importância de possibilitar outros espaços de circulação para as crianças como fator de proteção:

“Eu acho que a gente pode começar por isso, por exemplo, eu sei que as crianças estão sempre em atividade na escola, mas eu acho que vê alguma coisa que deixa a criança um pouco mais presa a alguma atividade, pra prender essa criança em alguma coisa que possa dar uma produtividade, por exemplo, porque, às vezes a escola não tá sendo suficiente. Porque eu vejo muitas crianças correndo aqui pelo bairro, prá lá e prá cá, às vezes o dia todo e isso também pode estar influenciando naquela conduta daquela criança até a fase adulta. É, alguma coisa assim, por exemplo, saiu da escola vai direto pro curso, do curso volta pra casa e, assim, ficaria menos tempo na comunidade” (B-04/ GF1)

No estudo de Gomes (2012), também foi identificado nos relatos dos médicos de Saúde da Família entrevistados a preocupação quanto ao futuro das crianças e da garantia de seus direitos e o apontamento de medidas tutelares para enfrentamento deste problema.

É importante destacar que, em um dos grupos, notamos a hesitação entre os ACS para abordar questões relacionadas à drogadição, possivelmente pelos limites das ações dos profissionais da ESF num território marcado pela criminalidade e violência policial. A hesitação frente aos problemas apresentados representa um dos impasses do cuidado na atenção básica, conforme discutiremos no próximo núcleo temático.

4.1.2 Núcleo Temático II – Ações na Atenção Básica: impasses e desafios

Os profissionais da Atenção Básica detêm um saber sobre território, indutor de um diagnóstico situacional formulado a partir da experiência na comunidade. Os ACS, profissionais estratégicos no cuidado em saúde promovido na atenção básica, aparecem no relato dos médicos, dentista e enfermeiros como figura chave na vinculação do usuário com o serviço, relatando que, de forma geral, os casos chegam através dos ACS, já que estão mais próximos das famílias e se deparam, cotidianamente, com os problemas:

“Em geral, o paciente confia nelas (ACS) pra chegar à unidade. Pelo menos assim, a área x que é a área mais carente da comunidade, eles têm uma

resistência a vir aqui. Então o vínculo é muito mais difícil. Em geral, quem começa esse vínculo com a equipe é o agente de saúde. Que é quem já conhece há muito tempo, em quem o paciente confia e o agente traz ou vem com algum relato da história. Em geral é assim. No consultório, às vezes é complicado.” (C-01/ GF1)

Os ACS, categoria profissional com maior participação na pesquisa, demonstraram grande interesse pela temática. No primeiro grupo focal que realizamos, logo após a apresentação da proposta e antes de serem questionados quais são os problemas de SMCA daquele território, uma ACS questionou: “*o que você chama de problema de saúde mental?*” (A-04/ GF1), formulando, logo em seguida, uma compreensão sobre o tema: “*engloba muita coisa...*” (A-04/ GF1). Mas como tem se dado o cuidado, na Atenção Básica, dos problemas de SMCA?

Na expectativa de responder a esta pergunta, questionamos quais ações territoriais favoreciam o cuidado em SMCA. Entretanto, a insegurança e falta de clareza quanto às ações de SMCA parecem produzir certa hesitação frente aos casos e demanda por cuidado especializado. “*A gente identifica, mas na hora de dar consequência às questões a gente não consegue mesmo*”. (B-05/ GI). Apesar da assertiva avaliação dos problemas, como apresentado no núcleo temático I, que considera uma sofisticada noção de gravidade, analisando o problema a partir de diferentes variáveis, como o contexto e os recursos disponíveis, frente à complexidade dos casos, os profissionais apontam diversos limites para o estabelecimento de ações de cuidado. Demonstram alta acuidade para percepção dos problemas, mas os relatos sinalizam que estes profissionais têm se angustiado no momento de lidar com estas complexas situações.

A ‘afetação’ frente aos problemas tem produzido efeitos, uma vez que tem voltado os olhares dos profissionais para as questões da infância e adolescência. Entretanto, a qualificação da escuta dos profissionais da AB pressupõe, além da disponibilidade para acolher os problemas, que os profissionais reúnam elementos suficientes para lidar, não se paralisando frente à angústia. Surge, em todos os grupos, a necessidade de apoio do profissional especialista.

No âmbito da avaliação dos casos, apontando a dificuldade para identificar a gravidade, e da intervenção, justificada pela falta de orientação e de formação, reconhecem um limite da atuação da AB. Identificamos que a legitimação das práticas na AB passa pela especialidade, não pela familiaridade com os problemas, na medida em que a resposta que os profissionais da AB esperam, ao contrário da

percepção que eles têm dos problemas de SMCA, é a mais tradicional, de encaminhamento para o especialista, deflagrando, como sugere Cunha (2010), os aspectos contraditórios da AB: frente à complexidade do trabalho há uma desvalorização e simplificação do cuidado.

Na tentativa de escapar do formato pouco resolutivo do tradicional encaminhamento, insistimos no questionamento de quais as estratégias de cuidado para os problemas de SMCA. Identificamos relatos exitosos da disponibilidade para suportar o sofrimento da criança, e de ações que reconhecem como estratégicas: a discussão dos casos na reunião de equipe, o trabalho com a família, as ações de educação e promoção da saúde, principalmente nas escolas, e as orientações dadas pelo matriciador.

Delfini & Reis (2012a) apontam a importância do trabalho conjunto entre equipes de saúde mental e saúde da família como estratégia de fortalecimento para cuidado em SMCA na AB:

[...] discutindo casos, compartilhando conhecimento, elaborando estratégias, pensando coletivamente em caminhos, realizando visitas domiciliares conjuntas ajudam os profissionais a se sentirem mais seguros e a perceberem que não estão sozinhos para 'resolver' os casos (p.363).

Nas CF estudadas, a experiência do trabalho conjunto ainda é incipiente e o matriciamento é sinônimo de discussão de caso e triagem para o serviço especializado. Neste sentido, consideramos que há uma lógica inversa de como tem se dado o matriciamento, onde o especialista acaba por produzir a especialização do cuidado. As ações dos profissionais da AB se limitam à triagem dos casos, a partir da gravidade sintomatológica, pois são poucos os casos que poderão ser levados para o especialista, já que o matriciador opera com uma agenda num formato restrito de atendimento especializado na AB: *“porque o profissional que vem, mas de 15 em 15 dias, então tem dar preferência a casos agressivos que estão na minha mão, né?”* (A-04/ GF1)

Principalmente para os médicos e enfermeiros, a ação do matriciador aparece como a realização do atendimento especializado, e os médicos aparecem como os únicos profissionais que podem encaminhar para o especialista. Apenas no relato de um ACS foi possível identificar que o matriciador produziu segurança para a continuidade do cuidado de um adolescente. Neste caso, a orientação fornecida pelo

especialista sobre como agir consegue captar a proposta de trabalho colaborativo, já que tal orientação pode ser replicada, a partir da própria experiência do profissional. Vale destacar que, como já mencionado, o NASF, dispositivo que visa o apoio e consolidação das ações da AB, inclusive para as questões de saúde mental, ainda não atuava nestes territórios, sendo implementado apenas ao final da realização desta pesquisa.

Na pesquisa de Paula et al (2009), foi identificado que os profissionais da AB desejavam consultar os profissionais da saúde mental, menos para atendimento de patologias específicas e sim para responder às demandas da comunidade em relação aos impactos sobre a vida das crianças e adolescentes.

Os profissionais apontam a dificuldade de vinculação dos adolescentes à unidade, assim como a inviabilidade de circulação das crianças por conta da limitação estrutural das CF. Patel *et al* (2007) propõe que, frente à dificuldade de acesso e participação dos adolescentes nas estruturas tradicionais dos serviços, sejam realizadas ofertas voltadas à saúde e bem-estar desta população em espaços comunitários, através de atividades de esporte e lazer.

Em síntese, identificamos alguns impasses quanto à condução dos casos. Alguns profissionais relatam a necessidade de encaminhar; porém, em uma unidade, os ACS relatam a necessidade da presença do especialista na AB, sendo contraposta a opinião do enfermeiro, que sugere a aproximação da EqSF com equipe especialista, em uma aposta no trabalho colaborativo, para que se sinta autorizado para lidar com os casos, já que os profissionais da AB relatam insegurança para lidar com problemas de SMCA. Compreendemos a necessidade de se inscrever, nesta cultura de cuidado tradicional, que não é pela via da especialização das ações, acarretando na ambulatorialização da AB.

Em todas as unidades encontramos poucos, porém importantes relatos de alguns ACS que escaparam a este discurso da especialização. Foram principalmente estes profissionais que apresentaram em seus relatos maior disponibilidade e capacidade para suportar o sofrimento da criança, ainda que demonstrem grande insegurança para ofertar cuidado a estes problemas. Um ACS conclui que não é qualquer profissional que pode fazer este trabalho, pois ele supõe grande investimento objetivo e subjetivo. Também a despeito da insegurança, os ACS mostram-se mais disponíveis para o trabalho que está sendo proposto, na medida em que reconhecem estratégias além do atendimento do especialista.

Na pesquisa de Gomes (2012), foi identificado que os médicos pouco investigam a história de vida da criança e seu contexto familiar e social. A hipótese da pesquisadora é de que os médicos não reconheçam como sua responsabilidade, já que irão necessariamente encaminhar a criança para o especialista. Em uma das unidades pudemos identificar esta postura de um médico, que atribuía aos ACS o papel de conhecer as famílias e de saber a história de vida das crianças.

Ainda assim, frente a todos estes impasses, nenhum profissional fez apelo ao uso de medicação, contrário ao achado de Cavalcante, Jorge & Santos (2012, p. 174), que demonstra a medicalização do cotidiano de crianças e adolescentes. Ainda que o apelo ao especialista possa ser questionado como uma via medicalizante, tal atitude nos parece mais relacionada à validação das ações que já vêm sendo realizadas no âmbito da AB, do que propriamente a uma demanda por ação médica, inclusive quanto à prescrição de medicamento.

Em relação à questão de quais crianças devem ou não ser encaminhadas para o CAPSi, esta é, a nosso ver, uma falsa questão, à medida que o CAPSi deve assumir a responsabilidade pela direção do cuidado de todas as questões de SMCA de seu território, sendo ou não necessário o tratamento sistemático no serviço. Se as equipes constroem um trabalho colaborativo, onde a equipe da AB sente-se apoiada através de um forte vínculo e diálogo com o CAPSi, isso deixa de ser um problema. Delfini & Reis (2012) pontuam que o questionamento sobre o que cabe a cada equipamento pouco considera 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”* (DELFINI & REIS, 2012b, p. 361). Pontuam também que, nesta lógica, os casos em que o manejo não é possível na AB, mas não são graves para serem encaminhados para o CAPSi, não têm onde receber tratamento (DELFINI & REIS, 2012b, p. 362).

As ações a serem desenvolvidas por cada ator envolvido no cuidado são desenhadas a partir da discussão e construção dos casos. Entretanto, isto não deve encerrar na discussão dos casos, mas, a partir daí, construir ações conjuntas de cuidado.

Um dos impasses relatados no estudo de Cavalcante, Jorge & Santos (idem) apresenta similaridade com as informações que recolhemos, na medida em que em ao menos duas unidades o cuidado na atenção básica tem sido direcionado à população adulta, marcadas por análises camufladas por questões estruturais como:

“[crianças] não vão tá circulando pela unidade” (B-05/ GF1); “adolescentes não se vinculam à clínica da família.” (C-03/ GF1).

Como identificado na pesquisa de Tanaka & Lauridsen-Ribeiro (2006), a organização do processo de trabalho dificulta o cuidado em SMCA. O tempo curto das consultas, o excesso de tarefas e a falta de apoio dos serviços de referência tendem a produzir desassistência. Além disso, dois importantes problemas de gestão aparecem nos relatos: o primeiro é a alta rotatividade dos profissionais, dificultando o vínculo com o usuário e longitudinalidade do cuidado; o segundo, o estabelecimento de metas incompatíveis com a lógica do cuidado que se deve operar na ESF. Profissionais relatam que são “*atropelados pelos programas*” (C-01/ GF1) e que a “*saúde mental não é meta*” (C-08/ GF1). Mendonça et al, (2013) apontam que:

Os recursos humanos em saúde constituem, reconhecidamente, um dos principais desafios ao processo de implementação do Sistema Único de Saúde brasileiro. Tais desafios são ainda maiores quando se analisa a Estratégia de Saúde da Família, seja no que diz respeito à formação e qualificação dos profissionais para atuarem no âmbito das equipes de saúde da família, seja pela questão dos vínculos trabalhistas e estratégias de fixação de pessoal, seja ainda pela adesão desses profissionais à proposta da Estratégia de Saúde da Família (p.2363)

Questões objetivas das dificuldades relacionadas ao processo de trabalho produzem menor disponibilidade subjetiva por parte dos profissionais frente à criação de estratégias de cuidado no âmbito da AB.

Gomes (2012) aponta a problemática da lógica de organização programática da AB, priorizando o atendimento de pessoas com hipertensão, diabetes e circunscrevendo o cuidado na infância às etapas da puericultura, “*tendo como eixo de trabalho a realização de diagnósticos e as prescrições para cada doença*” (p.57). Ações de promoção da saúde escapam das práticas das EqSF, principalmente por questões da gestão administrativa. Por este motivo, as ações voltadas para saúde mental, quando realizadas, têm se dado por esforços de alguns profissionais, tendo que constantemente justificar à gestão local e municipal a necessidade de realização dessas ações. Janssens, Peremans & Deboutte (2010) afirmam que o trabalho colaborativo não pode ser realizado sem uma estrutura de política favorável, senão poderá se restringir a experiências pontuais e esporádicas, realizadas pela boa vontade dos profissionais.

Frente a todos estes impasses e desafios questionamos: como apontar uma direcionalidade do trabalho sem impor regras ou apenas encerrar as ações na discussão dos casos, produzindo longas conversas que não alteram o estado das coisas? Quais as formas de conduzir os casos sem protocolizar, e que sejam capazes de garantir a corresponsabilização dos casos?

Pensamos na necessidade de um primeiro elemento constitutivo do trabalho colaborativo: o diálogo propositivo, que contemple os diferentes saberes e que seja indutor de mudança, colocando também em questão o discurso hermético da saúde mental. “*Comunicação é fundamental.*” (C-01/ GF1), comunicação que põe em diálogo os diferentes saberes e articulam uma rede de cuidado. Como pontuado por Janssens, Peremans & Deboutte (2010), em uma pesquisa sobre o trabalho colaborativo entre serviços de saúde e serviços de SMCA, o contato direto surge como uma solução para inúmeros problemas e barreiras discutidas, facilitando a comunicação, a troca de informações e a proposição do cuidado conjunto, elementos discutidos a seguir.

4.1.3 Núcleo Temático III – Articulação da rede: os efeitos da falta de integração e fragmentação do cuidado

Os relatos dos profissionais denotam a percepção da baixa parceria e da falta de integração entre os serviços. Identificamos, nas três unidades, que desconhecem os recursos existentes, produzindo um trabalho solitário e adoecedor.

“É porque fica uma coisa muito, numa sensação de ir até aonde a gente pode e depois você não consegue mais nada. O quê que você vai fazer? Você vai adoecer por isso ou você vai se falar: ‘me livrei do caso’. É muito mais fácil você se livrar. Você ir atrás, querer o retorno, é muito mais difícil. Tendo essa aproximação é muito melhor. Mas hoje não tem referência nessa área... pra gente nessa área, não.” (C-01/ GF1)

A palavra rede aparece em apenas uma situação ao longo dos encontros, no relato de um médico, afirmando que “*a rede é complicada*” (C-01) A desarticulação dos serviços tem como consequência a fragmentação da rede de cuidado em SMCA. Em relação ao CAPSi, a evidenciada falta de integração deste serviço com a AB, manifesta em relatos como “*estou aqui há 5 anos e vim conhecer vocês mais de*

perto agora. Pra mim o CARIM começou no mês passado” (B-07), aponta a baixa possibilidade do trabalho conjunto, resumindo a duas situações quando falado sobre CAPSi: a primeiro quanto ao ‘perfil’ dos casos para este serviços (“*Quais são os casos para CAPSi?*”) e, o segundo, deflagrando a descontinuidade do cuidado (“*no final a gente encaminhou ela pro CARIM. Eu não sei se a criança foi ou não*” (B-05/GF1).

A falta de referência do CAPSi, constituindo um apoio para o cuidado de SMCA na atenção básica, produz descrédito em relação ao serviço. Na pesquisa de Tanaka & Lauridsen-Ribeiro (2006, p 1851) identificou-se um descrédito em relação aos serviços de SMCA, tanto pela defasagem de serviços quanto pelo fato de não terem confiança no trabalho realizado por este outro equipamento.

Na pesquisa de Janssens, Peremans & Deboutte (2010), a colaboração também não foi o tema mais proeminente nas discussões, sendo discutidos apenas barreiras e obstáculos para este trabalho. “*Isso reflete o estado real dentro do campo: não existe uma cooperação estrutural entre os dois serviços e, quando ocorre, é irregular e específica para cada caso*”⁹ (tradução livre, p. 257).

Conseqüentemente, a desarticulação dos serviços e descrédito na possibilidade de continuidade do cuidado em outro equipamento provoca um sentimento de desamparo nos profissionais, inviabilizando a lógica de cuidado compartilhado. Um ACS faz um relato de um caso, mencionando outros dispositivos da rede de cuidado e proteção de crianças e adolescentes; porém, frente ao desconhecimento, termina o relato se desresponsabilizando pelo caso:

“Enfim, eu tenho uma criança num abrigo que foi encaminhada pelo Conselho Tutelar para esse abrigo porque os pais não estavam dando conta, na verdade a mãe e a avó. Não tinham mais as rédeas da situação de uma criança de 12 anos, então, eu acho que é uma situação...é um caso bem crítico, para ser trabalhado, para ser acompanhado, para ser visto pela saúde e que a gente não sabe direito em que pé tá, porque...é com a gente? É com quem? Para quem encaminhar essa criança? Quem é que tem essa responsabilidade?” (A-07/ GF1)

⁹ No Original: This reflects the actual state within the field: There is no structural collaboration between the two sectors and when it occurs it is irregular and case-specific (JANSSENS, PEREMANS & DEBOUTTE, 2010, p. 257)

Como o encaminhamento, ainda que dificultado, tem se apresentado como única via de cuidado para os problemas de SMCA, e frente à falta de referenciamento dos serviços de SMCA, principalmente o CAPSi, a corresponsabilização dos casos não se efetiva. A EqSF não encaminha os casos, tendo em vista que ela é responsável pela população que atende, mas pede apoio. Em contrapartida, os serviços de referências passam a ter sob sua responsabilidade os usuários e também o serviço que solicita o apoio (BRASIL, 2011). Essa prerrogativa do SUS não se opera neste território.

Um ACS, questionando o objetivo do que estava sendo proposto nos encontros da pesquisa, afirma: *“pelo meu entendimento, vocês seriam uma equipe que viria uma vez por mês aqui, e neste caso nós encaminharíamos a criança que tá necessitando dessa atenção”* (B-01/ GI). Entretanto, esta afirmação que, a princípio, mostra-se contrária à lógica de corresponsabilização dos casos, encerrando o cuidado na AB através do encaminhamento dos casos, é esclarecida quando este mesmo profissional aponta que: [...] *“ser encaminhada lá pro CARIM... talvez as pessoas vão, tem muitas que não vão. Por isso que eu acho importante esse trabalho aqui nosso, ele vem fortalecer”*. (B-01/ GF2)

O estabelecimento de diferentes vias de contato entre as equipes, garantindo canais de comunicação, surge como solução para aproximação dos serviços, na tentativa de construção da parceria de trabalho:

“Eu acho que assim, eu acho que é mais simples do que imaginam...essa parceria. Poderiam marcar um encontro, uma vez no mês, sei lá, uma vez de 3 em 3 meses. Com esse profissional que se estaria sendo encaminhado [...] Se a gente trabalha atendendo o mesmo público, com a mesma intenção de melhorar, eu acho que existem conversas, tem e-mail, tem o gerente da unidade, sabe, você pode mandar e-mail, pegar o caso da pessoa... mandar um e-mail pra equipe, ou a equipe mesmo, saber que foi atendido, ele conseguir ligar para se comunicar com aquele profissional: e aí, como é que foi? Como a gente tem que suceder aqui desse lado, né? O que a gente pode fazer, entendeu? Porque as informações se perdem...é atendido aqui, aí depois vai pra lá e não sabe direito o que aconteceu aqui, vai saber o que o paciente contar lá, né?” (A-04/ GF1)

“não vamos precisar, na angústia, atirar para todos os lados. Chegou aí (no CAPSi)? Como está? Chegou aqui, mas não está vindo” (C-01/ GI)

A superação da lógica fragmentada do cuidado, onde as ações são construídas conjuntamente entre os diferentes atores envolvidos – inclusive a criança, o adolescente e a família -, é imprescindível para estabelecer uma direção de trabalho comum. Identificamos que o estreitamento da comunicação entre os

profissionais dos diferentes serviços pode reduzir a distância entre as equipes. Ainda assim, consideramos que, além da dimensão espacial, a clínica abarca uma dimensão temporal, não só do sujeito, no nosso caso a criança e o adolescente, mas também dos serviços e dos atores envolvidos. Como fazer dialogarem os tempos distintos do sujeito e suas necessidades, do profissional da AB em suas ações pragmáticas e do profissional da saúde mental em suas ações reflexivas? Estes elementos são fundamentais para se pensar um solo comum de cuidado em SMCA no marco do território.

Em relação aos intersetores, os relatos são marcados por obstáculos, principalmente com a Assistência Social e o Conselho Tutelar. Identificam a necessidade de parceria com os dispositivos da Assistência Social, reconhecendo que o cuidado em SMCA extrapola as ações da Saúde, porém, não apresentam nenhuma experiência de parceria com este setor. O Conselho Tutelar, mencionado em um único grupo, é descrito como um dispositivo que inviabiliza o cuidado.

Isso supõe a permanente negociação das funções de cada setor envolvido no caso, sem perder de vista o mandato de cada um. Apostamos na efetivação do trabalho colaborativo a partir da tomada de responsabilidade pelo profissional do CAPSi, como agente promotor da articulação das ações. Ainda assim, a postura dos demais serviços, principalmente da AB, não pode ser desimplicada, aguardando passivamente a proposição do cuidado, numa lógica hierarquizada do saber do especialista frente ao saber local.

Entretanto, em uma das unidades, quando abordamos a questão das ações com crianças e adolescente na AB, um ACS fez alguns relatos exitosos no trabalho em parceria com as escolas da comunidade, tanto no que se refere à criação de parceira para garantir os cuidados gerais em saúde, como de orientações quanto ao trabalho de sensibilização dos professores para compreender o contexto de vida das crianças e adolescentes.

As escolas, muito mencionadas nos encontros, aparecem principalmente como equipamento demandante de cuidados em SMCA, mas, na visão dos profissionais, sem muita sensibilidade na formulação da demanda para a saúde. Além disso, deflagram os limites da AB para responder à demanda 'psi'.

A terminologia Intersetorialidade não aparece nos relatos dos profissionais. Conseguimos identificar que, quando tratam da relação com os intersetores, por conta do baixo êxito no estabelecimento de parceira que já vivenciaram, apresentam

uma dualidade: reconhecem que o cuidado só será possível com a ação conjunta dos vários setores, tomando a questão da criança ou do adolescente como um problema comum a todos, apostando numa articulação possível; porém, sem muita esperança, desacreditando que essa articulação funcionará em algum momento.

Identificamos a ausência de relatos sobre os recursos comunitários relacionando-os ao cuidado em SMCA (ONG, igrejas, parques...). Os profissionais, principalmente os ACS, parecem saber da existência destes equipamentos, mas não os reconhecem como possibilidade de cuidado.

Descrédito, descontinuidade do cuidado e falta de esperança na articulação da rede marcam os relatos destes profissionais. *“O que teria que ser uma coisa contínua, não é!”* (A-03/ GF1)

Neste sentido, Couto & Delgado (2010) apontam a importância do setor saúde mental na montagem da rede intersetorial de cuidado:

A ação intersetorial necessita, portanto, num primeiro tempo, estar ancorada num ponto que não se situa no mesmo patamar do ocupado pelos demais parceiros potenciais, e que protagonizará o movimento inicial e decisivo de sua construção. É a tomada de responsabilidade pelo problema em pauta que diferencia este primeiro tempo, para que no tempo seguinte situem-se, todos, no mesmo patamar de igualdade, implicados que estarão num problema verdadeiramente comum (p. 278).

Estes autores apostam que construção conjunta do problema, escapando da prática comum de delegação de responsabilidade ou da soberania de um determinado setor, pode potencializar parcerias efetivas de trabalho. Sob esta diretriz, apresentamos, a seguir, algumas proposições para o trabalho colaborativo.

4.2 O DIÁLOGO ENTRE OS NÚCLEOS TEMÁTICOS E ALGUMAS PROPOSIÇÕES PARA O CUIDADO COLABORATIVO

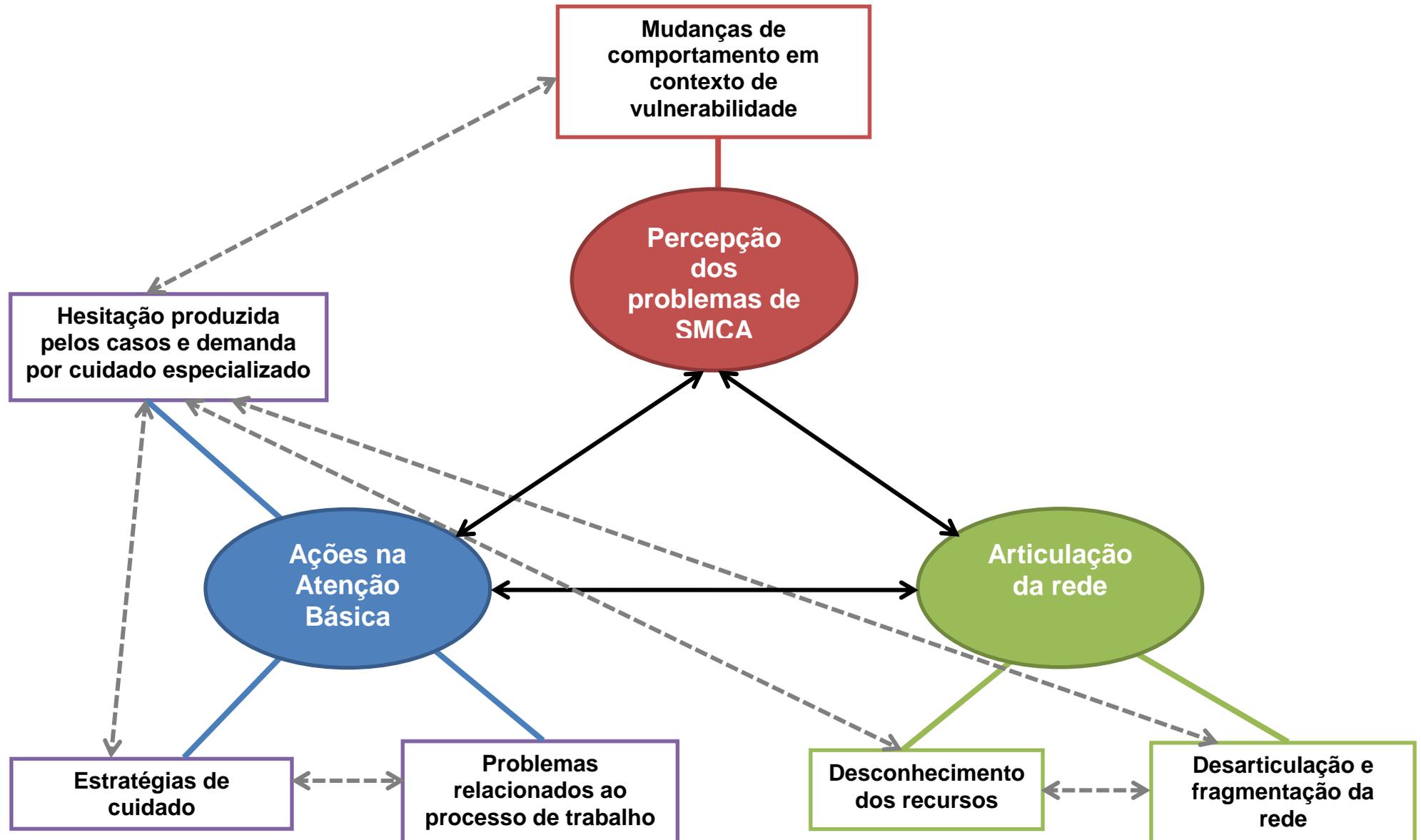
Ao analisarmos as falas a partir dos núcleos temáticos, identificamos uma correlação entre as categorias de análise, ilustrada pela figura 4.1. A percepção dos problemas de SMCA destes profissionais está relacionada às mudanças de comportamento das crianças e adolescentes situadas em um contexto de vulnerabilidade. Ao passo que estes profissionais percebem os problemas de SMCA, tendem a demonstrar certa hesitação quanto à condução do caso e consequente demanda por especialização, limitando as estratégias de cuidado na AB. A elaboração de diferentes estratégias de cuidado encontra, ainda, alguns fatores limitantes: primeiro, os próprios problemas da AB, relacionados ao processo de trabalho; segundo, a inviabilidade da atenção psicossocial numa rede fragmentada e desarticulada.

“*Que território é esse, tão sem referências?*” (C-03/ GF1), questionou um ACS, demonstrando a percepção da baixa parceria entre os serviços e o trabalho solitário na AB. As questões de SMCA não têm produzido diálogo entre os serviços e o cuidado em SMCA tem se dado predominantemente por encaminhamentos, sem diálogo entre os profissionais e, conseqüentemente, descontinuado. A falta de referências deste território nos parece mais relacionada à falta de articulação dos serviços do que propriamente à inexistência dos mesmos. Sobre a rede, Hartz & Contandriopoulos (2004) afirmam a necessidade de uma dupla leitura sobre seu funcionamento:

[...] como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos (p. S334).

Durante a intervenção, reafirmávamos o CAPSi como um serviço estratégico, apontando-o como um dispositivo que se propõe a pensar e problematizar também os casos que não tenham gravidade que requeiram o acompanhamento sistematizado no próprio serviço, enfatizando que a equipe deste dispositivo se proponha a ajudar as equipes da AB em dois sentidos: o primeiro, quanto às respostas às demandas de atendimento psicológico e psiquiátrico, geralmente advindas das escolas e, o segundo, de conduzir o cuidado de crianças e

Figura 4.1 – Rede Semântica e correlação entre as categorias de análise



adolescente, justamente para que o caso não se agrave. Destacávamos a necessidade de avaliação das demandas e construção compartilhada do cuidado em um trabalho que, muitas vezes, passa por intervenções visando à própria desconstrução da demanda de tratamento, entendendo que:

nem todo problema ou sofrimento vivenciado pelas pessoas necessita de tratamento periódico e sistemático na rede de saúde, o que não exime esse setor da responsabilidade pelo acolhimento e direcionamento necessários (BRASIL, 2014, p. 26)

Além disso, frente ao problema do elevado número de suspensões do tratamento, conforme informações levantadas na porta de entrada do CAPSi CARIM, Tszesnioski *et al* (2015) sugerem que o enfrentamento pode se dar através de articulação do CAPSi com AB, mapeando soluções possíveis para continuidade do tratamento.

Devemos tomar a necessidade apresentada pelos profissionais das EqSF para que, a partir disso, possam colocar a questão da SMCA, conforme compreendemos. Por esta via, encontrar formas de dar algum destino aos problemas encontrados, sem reduzi-los a protocolos que não dão conta dos problemas.

“Como é que vocês conseguem ajudar a gente a pensar intervenções no território? Como é que vocês conseguem melhorar nossas intervenções no território com essas crianças? Fazer parcerias com esses serviços que estão aí disponíveis?” (B-05/ GF2)

Há um cuidado a ser promovido pelas equipes de saúde mental, através da escuta das demandas, no intuito de fornecer recursos para a criança, o adolescente e para as famílias para lidarem com os impasses da vida, assim como, para os profissionais sentirem-se apoiados no enfrentamento dos problemas. Há também um papel relevante, de estimular o diálogo e o trabalho conjunto entre os setores: promovendo a articulação do cuidado, planejando os encaminhamentos, ajudando os profissionais da AB e as famílias a lidarem com os problemas de SMCA.

Figueiredo & Onocko-Campos (2009) apontam que alguns dispositivos propostos em parceria, entre os profissionais de saúde mental e AB, visando a produção de saúde podem auxiliar “*na construção de sentido aos projetos de vida de sujeitos que experimentam a exclusão social, o isolamento afetivo, a impossibilidade de desempenhar protagonismos*” (p. 136). As autoras ponderam que:

Não bastaria diversificar a oferta de dispositivos de atenção em Saúde Mental sem que isso venha combinado a uma robusta discussão sobre o modelo clínico que fomenta essas propostas e com a radicalidade de sua incorporação pelos profissionais que as conduzem (idem, ibidem).

Como otimizar a presença do profissional do CAPSi nas CF na proposição de diferentes estratégias de cuidado? Entendemos que o papel do profissional do CAPSi na AB é de dialogar com as EqSF, fazendo a ligação entre os dois serviços. Constituir uma referência para os profissionais, estimulando o cuidado dos problemas de SMCA, não só nas ações individuais, mas, também, de ações de promoção da saúde e cidadania de crianças e adolescentes. *“Pelos menos agora a gente já tem um ponto de referência.”* (A-05/ GF2)

“É importante ela (profissional do CAPSi) estar aqui, mas, o mais importante é ela estar com a gente dentro do território porque ela estando no território é mais fácil de captar e obter, os problemas existentes e que vão existir. A gente conversa, a gente vai explicar os problemas das pessoas, das famílias, é bem mais fácil.” (B-01/ GF2)

“Ela vem discutir com a gente e se foi encaminhado a gente tem sempre esse retorno, e ela fica acompanhando com a gente aqui pra ter esse retorno, porque ela não fica só acompanhando lá e nem a gente fica aqui sem saber o que vai fazer.. porque tem casos que não vai ter necessidade de ser encaminhado pro CARIM, tem casos que tem como a gente resolver aqui e só não sabe como resolver.” (A-05/ GF2)

Este profissional pode iniciar com a equipe ações de mapeamento da rede (quais serviços, as funções de cada um...) e de fortalecimento de parceria com intersetores. Em contrapartida, ele exige das EqSF a disponibilidade para realização deste trabalho. Exige o reconhecimento destas ações como tarefas do cotidiano de um serviço de atenção básica à saúde, não como uma sobrecarga de trabalho, considerando as diversas demandas da unidade.

Uma estratégia colocada em práticas nas unidades estudadas foi o fortalecimento dos canais de comunicação. Ao final do primeiro grupo focal em cada unidade, as profissionais do CAPSi orientaram quanto ao funcionamento da porta de entrada do serviço e os contatos telefônico. No último, cada unidade propôs uma forma de manutenção do contato, através de grupos em redes virtuais. Em todos os casos, incentivamos o diálogo através de grupos utilizando endereço eletrônico, já que as equipes sinalizaram que era uma forma ágil de comunicação.

Foi através da comunicação eletrônico que colocamos em prática alguns instrumentos de registro do trabalho conjunto: 1) registro das reuniões e pactuações

estabelecidas (Anexo IV), 2) Registro de casos compartilhados entre a Clínica da Família e o CAPSi CARIM (Anexo V). O primeiro, de responsabilidade do profissional do CAPSi, visa registrar as reuniões e pactuações estabelecidas, descrevendo quem estava presente e quem ficará responsável por cada tarde. O segundo, de responsabilidade das equipes das Clínicas da Família, tem como objetivo sistematizar algumas informações sobre a criança ou adolescente que os profissionais avaliam que precisam discutir com o profissional do CAPSi.

No último encontro, ao ser discutida a sustentabilidade do trabalho conjunto, sugerimos que o trabalho fosse organizado por duas vias: a primeira, através do acompanhamento conjunto dos casos que já são atendidos no CAPSi e, a segunda, a de construção conjunta de cuidado às crianças e adolescentes que a EqSF identifica, mesmo que não seja caso de encaminhamento para o CAPSi, mas que extrapola os cuidados possíveis apenas com os recursos da atenção básica, precisando de apoio para pensar o cuidado. Um profissional sintetiza esse trabalho que estamos propondo:

“A ideia da reunião mensal seria fazer mais ou menos o que a K. fez naquele dia, fazer que cada um atribuiu as suas ideias, elaborar como estruturar uma ajuda em conjunto para aquela família e aí ter os tópicos: ó vocês vão ver isso e alguém vai ver aquilo, entendeu?!” (C-01/ GF2)

“Eu acho que esse resumo, deixando o que cada um pode fazer para o próximo passo fundamental, porque se deixar todo mundo fazer na verdade não é função de ninguém. Então no caso que a K. deixou bem delimitado, eu já sei, tenho que ver fono pra essas crianças eu não tenho que ver tudo e isso facilita muito porque eu sei que vai ter alguém fazendo a mesma coisa, dividiu.” (C-01/ GF2)

Quanto à questão do acompanhamento sistematizado dos casos em atendimento no CAPSi, surgiu como demanda para o profissional deste serviço a elaboração de uma planilha com informações atuais dos casos. Isso exigiu que este profissional do CAPSi fizesse o levantamento dos casos e buscasse, no prontuário ou com o profissional de referência, as informações atuais sobre o caso. Esta tarefa foi possível para os casos acolhidos entre os anos de 2013 e 2014, pois o acesso às informações foi facilitado pelo banco de dados que elaboramos na etapa de levantamento de informações da porta de entrada deste período. Isso requer a organização do CAPSi para manutenção da sistematização das informações.

Em relação à construção do cuidado para os casos sinalizados pelas EqSF entendemos que o CAPSi tem o papel de auxiliar no mapeamento de recursos do

território para cuidar de casos que não serão, necessariamente, atendidos neste serviço. O cuidado que este dispositivo tem a oferecer pode se dar a partir do mapeamento de recursos comunitários e intersetoriais, fazendo articulação com a Assistência Social, Educação, Cultura e Justiça, O CAPSi deve trabalhar nessa perspectiva, não apenas do processo de reabilitação, mas, também de promoção da saúde e cidadania das crianças e dos adolescentes.

Como apontado por Delfini & Reis (2012a), estas ações conjuntas tendem a dar maior segurança para os profissionais da AB. Identificamos nesta pesquisa que a hesitação frente aos problemas de SMCA pode diminuir quanto mais os profissionais da AB sentirem-se autorizados ao cuidado, quer seja nas ações da própria equipe, apoiada pelo profissional da saúde mental, quer seja pelo fortalecimento da articulação entre os serviços.

Ao final dos encontros, quando foi realizada uma avaliação deste processo, os profissionais identificaram que já havia sido dado o passo inicial para efetivação do trabalho colaborativo: *“Já conversou, já construiu, já desembaraçou algumas coisas, inclusive o caso que a V. falou, acho que trabalho já começou”* (A-01). Destacaram dois aspectos relevantes neste processo: o primeiro, do esclarecimento sobre o trabalho conjunto e, o segundo, sobre a continuidade do cuidado, exigindo comprometimento dos dois lados:

“Eu achei super produtivo, porque a gente diversificou muita coisa. A questão de achar que quem só ia pro CARIM era pessoa de saúde mental, que assim que tinha alguma delimitação, que tinha algum distúrbio e a gente que acabou aprendendo que abrange muitas outras coisas, abrange família, abrange a sua estadia em algum lugar e o que você aprende com o tempo também, você acaba ficando doente com as questões de ambiente e todas as outras questões, eu achei que foi muito produtivo, a gente tem uma linha direta com o profissional” (A-05/ GF2)

“Eu até concordo com esse projeto, esse encontro por uma possibilidade de ações, ações conjuntas. Se a K. sair, amanhã ou depois, o trabalho não termina, o trabalho continua. Não é um projeto é uma continuidade. E a entrada do CARIM dentro da clínica da família pra ta ajudando as pessoas.” (B-01/ GF2)

“Eu acho que vocês já conseguir amarrar uma continuidade, deixar uma coisa pronta, a gente tem hoje um produto que é a próxima reunião que daí dá o segmento e cabe a gente manter essa aproximação e quanto mais tiver aproximado e em sintonia a gente pode poupar trabalho e ajudar o paciente.” (C-01/ GF2)

Estes três relatos sinalizam uma correlação entre a percepção dos problemas de SMCA por parte dos profissionais e as ações que são capazes de desenvolver frente à articulação com demais serviços e setores (Figura 4.2).

Figura 4.2 – Articulação do cuidado em SMCA na Atenção Básica



Ainda que essa compreensão ampliada sobre os problemas de SMCA tenha vindo dos próprios profissionais da AB, a primeira fala evidencia a necessidade de validação do saber local. Por esta via de análise, consideramos que estes três componentes que tomamos como eixos dessa pesquisa, se relacionam de forma retroalimentada, pois à medida que a percepção dos problemas de SMCA e as ações de cuidado no AB são fortalecidas pelo apoio de outros pontos da rede, podem influenciar o aumento da acuidade para os problemas de SMCA e a legitimação das estratégias adotadas pela EqSF para o enfrentamento destes problemas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o primeiro grupo encontramos profissionais atentos ao sofrimento apresentados pelas crianças e adolescentes. Entretanto, estes profissionais têm demonstrando certa hesitação frente ao cuidado dos problemas de SMCA, seja de resposta às demandas advindas principalmente das escolas, como do cuidado dos casos mais graves. Demonstam ainda que não há nenhuma articulação com os demais serviços. Identificamos que é necessário legitimar o saber que se apresenta, já que o cuidado que estamos propondo não passa apenas pela especialidade.

Diante do nosso objetivo inicial, de descrever e analisar as estratégias e os desafios para articulação entre CAPSi e AB, foi possível identificar que, como não há integração entre os serviços e, no caso dos problemas de SMCA, uma relação apenas incipiente com o CAPSi, ocorre descontinuidade do cuidado. As poucas situações que os profissionais relataram envolvendo o CAPSi operam na lógica tradicional da referência/ contrarreferência, o que tende a gerar um grande número de encaminhamentos para o CAPSi, mas uma alta taxa de suspensão do tratamento. Assim, os princípios fundamentais para o cuidado em SMCA, que visa o acolhimento universal das demandas dirigidas aos serviços públicos e o encaminhamento implicado, bem como a construção permanente da rede (BRASIL, 2005), não são efetivados.

Os dados oriundos da observação, estudo documental e análise do conteúdo dos grupos focais evidenciam uma notável fragilidade na articulação do CAPSi com a AB nos territórios estudados. Embora esta não seja especificamente uma pesquisa avaliativa, esta conclusão contribui para a avaliação do componente de SMCA na AB, em sua relação com o CAPSi, sugerindo desenvolvimentos posteriores de pesquisa.

O trabalho colaborativo requer estabelecimento de pactuações prévias, visando romper com a lógica de descontinuidade do cuidado. A sustentabilidade deste trabalho requer a tomada de responsabilidade por parte dos profissionais do CAPSi, como garantia de realização das ações e constante repactuações com os diversos atores envolvidos.

Além disso, ficou evidenciada a necessidade de esclarecimento sobre o funcionamento dos demais serviços e mapeamento dos recursos do território. Esta ação nos parece ser o ponto de partida para a efetivação do trabalho colaborativo.

O tema da Promoção da Saúde revelou-se promissor como estratégia de aproximação e fortalecimento da integração entre serviços como o CAPSi (e outras modalidades de CAPS) e a AB, no território.

Para que se consolide, este trabalho exige de ambos os serviços a compreensão do mandato deste cuidado. Por parte do CAPSi, a compreensão do mandato gestor, no sentido de articular o cuidado em SMCA de seu território, desfazendo a lógica de que o papel deste dispositivo é apenas de cuidado dos casos graves. Por parte da AB, a compreensão de que essas ações, que escapam à ordem programática, fazem parte do escopo deste nível de cuidado.

Estas ações requerem a elaboração de registros como forma de sistematização. Isso não significa o estabelecimento de fluxos engessados ou protocolos que não acolham as demandas cotidianas: funcionam mais propriamente como uma forma de registro coletivo, evitando a falta de respostas frente às demandas da AB. Destacamos que a precariedade dos registros dos serviços dificulta o levantamento de informações relevantes para avaliação de nossas práticas profissionais.

Acreditamos que o maior êxito da pesquisa se deu justamente na proposição da promoção da saúde, na medida em que se estabeleceram novas relações, diminuiu a tensão entre diferentes pontos (diferentes profissionais, serviços e setores) e mobilizou-se a solidariedade, elemento importante para efetivação do trabalho colaborativo.

Quanto aos limites do estudo, devemos destacar que não é possível fazer generalizações, pois os participantes não constituem uma amostra representativa. Nem mesmo afirmar que os profissionais da ESF deste território estão atentos aos problemas de SMCA, já que a própria seleção dos participantes pode representar um viés, pois participaram da pesquisa os profissionais que sinalizaram, deste o princípio, grande interesse pela temática. Frente à diversidade dos grupos, quanto à representação de diferentes categorias profissionais, reconhecemos que influenciaram a dinâmica grupal, principalmente na unidade em que o grupo se deu na reunião de equipe; entretanto, não foi possível, neste momento, realizar uma análise aprofundada da questão.

Outro limite do estudo refere-se ao fato de que, mesmo reconhecendo que para efetivação do trabalho colaborativo é necessário processo interventivo também no CAPSi, tal como proposto por Janssens, Peremans & Deboutte (2010), no intuito

de apontar para toda a equipe deste serviço a importância e as diretrizes deste trabalho. Reconhecemos que nosso trabalho com este dispositivo se deu mais diretamente com as três profissionais que participaram da pesquisa e no processo de organização de porta de entrada, culminando na organização de informações que foram apresentadas para toda a equipe no momento da devolutiva do projeto. Como implicação futura deste estudo, identificamos a necessidade de realização de uma intervenção com a equipe do CAPSi, visando à discussão sobre promoção da saúde mental de crianças e adolescentes no marco do território que, como bem delimitado por Onocko-Campos (2010):

Ajudasse na defesa da vida de pessoas e comunidades; permitisse estabelecer estratégias terapêuticas e preventivas mais potentes (questionando a não adesão a tratamentos, a medicalização da vida social, etc.), e que contribuísse para jogar luz sobre melhores maneiras de organizar programas e serviços, melhor adaptados as demandas dos grupos de interesse envolvidos (p. 1284).

Sendo uma pesquisa exploratória, mais que trazer conclusões sobre o tema da articulação AB e CAPS (a partir da análise de um CAPSi), este estudo aponta a necessidade de novos desdobramentos, através de abordagens qualitativas, para análise desta articulação.

Finalmente, consideramos que a avaliação dos efeitos desta intervenção, ação iniciada no último encontro e que deverá se estender em projetos futuros, poderá sinalizar vias de efetivação para o trabalho colaborativo, apostando na parceria entre o CAPSi e AB como estratégia para montagem da rede de atenção psicossocial para crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, N. C. A desconstrução do manicômio, em sua narrativa. In: ALMEIDA, N. C. & DELGADO, P. G. G. **De volta à cidadania: políticas públicas para crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2000. p. 103-126.
- AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMAN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo (org.) **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 33-45.
- ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema de intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006. 288 p.
- ANDRADE, L. O. M. *et al.* Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. D. S. *et al* (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2º ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 845-902.
- APPLETON, P. L.; HAMMOND-ROWLEY, S. Addressing the Population Burden of Child and Adolescent Mental Health Problems: A Primary Care Model. **Child and Adolescent Mental Health**, Oxford, UK and Boston, USA, n. 5, v. 1, p. 9-16, 2000.
- ARANTES, E. M. M. Rostos de Crianças no Brasil. In: PILOTTI, F. & RIZZINI, I. (org). **A arte de governar crianças. A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Amais, 1995. p. 171-220.
- ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F.; LIMA, M. G. Práxis da saúde mental no âmbito da estratégia saúde da família: Contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Mental Health Praxis within the Family Health Strategy: Contributions to build an integrated care**, n. 21, v. 2, p. 541-560, 2011.
- ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, n. 26, v. 8, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)536](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(26)536)
- AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], n. 3, v. 9, p. 583-592, 2004.
- AYRES, J.R. *et al.* Risco, vulnerabilidade e prática de promoção e prevenção da saúde. In: CAMPOS, G. W. D. S.; BONFIM, J. R. D. A., *et al* (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2º ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p.399-442.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BELFER, M. L. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 49, n. 3, p. 226-236, 2008.

BOWER, P.*et al.* The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review. **Family Practice**, n. 4, v. 18, p. 373-382, 2001.

BOWER, P; GILBODY, S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. **BMJ**, v. 330, p. 839-842, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. 1988a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília. 1988b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília. 1992.

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as normas e diretrizes para a organização dos CAPS. **Diário Oficial da União**. 2002a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde. 2002b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 76 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 01 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010. p. 92-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v.2,n.6, p.50-63, 2002.

CAMPOS, G. W. Introdução. In: ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema de intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, Rosana Onocko. Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis** [online], v. 21, n.4, p. 1269-1286, 2011.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 31, v. 2, p. 209-213, 1997.

CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, D. C. M. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Where is the child? Challenges and obstacles to the matrix support of children with mental health problems**, n. 22, v. 1, p. 161-178, 2012.

CECÍLIO, L. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, v. 11, p. 2893-2902, 2012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

CRESWELL, J. W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3º ed. Porto Alegre: Penso, 2014. 341 p.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Iniquidades em Saúde no Brasil: nossa mais grave doença**, 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br/iniquidades.htm. Acesso em fev. 2015.

COUTO, M. C. V. Por uma Política Pública de Saúde Mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (Ed.), **A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 61-74.

_____. **Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira.** 178 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental). Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

COUTO, M. C. V., & DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Eds.), **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2010. p. 271 – 279.

COUTO, M. C. V., DUARTE, C. S., DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 30, v. 8, p. 390-8, 2008.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** 3º ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 212 p.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: _____ (org) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

DAVIS, H. et al. Child and adolescent mental health needs assessment and service implications in an inner city area. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, n. 5, v. 2, p. 169-188, 2000.

DELGADO, P. G. G. Por uma clínica da reforma. **Caderno Saúde Mental.** Ed. ESP/MG, v. 1, p. 59-66, 2007.

DELGADO, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia.** Rio de Janeiro, n. 63, v. 2, p. 114-21, 2011.

DENZIN, N & LINCOLN, Y. 2005. Introduction: the discipline and practice of qualitative research. In: _____. **The SAGE handbook of qualitative research.** 3º ed. Thousand Oaks, London, New Delhi, 2005. p.1-32.

DUARTE, C. S. *et al.* A rede pública ampliada de atenção à saúde mental da criança e do adolescente: estudo-piloto em quatro localidades do estado do Rio de Janeiro. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo (org.) **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2010. p. 280-302.

DELFINI, P. S. S. & REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 28, v. 2, p. 357-366, 2012a.

DELFINI, P. S. S. & REIS, A. O. A. O cuidado da criança e do adolescente em sofrimento psíquico: articulações entre CAPSi e a Estratégia de Saúde da Família. In: REIS, A. O. A. *et al.* **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil.** São Paulo: Schoba, 2012b. p. 241-258.

EAPEN, V., JAIRAM, R. Integration of child mental health services to primary care: challenges and opportunities. **Men Health Fam. Med**, n.6, p. 43–48, 2009.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência saúde coletiva**, n. 14, v. 1, p. 129-138, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L., *et al.* **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-546.

GOLDBERG, D., GOURNAY, K. **The general practitioner, the psychiatrist and the burden of mental health care**. London: Maudsley Hospital, Institute of Psychiatry, 1997.

GOMES, F. M. A. **Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos**. 125 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de São João del-Rei, 2012.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A . Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, n. 20, sup. 2, p. S331-S336, 2004.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 24, v.3, p. 633-42. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010: População por município. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> Acesso em julho de 2014.

JACOBSON, N. Social Epistemology: Theory for the “fourth wave” of knowledge transfer and Exchange research. **Science Communication**. n. 29, v. 1, p. 116-127, 2007.

JANSSENS, A; PEREMANS, L; DEBOUTTE, D. Conceptualizing collaboration between children's services and child and adolescent psychiatry: A bottom-up process based on a qualitative needs assessment among the professionals. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**. n. 15, v. 2, p. 251-66, 2010.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Problemas de saúde mental das crianças: abordagem na atenção básica**. São Paulo: Annablume, 2005. 140 p.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo (org.) **Atenção**

em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 147-169.

LOPES, J. M. C. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In.: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 113-123.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

MENDONÇA, M.H.M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciências & Saúde Coletiva**, n. 15, v. 5, p. 2355-2365, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8º ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 255 p.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 132p.

MINAYO, M. C. S. Violência: impactos no setor saúde e respostas do sistema. In: Giovanella, L. (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2ªed. Rev. e Amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1011-1136p.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2º Ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 155-162.

PATEL, V. *et al.* Mental health of young people: a global public-health challenge. **The Lancet.** v. 369, p. 1302-1313, 2007.

PAULA, C. S., *et al.* Primary care and children's mental health in Brazil. **Academic Pediatric**, n. 9, v. 4, p. 249-255, 2009.

PAULA, C. S., *et al.* How to improve the mental health care of children and adolescent in Brazil: actions needed in public sector. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 34, p. 334-41, 2012.

PAULON, S.; NEVES, R. O. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado.** Porto Alegre: Sulina, 2013. 151 p.

PILOTTI, F. Crise e perspectiva da assistência à infância na América Latina. In: RIZZINI, I.& PILOTTI, F. (org.) **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, Editora Universitária Santa Úrsula, Amais Livraria e Editora, 1995. p. 11-45.

PRIORE, M. (org). **História da Criança no Brasil.** 3ºed. São Paulo: Ed. Contexto, 1995.

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, Edith; TANAKA, Oswaldo (org.) **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 170-185.

RAWAL, S. Médico da Família na Saúde Pública. In.: GUSSO, G; LOPES, J. M. C. (org) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 19-27.

REIS, A. O. A. *et al.* Breve histórico da saúde mental infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo (org.) **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 109-130.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (org) **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 15-74.

RIZZINI, I. **O século perdido. Raízes históricas das Políticas**. Públicas para Infância no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Amais, 1997.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. SP: Ed. Loyola, 2004.

RIZZINI, I.; PILOTTI, F. (org.) **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3º ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2011.

SANDELOWSKI, M. Focus on qualitative methods. The use of quotes in qualitative research. **Res. Nurs. Health**, n. 17, p. 479–482, 1994.

SANTOS, M. O retorno do território. **OSAL**. VI, n. 16, jan-abr 2005.

SCHECHMAN, A. Textos da I reunião temática Exortação às Mães: uma Breve Consideração Histórica sobre Saúde Mental Infantil no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SEBULIBA, D.; VOSTANIS, P. Child and adolescent mental health training for primary care staff. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, n. 6, v. 2, p. 191-204, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUAREZ, J. Contribución al marco teórico para el desarrollo de la acción intersectorial em salud. **Educ. Med. Salud**, n. 26, v. 2, p. 225-41, 1992.

TANAKA, O. Y., LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafios para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 22, v. 9, p.845-1853, 2006.

TANAKA, O. Y., LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 14, v. 7, p. 477-486, 2009.

TAÑO B. L., MATSUKURA T. S. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**. n. 25, v. 3, p. 208-216, 2014.

TEIXEIRA, M. R., COUTO, M. C. V., DELGADO, P. G. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006 - 2011). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, n. 32, v. 4, p. 691-699, 2015.

TSIANTIS *et al.* Early mental health promotion in children through primary health care services: a multi-center implementation. **International Journal of Mental Health Promotion**, n. 2, v. 3, p. 5-17, 2000.

TSZESNIOSKI *et al.* Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 20, v. 2, p. 363-370, 2015.

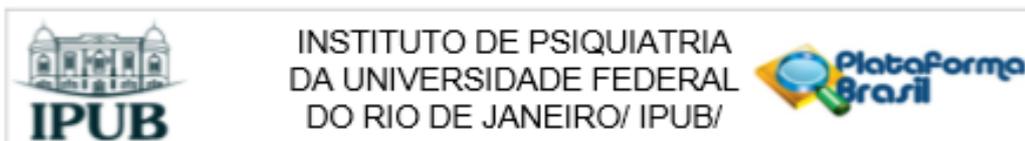
VELHO, G. Observando o familiar. In: NUNES, E. O. (org) **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 37-46.

VICENTIN, Maria Cristina G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional USP**, n. 17, v.1, p. 10-17, jan/abr 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Atlas Child and Adolescent mental health resources: global concerns implications for the future**. Genebra, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **First International Conference on Health Promotion. Ottawa Charter**. Ottawa, 21 Nov. 1986.

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO IPUB/UFRJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Articulação entre CAPSi e Atenção Básica de Saúde: pesquisa-intervenção como estratégia para avaliar a integração dos serviços no cuidado territorial em saúde mental de crianças e adolescentes

Pesquisador: Melissa Ribeiro Teixeira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30990114.0.0000.5283

Instituição Proponente: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 731.484

Data da Relatoria: 12/08/2014

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer anterior

Objetivo da Pesquisa:

conforme parecer anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

conforme parecer anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pesquisadora cumpriu todas as exigências solicitadas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

pesquisadora fez alteração no TCLE solicitada

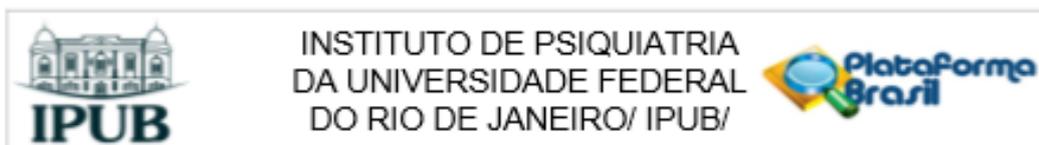
Recomendações:

Diante das modificações apresentadas o projeto está aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante das modificações apresentadas o projeto está aprovado

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2ª andar - FDS
 Bairro: Botafogo CEP: 22.290-140
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3873-5510 Fax: (21)2543-3101 E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 721.454

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

em acato ao parecer elaborado

RIO DE JANEIRO, 29 de Julho de 2014

Assinado por:
Jorge Adelino Rodrigues da Silva
 (Coordenador)

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS
 Bairro: Botafogo CEP: 22.290-140
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3873-5510 Fax: (21)2543-3101 E-mail: comite.etica@pub.ufj.br

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Articulação entre CAPSi e Atenção Básica de Saúde: pesquisa-intervenção como estratégia para avaliar a integração dos serviços no cuidado territorial em saúde mental de crianças e adolescentes

Pesquisador: Melissa Ribeiro Teixeira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30990114.0.3001.5279

Instituição Proponente: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 777.231

Data da Relatoria: 18/08/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa-intervenção avaliativa e participativa, de caráter qualitativo, que será conduzida na Área Programática 2.1, em uma região do território de cobertura do CAPSi CARIM (IPUB/ UFRJ) que abrange os bairros de Botafogo/Copacabana/Urca/ Leme e Humaitá (Rio de Janeiro/ RJ). O atual projeto de pesquisa se delinea a partir de um componente de pesquisa de campo (produção de informações) e um componente de formação

(capacitação em SMCA para profissionais da AB). O estudo será realizado em duas fases. Fase 1: entrada no campo e mapeamento dos serviços; levantamento do fluxo de encaminhamento de crianças e adolescentes ao CAPSi CARIM; definição de informantes-chave para aplicação de entrevista semi-estruturada.

A partir da caracterização do grau de articulação das ações implantadas na rede intrasetorial (serviços de saúde mental e atenção básica de saúde)

delimitadas no território de análise/campo de pesquisa, irá propor uma intervenção como estratégia para articulação da rede de SMCA, constituindo a Fase 2 do projeto, através de realização de rodas de conversa (grupos focais e de intervenção) com profissionais da atenção básica, conduzidas pelos pesquisadores e profissionais do CAPSi

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)2293-4326 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 777.231

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Este estudo visa descrever e analisar as estratégias e os desafios para a articulação entre CAPSi e Atenção Básica, avaliando a integração entre os serviços no cuidado em SMCA.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o grau de implantação das ações intrasetoriais; - Identificar os fatores facilitadores e restritivos à implantação das ações entre o CAPSi e a atenção básica de saúde; - Identificar a potencialidade desta articulação na construção da rede pública ampliada de atenção em SMCA; Realizar, com trabalhadores voluntários de serviços de atenção básica do território selecionado, atividades de orientação e educação em saúde, abordando aspectos relacionados à saúde mental de crianças e adolescentes; - Construir referências para avaliar a implantação da política de saúde mental de crianças e adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto é relevante, tanto como proposta de investigação quanto de intervenção. Seus benefícios se dirigem para o trabalho de maior articulação da rede de saúde mental no território. Seus riscos são inerentes ao trabalho de investigação qualitativa e dizem respeito ao contato dos sujeitos com temas ligados ao seu cotidiano laborativo. Como a metodologia inclui grupos de intervenção é importante que o autor acrescente no projeto que podem ocorrer situações de conflito inerentes ao contexto grupal no ambiente de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante e atende aos princípios éticos que devem nortear uma investigação científica. Apesar disso alguns pontos devem ser satisfeitos para que o projeto seja aprovado por este comitê: 1- é preciso anexar as demais autorizações de todos os coordenadores de serviço onde ocorrerá estudo de campo 2- É preciso esclarecer se já há um roteiro para a entrevista semi-estruturada (em caso afirmativo este deve ser anexado) ou se a construção deste roteiro faz parte da investigação 3- deve ser acrescentado no TCLE que há o risco de conflitos relacionados ao contexto grupal no ambiente de trabalho, os quais deverão ser gerenciados pelo pesquisador

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi atendida exigência exarada nos autos pelo CEP da instituição originária.

Os documentos de autorização mencionados, e o breve acréscimo no TCLE mencionado atendem às normas brasileiras.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)2293-4826 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 777.221

Recomendações:

Nada a observar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, conforme discutido em sala de reuniões do CEP.RJ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)2293-4826 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 777.231

RIO DE JANEIRO, 03 de Setembro de 2014

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)2293-4926 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar do projeto de pesquisa intitulado: **“Articulação entre CAPSi e Atenção Básica de Saúde: pesquisa-intervenção como estratégia para avaliar a integração dos serviços no cuidado territorial em saúde mental de crianças e adolescentes”**, que será realizado pelo Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas em saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPPSAM/ IPUB/ UFRJ).

Este projeto tem como principal objetivo avaliar a articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e as unidades básicas de saúde. Para tal, serão realizadas grupos focais entre os profissionais do CAPSi e das unidades básicas de saúde, para discutir temáticas relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, que acontecerão em 4 (quatro) encontros. Serão realizadas, também, entrevistas semi-estruturadas. Os grupos focais e entrevistas serão áudio-gravados e transcritos.

Não são esperados riscos ou danos relacionados à sua participação. Entretanto, podem ocorrer situações de ocasional desconforto e cansaço ao longo do desenvolvimento dos grupos focais ou entrevistas. Poderão ocorrer pequenos conflitos relacionados ao contexto grupal no ambiente de trabalho, os quais deverão ser manejados pelo pesquisador. Além disso, sua identidade, ou qualquer outra informação que possa levar à sua identificação pessoal, será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo podem ser publicados, mas sua identidade não será revelada. Apenas os pesquisadores terão acesso aos registros das entrevistas e grupos focais.

A sua participação nesse estudo é voluntária. Não haverá despesas pessoais para participar dessa pesquisa, e também não haverá ganho financeiro relacionado a sua participação. Ressaltamos, também, que mesmo que você decida participar, você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento, sem incorrer em nenhuma penalidade. O seu trabalho não será prejudicado caso você decida não participar ou caso decida sair do estudo já iniciado.

Ao participar deste projeto você estará contribuindo para o avanço do processo de formulação e implementação das Políticas Públicas de Saúde Mental, para a construção e disseminação do conhecimento científico e para a qualificação da gestão e fortalecimento da rede de serviços de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes.

Caso surja alguma dúvida quanto aos aspectos éticos do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisa – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Este termo é para certificar que eu, _____, portador da cédula de identidade _____, estou ciente das informações acima e firmo este

'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido', concordando em participar desta pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá comigo e a outra cópia será arquivada com o pesquisador responsável.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante do estudo

Assinatura do pesquisador responsável

Melissa Ribeiro Teixeira

NUPPSAM/Instituto de Psiquiatria da UFRJ
 Av. Venceslau Brás, 71 Fundos – Botafogo
 CEP: 22.290-140, Rio de Janeiro, Brasil.
 Tel: (21) 3938-5516/ 98021-0114

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria

Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/ UFRJ)
 Avenida Venceslau Brás, 71 – Fundos – Botafogo
 Rio de Janeiro/ RJ – CEP: 22290-140
 Telefone: (21) 3938-5514
 e- mail: comite.etica@ipub.ufrj.com.br
cepsmsrj@yahoo.com.br
 Atendimento: 2º a 6º feira, das 9 às 16h

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria . . .
 Municipal de Saúde

Rio de Janeiro (SMS/ RJ)
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sl 710 – Cidade Nova
 Rio de Janeiro/ RJ -CEP: 20211-901
 Telefone: (21) 3971-1463
 e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br /

Atendimento: de 2ª a 5ª feira, das 9h às 13h

ANEXO V – FORMULÁRIO DE REGISTRO DOS CASOS COMPARTILHADOS ENTRE A CLÍNICA DA FAMÍLIA E O CAPSi



Registro de casos compartilhados entre a Clínica da Família e o CAPSi CARIM (IPUB/UFRJ)

Responsável pelo preenchimento: Clínica da Família
Finalidade: constituir um banco de informações para discussão nas reuniões mensais com o CAPSi CARIM

Clínica da Família:

Data:/...../.....

Nome completo da criança/ adolescente: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Responsável: _____

Endereço/ Telefone: _____

Equipe da CF: _____

Profissionais de referência na CF: _____

Problemas detectados: _____

Ações já realizadas pela CF: _____

Pactuações estabelecidas entre CF e CAPSi CARIM:

