



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas - FCM
Departamento de Saúde Coletiva
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
Mental e Coletiva



ANA PAULA MACHADO

A intersetorialidade na rede de cuidados ampliada na saúde mental
infantojuvenil: potencialidades e desafios a partir da experiência de um
CAPSij de Campinas

Campinas

2017



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas- FCM

Departamento de Saúde Coletiva

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
Mental e Coletiva



ANA PAULA MACHADO

A intersetorialidade na rede de cuidados ampliada na saúde mental
infantojuvenil: potencialidades e desafios a partir da experiência de um
CAPSij de Campinas

Trabalho apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista em saúde mental e coletiva.

Coordenadora: Rosana T. Onocko Campos
Orientadores: Prof. Dr. Thiago L. Trapé
Ms^a. Ellen Cristina Ricci

Campinas

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os usuários da Rede de Atenção Psicossocial do SUS por compartilhar suas histórias e incentivar à construção de um cuidado ético, centrado no sujeito e no cuidado em liberdade.

A minha família, em especial, a minha avó Tânia, que generosamente me apoiou em todas as minhas escolhas.

Ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Universidade de Campinas (UNICAMP).

As equipes e preceptores do CAPSij e do Centro de Convivência que tanto me ensinaram durante esse período de formação.

A III turma de residentes, especialmente, à Chayene Andrade Cezário da Silva (in memorian).

Ao Icaro Lopes e Felipe Gemelgo por todo apoio e parceria.

RESUMO

Este trabalho refere-se à monografia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Tem como tema principal a discussão da intersetorialidade como diretriz orientadora do cuidado em saúde mental na infância e adolescência. Assim, objetiva-se refletir sobre os desafios para sua efetivação e as potencialidades do cuidado em rede a partir da experiência de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) na cidade de Campinas.

Optou-se por organizar este trabalho a partir da contextualização da Reforma Psiquiátrica, constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e pelo breve histórico da saúde mental infantojuvenil no Brasil. O tema da intersetorialidade e as repercussões na construção de uma rede de cuidados na saúde mental infantojuvenil será abordado na discussão deste estudo a partir de duas experiências distintas de parceria e articulação de rede desenvolvidas pelo CAPSij acima citado.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 5 |
| 1.1.Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil..... | 5 |
| 1.2.Saúde Mental Infantojuvenil: breve histórico..... | 7 |
| 1.3.O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e o papel da intersectorialidade nas práticas de cuidado | 9 |
| 2. OBJETIVO | 13 |
| 3. METODOLOGIA | 14 |
| 4. Saúde mental infantojuvenil do SUS Campinas: caminhos percorridos | 15 |
| 5. Ações intersectoriais desenvolvidas por um CAPSij do SUS Campinas: potencialidades e desafios do trabalho em rede..... | 18 |
| 6. DISCUSSÃO..... | 28 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 35 |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 37 |

1. INTRODUÇÃO

1.1. Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil

O processo da Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil emergiu no final da década de 1970 com a crise do modelo asilar em um contexto de profundas mudanças políticas que buscavam, principalmente, a redemocratização do país.

Contemporânea e aliada aos ideais da Reforma Sanitária - que lutava por transformações políticas que garantissem o direito à saúde e que resultou na criação do SUS - a RP, inicialmente, mobilizou esforços para efetivação das mudanças dos modelos de atenção e dos processos de gestão para as pessoas em sofrimentos mentais, pautados na participação e protagonismos dos profissionais e usuários do sistema de saúde (BRASIL, 2005). Neste período também foi possível a criação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) em 1978, que denunciou a violência da lógica manicomial e do saber psiquiátrico às quais as pessoas com transtornos mentais eram submetidas.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a Reforma Psiquiátrica é definida como um conjunto de transformações de cunho político e social; bem como das práticas e da organização de serviços de saúde, que desde então, se orientam para uma ação terapêutica centrada no sujeito e no cuidado em liberdade.

Neste cenário e inspirados por experiências internacionais, principalmente pela experiência italiana de desinstitucionalização, os trabalhadores da saúde mental propuseram a ruptura do modelo hospitalocêntrico que colocavam as pessoas com saúde mental no lugar de objeto, sem qualquer possibilidade de tratamento digno e exercício de cidadania (PRESSOTO, 2013).

A partir de algumas experiências (intervenção na Casa Anchieta em Santos, por exemplo) e a construção de novos serviços como os NAPS e os CAPS elucida-se a sustentabilidade da criação de uma rede de serviços substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Também houve repercussões no âmbito legislativo com a inserção do projeto de lei Paulo Delgado que dispunha sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005)

A partir dos anos 1990, com a municipalização da saúde, os municípios assumiram a responsabilidade pela construção de novas políticas de saúde mental e da regulação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), baseada em portarias que os tipificaram e regulamentaram seu financiamento. O foco foi a garantia do exercício de direitos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico. (MÂNGIA e NICÁCIO, 2001).

Foi somente no ano de 2001 que a lei 10.201 foi sancionada e, junto com portarias subsequentes (principalmente a 336, de 2002), impulsionou o redirecionamento da assistência em saúde mental que privilegia o tratamento em serviços de base comunitária, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Delgado (2015) esclarece a estruturação e diretrizes técnicas desse novo modelo que se nomeiam como “serviços comunitários fincados no território, intersetoriais, sustentados na ética da inclusão social e autonomia do usuário” (pg. 312). Assim se faz necessário a construção de novas formas de interagir com a experiência do sofrimento psíquico para que seja possível a invenção e consolidação de novos modos de cuidar.

Os serviços comunitários acima citados compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que foi instituída pela Portaria MS/Gm nº 3.088, de 23/12/2011 e dispõe sobre a ampliação, criação e articulação dos diversos equipamentos de atenção à saúde das pessoas com sofrimento mental e/ou com necessidades decorrentes ao uso de substâncias psicoativas. Entre os objetivos, destacam-se: promover cuidados a grupos mais vulneráveis; reinserção social por meio do acesso ao trabalho e moradia; a redução de danos e promover ações intersetoriais para qualificação do cuidado. De modo resumido a RAPS é composta pelos seguintes componentes: a Atenção Básica, a Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

1.2. Saúde Mental Infantojuvenil: breve histórico

Ao retomar a história e a construção de políticas públicas para a infância e juventude, observa-se um forte controle do Estado que preconizava a institucionalização de crianças e adolescentes como forma de assistência e proteção social. Segundo Taño e Matsukura (2015) o percurso percorrido pela saúde mental infantojuvenil acompanhou o projeto político e de sociedade do Brasil, que viria a se constituir mediado pelo conhecimento científico, principalmente sob o discurso da disciplina médica, que iria instituir como deveria se organizar a vida nas cidades.

Do ano de 1920 no Brasil, data a primeira representação do movimento de defesa dos direitos de crianças e adolescentes, contribuindo para a elaboração de uma legislação que se propôs a refletir sobre temas pertinentes a este grupo, principalmente, a assistência e proteção. Reconhecer a situação social e de vulnerabilidade em que a maioria das famílias viviam, possibilitou recolocar a questão do abandono de crianças e refletir sobre o envolvimento de jovens em situações de infração da lei. A resposta da sociedade naquela época foi à fundação de instituições filantrópicas que operavam na lógica do controle.

Nesse panorama, observou-se o isolamento por meio da institucionalização de um enorme contingente de crianças e adolescentes com distintas condições vulneráveis, entre elas: deficiências, transtornos mentais e pobreza (BRASIL, 2014).

Ainda na década de 1920 a saúde mental infantojuvenil sofreu influências da Liga de Higiene Mental, que desempenhou um duplo papel: assistencial e educativo, ambos de caráter coercitivos. A finalidade desta instituição era fortalecer a disciplina psiquiátrica infantil, ditar condutas e comportamentos que produzissem um *status quo* para a sociedade brasileira (TAÑO e MATSUKURA, 2015).

Em 1927, houve a promulgação do Código Mello Mattos, que atribuiu a judicialização das ações destinadas à juventude em condição de desvantagem. Algumas décadas depois, em 1979, ocorreu a promulgação do Código de Menores, que tratou de questões de vulnerabilidade social como carência, abandono, autoria de ato infracional e desvio de conduta, através

das internações em massa. Assim, a legislação permaneceu pautada em parâmetros morais e higienistas; além de respaldar a segregação ao convívio social dessa população (BRASIL, 2014).

A partir da década de 1980 foram possíveis maiores avanços no âmbito jurídico em relação à garantia de direitos para crianças e adolescentes, por meio da inclusão do artigo 227 na Constituição Federal de 1988, que atribuiu ao Estado, sociedade e a família em assegurar os direitos fundamentais de crianças e adolescentes. Este debate aliado a tensões de movimentos sociais e do poder público em prol da infância e juventude foi reafirmado pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) em 1990 - legislação atualmente vigente no Brasil

O ECA oficializa, então, diretrizes que apoiam a proteção integral de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e prioriza a assistência, proteção, formulação de políticas e destinação de recursos públicos para este segmento populacional. O reconhecimento desta população como “sujeitos em condição de desenvolvimento” motivou maiores investimentos na atenção ao processo de desenvolvimento infantil, ampliando as possibilidades de apoio a esta população (BRASIL, 2014).

O ECA atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de crianças e adolescentes (BRASIL, 1990). Cada faixa etária ou marcos do desenvolvimento infantil exigem diferentes olhares e investimentos. Destaca-se o papel da Atenção Básica (AB) em relação à responsabilização e gestão do cuidado no território adstrito. Por estar inserida e ser o ponto de atenção de maior contato com a comunidade, acredita-se que este dispositivo pode detectar de forma mais precoce os casos que envolvam sofrimento psíquico de crianças e adolescentes e adotar as devidas providências. Por meio da promoção e educação em saúde; bem como o alinhamento de ações a outras esferas intersetoriais, pode-se produzir melhores respostas de cuidado.

Os progressos na garantia dos direitos de adolescentes que praticam ato infracional, também puderam ser revistos por meio da criação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) que reafirma o caráter pedagógico e em meio aberto das medidas socioeducativas; além de buscar diminuir internações nos regimes fechados (BRASIL, 2014).

Apesar dos avanços nos âmbitos assistencial e legislativo, ainda há muito o que se fazer para concretização da garantia de direitos e qualificação do cuidado na saúde mental infantojuvenil. Segundo Couto et al., (2008) existe uma defasagem mais acentuada de serviços de saúde mental destinados a crianças e adolescentes nos países em desenvolvimento, e para eles, é justamente a ausência de políticas específicas para esta população que contribui para o déficit assistencial. Neste sentido, políticas específicas poderiam incentivar a ampliação da produção científica na área, a destinação de recursos públicos e diretrizes técnicas que pudessem apoiar o cuidado integral de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Os autores dissertam ainda sobre a insuficiente participação do setor da Saúde, de um modo geral, para a instrumentalização deste campo específico.

Sabe-se que a construção das políticas públicas resulta de intensas lutas sociais, e neste contexto, todos os envolvidos com o campo teriam importante papel. Assim, todos os atores e instituições tornam-se corresponsáveis em dedicar-se à assistência de crianças e adolescentes, em esforços para garantir o acesso à saúde, ao convívio com seus familiares ou responsáveis, à participação social e comunitária, à educação e qualificação profissional - proporcionando mais oportunidades e melhores condições de vida.

1.3.O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e o papel da intersectorialidade nas práticas de cuidado

A construção do campo da saúde mental infantojuvenil no Brasil é recente e tem se destacado como um dos desafios para a consolidação da Reforma Psiquiátrica (Delfini e Reis, 2012). Segundo Delfini e Reis (2012) as crianças e adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental devem ter acesso aos diferentes níveis de complexidade e de dispositivos que compõem a RAPS, com maior ou menor ênfase a depender do momento do caso. Estes serviços, articulados em uma rede intersectorial, devem garantir um cuidado integral e promover a inclusão social desta população.

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis desempenham um papel estratégico no cuidado a crianças e adolescentes com grave

comprometimento psíquico na RAPS. Os primeiros CAPSij foram implementados apenas em 2002, por meio da Portaria GM nº 336/02, após a constatação da necessidade deste tipo de dispositivo. Porém, de acordo com a pesquisa de Couto e Delgado (2015), os CAPSij são numericamente inferiores à quantidade dos CAPS Adulto e estão distribuídos de modo irregular pelo território brasileiro, sendo que existem áreas com maior concentração de serviços e outras caracterizadas por vazios assistenciais.

Assim como os CAPS Adulto, os CAPSij são serviços territoriais, integralmente financiados pelo SUS e indicados para municípios com população acima de 70.000 mil habitantes (BRASIL, 2011). A função destes equipamentos é, basicamente, oferecer tratamento às crianças e adolescentes com sofrimento psíquico intenso, notadamente os casos de autismo e psicose, em que apresentam maiores incidências de prejuízos no desenvolvimento e socialização nos diferentes aspectos da vida (COUTO et al., 2008). Nos municípios onde não há CAPSij, as outras tipologias dos CAPS e ambulatórios devem atender a demanda. Porém, é importante destacar que a simples transferência de práticas do campo da saúde mental de adultos não são resolutivas, pois desconsideram as questões próprias da infância e adolescência (COUTO et al., 2008).

Todos os CAPS se constituem como a principal estratégia de cuidado vigente na política brasileira atual, e são regidos pelos princípios do acolhimento universal, construção permanente de redes, desenvolvimento de ações intersetoriais e encaminhamento implicado (BRASIL, 2005). Estes equipamentos devem se responsabilizar pelo tratamento e pela articulação dos outros serviços pertinentes ao cuidado. Segundo Couto et al., (2008) o CAPSij é responsável tanto pelo mandato clínico, quanto pela gestão dos casos na medida em propõem a organização da demanda e fluxos com a rede do território adscrito (escolas, UBS, abrigos etc).

As práticas de reabilitação psicossocial ofertadas nos CAPSij são desenvolvidas por meio de atendimentos individuais, grupais, ateliês, oficinas terapêuticas, ambiência e acompanhamento terapêutico. Estas ações visam promover o exercício da cidadania, ampliação da contratualidade e inclusão social, o convívio com a diferença, o direito à educação, ao lazer, a circulação no território - e para a concretização destes objetivos, é necessária a

articulação de diversos setores. Nesta perspectiva os CAPSij se colocam como mais um loco dentre os dispositivos que se propõem a cuidar de crianças e adolescentes, tendo visto que a atenção em saúde responde a apenas uma parte da complexidade da infância e adolescência. Assim, destaca-se a intersetorialidade como diretriz orientadora na produção do cuidado (COUTO et al., 2008)

Situações complexas que envolvem sofrimento intenso e violação de direitos são relatadas no cotidiano de trabalho dos CAPSij. A construção de respostas mais eficazes demandam um esforço coletivo e atuação conjunta de uma equipe interdisciplinar; bem como de parcerias com diversos pontos de atenção da saúde, justiça e assistência social. A pactuação e compartilhamento de ações intersetoriais é condição fundamental para o oferecimento do cuidado. Segundo Couto e Delgado (2010):

A ação intersetorial vem sendo, na atualidade, alçada como estratégia privilegiada para promoção da integralidade do cuidado por diferentes políticas públicas. (...) No caso da política de saúde mental infantil brasileira, o princípio intersetorial se impôs desde o início como única condição de possibilidade para construção sistema de serviços capaz de responder às diferentes ordens de problemas envolvidos no cuidado e tratamento de crianças e jovens (COUTO; DELGADO, 2010, pg. 272).

Assim, a construção de uma rede de cuidados potente, composta por serviços de diversos setores, maximiza o uso de recursos materiais e humanos disponíveis no território e podem produzir uma melhor resposta frente ao sofrimento psíquico, a fragmentação e escassez de serviços (COUTO et al., 2008).

Ainda há muito trabalho a ser desenvolvido para superação do déficit da saúde mental infantojuvenil no Brasil. Segundo Couto et al. (2008) desde 2008 estão em vigor ações cuja finalidade é produzir uma rede de cuidados capaz de responder a demanda de saúde mental infantojuvenil de forma resolutiva e integral. As principais frentes de investimentos são: a expansão do número de

CAPSij e a articulação intersetorial da saúde mental com outros equipamentos que também se responsabilizam pela saúde, proteção, garantia de direitos e educação de crianças e adolescentes.

Visto que a intersetorialidade se coloca como princípio fundamental no trabalho com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, serão analisadas na discussão desse trabalho algumas práticas desenvolvidas na instituição CAPSij que fazem interlocução com o tema da construção de redes de cuidado a luz do princípio da intersetorialidade, com base em uma experiência de estágio em Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva.

2. OBJETIVO

Refletir sobre os desafios e potencialidades na construção de uma rede de cuidados intersetorial para a infância e adolescência a partir de ações desenvolvidas em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da Cidade de Campinas-SP.

3. METODOLOGIA

Foram realizados levantamentos bibliográficos nas bases de dados da saúde, a saber: MEDLINE, LILACS, SCIELO, BVS, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP e UNICAMP. No âmbito da Terapia Ocupacional foram consultados os acervos da Revista de Terapia Ocupacional da USP e os Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. Também foram consultados documentos e manuais elaborados pelo Ministério da Saúde, e realizou-se busca manual em livros e manuais impressos.

A pesquisa foi baseada nos seguintes temas: saúde mental na infância e adolescência; os CAPSij e intersetorialidade. A partir da leitura dos resumos foram selecionadas as obras que pudessem contribuir com a reflexão deste estudo.

A discussão deste trabalho também foi apoiada em experiência própria enquanto residente multiprofissional em saúde mental e saúde coletiva; nos relatos dos trabalhadores do CAPSij, nas ações de apoio matricial e nos livros atas referentes às reuniões de rede, mais especificamente às rodas de conversas realizadas com os abrigos referenciados. Optou-se por preservar o sigilo de identidade das instituições envolvidas. Para conferir maior legibilidade às ações, foram relatados registros das construções coletivas entre estes serviços (CAPSij e abrigos), e apresentado um caso clínico com resolução compartilhada.

Acredita-se que para melhor contextualização do panorama atual Campinas, faz-se necessária, também, uma breve retomada histórica dos serviços de saúde mental infantojuvenil da cidade e em especial da implementação dos CAPSij, que será feita a seguir.

4. Saúde mental infantojuvenil do SUS Campinas: caminhos percorridos

A atual rede de saúde mental infantojuvenil de Campinas é composta, na Atenção Básica, por 63 centros de saúde, seis centros de convivência e duas equipes de consultório na rua. Na Atenção Psicossocial Estratégica, por quatro CAPSij. Na Atenção de Urgência e Emergência, com as equipes do SAMU, UPA e Pronto Socorros. Na Atenção Residencial de Caráter Transitório, por uma Unidade de Acolhimento Transitório. Na Atenção Hospitalar dispõe-se de 4 leitos em enfermaria especializada em hospital geral, sendo duas vagas no Complexo Hospitalar Ouro Verde e outras duas no Hospital da UNICAMP. Em alguns casos também é possível acessar a Estratégia de Reabilitação Psicossocial, por meio dos projetos de geração de renda.

Nesta rede, os CAPSij têm destaque no cuidado específico de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental graves. Assim, se faz necessária a retomada histórica da constituição destes serviços na cidade para melhor entendimento de seus processos de trabalho e na construção da rede de saúde mental infantojuvenil.

Até 2010 a cidade de Campinas dispunha de dois equipamentos de referência para o cuidado de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e/ou em sofrimento psíquico, a saber: o Centro de Vivência Infantil (CEVI) e o Centro de Referência Integrado Saúde do Adolescente (CRAISA). Nesta época, também existia um equipamento de apoio à inclusão escolar, conhecido como Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem (SADA).

O CEVI iniciou suas atividades assistenciais em 1989 e se propunha a cuidar de crianças com transtornos mentais graves (principalmente casos de psicose e autismo) até os 14 anos de idade. O CRAISA, inaugurado em 1987, atendia a população de adolescentes do município, com ênfase aos jovens em situação de vulnerabilidade social, em uso abusivo de substâncias psicoativas, em situação de rua e/ou que haviam praticado atos infracionais (Bagnola, 2015).

A partir do final do ano de 2009, a gestão municipal, que tinha importante preocupação com a infância e juventude na cidade, iniciou esforços

com diversas reuniões para a reorganização da assistência em saúde mental infantojuvenil, após a constatação da insuficiência dos serviços e modelos já existentes.

Como desdobramentos, ambos os serviços, CRAISA e CEVI, a partir do ano de 2010 foram alinhados à portaria 336/2001 e foram reestruturados como Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. Com base na orientação prevista na portaria anteriormente citada, esses serviços teriam a mesma missão: cuidar tanto de crianças quanto de adolescentes em sofrimento psíquico grave, sem recortes por faixa etária, diagnósticos ou questões sociais. Desta forma, ocorreram mudanças nos critérios de inserção da população atendida, que passa a ser encaminhada segundo o território adstrito.

Segundo Bagnola (2015), um dos resultados obtidos por meio da reestruturação da rede, em um primeiro momento na transição dos antigos CRAISA e CEVI para CAPSij, foi a maior aproximação com os territórios e com os parceiros da rede de serviços ampliada, incluindo a assistência social, justiça e educação.

A cidade de Campinas é subdividida em 5 distritos sanitários: regiões sul, sudoeste, leste, norte e noroeste. Para a assistência ofertada pelos CAPSij, foi feita uma divisão que corresponde a duas áreas diferentes de cobertura, sendo que o CAPSi Espaço Criativo (antigo CRAISA) ficou responsável pelas áreas sul e sudoeste, enquanto as regiões norte, leste e noroeste foram referenciadas ao CAPSi Carretel (antigo CEVI). Em 2012 passaram a ser gerenciados pelo Serviço de Saúde Cândido Ferreira.

No momento, estimava-se que cada serviço era responsável por um contingente populacional de aproximadamente 550 mil habitantes. A partir desta reestruturação houve um aumento significativo de recursos humanos nos CAPSij e a criação de dois leitos de retaguarda em hospital geral, destinados a receber crianças ou adolescentes em situações de crise (BAGNOLA, 2015).

Recentemente (2016) foram inaugurados mais dois CAPSij em Campinas, regulados sob gestão direta municipal, sendo eles: CAPSij Roda Viva e CAPSij Travessia. A partir da implementação destes dois equipamentos no SUS houve uma reorganização dos territórios sob responsabilidade de

cada CAPSij, agora organizados com a seguinte distribuição sanitária: Carretel, com a região norte e leste; Espaço Criativo, com a região sudoeste; Travessia, com a região noroeste; e Roda Viva, com a região sul. Assim, a rede forma-se por uma combinação dos CAPSij geridos diretamente pelo município e os CAPSij administrados pelo Hospital Doutor Cândido Ferreira.

Durante o ano de 2015 a equipe ainda incompleta do CAPSij Roda Viva tinha como sede a mesma casa do Espaço Criativo. Já o Travessia estava alocado no distrito Noroeste e desenvolveu um intenso trabalho de reconhecimento do território. A parceria com o Carretel foi organizada por meio do compartilhamento de casos e reuniões de apoio. Assim, ambas as equipes experimentaram diferentes processos na ampliação da rede de Saúde Mental infantojuvenil. O processo de desmembramento dessas equipes foram debatidos com as crianças, adolescentes, familiares e outras instituições que tiveram seu lugar e equipe de referência alterados. Atualmente todos os CAPSij já estão atendendo em sede própria.

Feita tal contextualização, pretende-se avançar para os relatos e reflexões sobre algumas ações do trabalho intersectorial desenvolvidos por um dos CAPSij na cidade de Campinas.

5. Ações intersetoriais desenvolvidas por um CAPSij do SUS Campinas: potencialidades e desafios do trabalho em rede

Neste capítulo, propõe-se investigar os efeitos e desafios de dois trabalhos distintos de parceria e articulação de rede intersetorial desenvolvidos nos últimos dois anos por um CAPSij da cidade de Campinas. O primeiro trabalho refere-se a reuniões intersetoriais entre a saúde, representada pelos CAPSij, e a assistência social, representada pela coordenação e equipe dos abrigos da cidade. Estas reuniões aconteceram sistematicamente a cada quinze dias, e foram nomeadas em seu conjunto como “roda de abrigos”, durante o ano de 2016. O segundo trabalho, aborda as ações de apoio matricial e a discussão de diferentes abordagens para desenvolvê-la, conforme a demanda. Neste sentido, explorou-se um caso clínico em que esta metodologia foi aplicada.

• Roda de abrigos: construindo parcerias

Os territórios norte e leste são regiões que concentram um número significativo de abrigos e casas de passagem na cidade de Campinas. São aproximadamente oito instituições que atendem crianças e adolescentes. Entre elas, existem instituições destinadas às crianças e adolescentes destituídos (não tem mais filiação com a família) ou com perda de guarda temporária. É importante esclarecer, que a orientação para acolhimento em abrigos deve priorizar o caráter excepcional e provisório. O principal objetivo do abrigamento é proteger a criança ou adolescente, porém, não menos importante, se coloca o retorno ao convívio familiar a partir do apoio dispensado às famílias para se reorganizarem e receberem seus filhos de volta em condições adequadas.

Em uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada (IPEA) com o título “Levantamento Nacional de Abrigos para Crianças e Adolescentes” (SILVA, 2004) foram avaliados 589 abrigos brasileiros onde viviam 19.373 crianças e adolescentes. Neste estudo, em relação ao perfil dos moradores e tempo de abrigamento foram constatados que a maioria das crianças e adolescentes abrigados eram meninos, afro-descendentes e tinham idade entre 7 e 15 anos, e destes mais da metade já estavam abrigados por um

período superior a dois anos.

Os dados da pesquisas apontam também o predomínio do regime do tipo “permanência continuada”, o que significa que os abrigos passam a ser o local de moradia dessa parcela da população. Cabe ressaltar que os abrigos devem ser o mais próximo possível de um lar e devem oferecer cuidado individualizado.

Com este desafio do “cuidado individualizado”, que por definição deve considerar as diferentes subjetividades, e tendo em vista que muitas das crianças e adolescentes abrigados sofreram situações de negligência, violência ou privação de direitos (fatores de riscos para desenvolver problemas de saúde mental), foi pensado um dispositivo de conversação (a roda de abrigos) para a construção e consolidação de parcerias e qualificação do cuidado.

Outro aspecto que motivou esse encontro foi a percepção por parte dos profissionais dos CAPSij que diferentes abrigos compartilhavam dúvidas e angústias semelhantes em relação a lida cotidiana das crianças e adolescentes abrigados que faziam tratamento na saúde mental. Neste contexto, foi propício a criação deste canal de comunicação e construção conjunta de delineamento do cuidado.

Participaram destas reuniões a coordenação da assistência social do município, a coordenação e equipes dos abrigos, um grupo de profissionais e a coordenadora do CAPSij e pontualmente houve a presença de representantes da educação, para a discussão de um caso específico.

Neste espaço híbrido, construído a cada encontro, foram organizadas as pautas de trabalho do grupo. O objetivo geral de todos os atores envolvidos eram conhecer de modo mais aprofundado o que cada serviço faz, fortalecer parcerias intersetoriais para qualificação do cuidado e construir melhores respostas frente ao sofrimento psíquico e outras necessidades das crianças e adolescentes abrigados e em tratamento no CAPSij. Uma das ferramentas utilizadas como disparadora desses processos foi um momento de formação conjunta, apoiada na leitura de textos sobre a saúde mental infantojuvenil.

No decorrer dos encontros muitos temas foram levantados para o debate, entre eles: o lugar da loucura para os CAPSij e para os abrigos; as regras e limites dentro dessas instituições; a relação com a escola das crianças e adolescentes acompanhados na duas instituições; sexualidade; uso de

substâncias; violência/agressões; e medicalização. Esses temas proporcionaram a discussão e o esclarecimento, à luz de alguns casos, das diferentes abordagens/perspectivas teóricas e práticas utilizadas em cada instituição e como essas poderiam se articular. Também proporcionaram a tomada de conhecimento das limitações de cada equipamento, bem como de suas potencialidades. Como um dos resultados, tornou possível o alinhamento de projetos terapêuticos singulares (PTS).

Os PTS são “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, (...) geralmente dedicado a situações mais complexas” (BRASIL, 2007, p.40).

Questões organizacionais relacionadas ao andamento do PTS também puderam ser contempladas. Os abrigos fizeram um pedido de capacitação referente a manejo, organização da medicação e tratamento. Os CAPSij, por sua vez, colocaram em evidência a necessidade das duplas psicossociais dos abrigos (geralmente compostas por psicólogos e assistentes sociais) estarem mais próxima do CAPS, e se comprometerem em atualizar as cuidadoras ou mães sociais (sem formação técnica) sobre as questões/o PTS do adolescente e da criança. Isto revelou-se importante, uma vez que as cuidadoras do dispositivo eram as principais responsáveis por gerir o cotidiano das crianças e adolescentes e as rotinas dos abrigos.

Foi notado durante as reuniões que grande parte das crianças e adolescentes abrigados tinham um histórico de institucionalização por diversos abrigos da cidade e que muitas informações sobre a história de vida e da rede familiar eram perdidas nestas transições, tanto quando referidas a troca de abrigos, quanto nos casos de acompanhamentos em diferentes setores, como assistência social e saúde. Sabe-se que conhecer as histórias das crianças e adolescentes, bem como das famílias deles são aspectos fundamentais na construção e acompanhamento de casos clínicos. Nos casos de desarticulação de tais informações, fica evidente a fragilidade e ônus de uma rede ainda não consolidada na perspectiva da intersetorialidade.

Outro aspecto observado foi a pluralidade e conflitos entre tratamentos ofertados em paralelo (e de modo desarticulado), em razão de diferentes acessos às redes pública e particular que alguns abrigos têm. Neste sentido,

houve tentativas de se agregar os cuidados, para evitar procedimentos desnecessários, iatrogênicos, e a comum hipermedicalização. A discussão do uso da medicação também foi importante para esclarecer que ela não é a primeira opção de cuidado e deve ser prescrita e administrada com responsabilidade técnica e ética, preferencialmente quando outras possibilidades foram esgotadas.

Por fim, foi colocado em discussão a sobrecarga de alguns cuidadores dos abrigos nos casos graves ou em crise. Sobre este tema, mencionou-se o desafio de ampliar a rede de pessoas com as quais as crianças e adolescentes pudessem se vincular, de forma a circular o cuidado, evitando desgastes e criando uma política mais integral de atenção.

Em relação às dificuldades no desenvolvimento deste trabalho, apontadas pelos próprios participantes, foram citadas: a compreensão da linguagem técnica da saúde e da assistência social nas discussões; questões ao sigilo dos casos, em especial os de segredo de justiça - houve impasses em relação à pertinência daquele espaço para este tipo de debate -; e conflitos sobre o papel do CAPSij, que na expectativa de algumas instituições ou profissionais, era colocado em um lugar de maior responsabilidade na resolução do caso, o que ia na contramão da proposta intersetorial.

O processo de conversação entre estes equipamentos foi desafiador, porém produziu mudanças importantes na relação entre os dispositivos envolvidos e no cuidado ofertado. Entre os resultados apontados pelos profissionais que participaram dos encontros estão: maior entrosamento entre as equipes da assistência social e dos CAPSij; melhora na qualidade da comunicação entre os profissionais de referência de ambas as instituições; qualificação no cuidado ofertado pelos cuidadores nos abrigos, após serem mais acolhidos e orientados; e o aprimoramento de manejos em situação de crise nos abrigos. Outro aspecto apontado pelos profissionais do abrigo foi o cuidado do trabalhador, na medida em que estes puderam compartilhar dúvidas e angústias do cotidiano do trabalho.

Em suma, as rodas de conversas com os abrigos ajudaram a otimizar os PTS, a alinhar fluxos e a colocar o CAPSij como mais um parceiro no cuidado, e não como a instituição que irá responder pela totalidade da demanda exigida pelos casos.

- **Apoio matricial: um desafio de mobilização de equipes**

Segundo a antiga distribuição dos territórios sob responsabilidade do CAPSij até o ano de 2015, o serviço acima citado, atendia as regiões norte, noroeste e leste da cidade de Campinas. Em dados, esta divisão representava um contingente populacional de mais de 550 mil habitantes (número superior ao ideal estipulado pelas portarias ministeriais para atendimento neste tipo de equipamento) e a retaguarda especializada para 33 centros de saúdes (CS), que dependiam das ações de apoio matricial. Nesta conjuntura, também dificultada por entraves organizacionais, como a falta de transporte para os CS, configurava-se a inviabilidade de ofertar o matriciamento a todos os centros de saúde sob responsabilidade do CAPSij.

No cenário atual, com a ampliação dos números de CAPSij na cidade e redistribuição dos territórios sanitários, novos arranjos foram possíveis. O trabalho desenvolvido a partir de um planejamento institucional no CAPSij previu o aumento da cobertura dos centros de saúde; bem como a mobilização da equipe para empreender este trabalho. A aproximação com os serviços do território colocaram diferentes desafios na construção do trabalho entre equipes da Atenção Psicossocial Especializada e da Atenção Básica.

A partir da demanda apontada pelos profissionais dos diferentes CSs foram pensados modos de se fazer o apoio matricial, e cada microrregião se organizou de uma forma. Havia CSs que além das reuniões de compartilhamento de casos, solicitaram atendimentos conjuntos. Outros CSs pediram apoio para o acolhimento e para construir a avaliação inicial (anamnese) dos casos novos que chegavam. Os CSs com mais profissionais de saúde mental de distintas categorias e com um histórico/tradição de acompanhamento neste tipo de atenção conseguiram, para além das reuniões, fomentar momentos de formação continuada por meio de estudos de casos clínicos, temas relacionados à saúde mental, psicopatologia e intervenção terapêutica.

Estas ações estavam sempre ligadas ao entendimento do apoio matricial ou matriciamento como uma estratégia colaborativa entre equipes de saúde da atenção primária e especializada, com o objetivo produzir maior resolutividade no cuidado e ampliar os conhecimentos dos profissionais

envolvidos (QUINDERÉ et al., 2012).

Durante o desenvolvimento deste trabalho foram acumuladas diversas experiências, repletas de desafios e construções conjuntas entre equipes. É por meio deste repertório que pretende-se dar visibilidade a duas categorias de reflexão: desafios/dificuldades; e potencialidades - na consolidação de uma rede articulada na saúde mental infantojuvenil.

Em relação aos desafios ou dificuldades vivenciadas pelos profissionais matriciadores, foram destacados 3 tópicos, que serão melhor destrinchados na sequência. Trata-se de: 1) trabalhadores da rede de AB de diferentes categorias profissionais, incluindo os médicos, que não prestam atendimento às crianças e/ou adolescentes; 2) os chamados “casos de CAPS” e 3) o recorte diagnóstico.

No primeiro tópico, a recusa em atender casos da infância e adolescência foi justificada por uma suposta condição de despreparo ou “falta de interesse clínico” dos profissionais em relação a este segmento populacional - condições relatadas pelos próprios profissionais da AB. Além disto, se mencionava a falta de recursos materiais para desenvolver propostas que garantissem a pertinência e vínculo ao acompanhamento, como brinquedos para oficinas.

No segundo tópico, temos os chamados “casos de CAPSi”, categoria de análise também mencionada na pesquisa de Delfini e Reis (2012) no qual se discutia os desafios para articulação da rede de serviços direcionados à saúde mental infantojuvenil. Neste estudo, os autores relatam nesta categoria a dificuldade de se definir o que seria um caso para ser atendido no CAPSi e qual seria o raciocínio que os serviços utilizam para acolher ou encaminhar usuários para algum locu da rede. Na pesquisa com os profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF) foi frequentemente citado o critério da gravidade do caso ou o momento de crise. Entretanto, esse critério têm se mostrado ineficaz por gerar dúvidas ou discordância entre as equipes da AB e CAPSi e acaba por gerar mais sofrimento e desgaste ao usuário que já se encontra em situação vulnerável ou até mesmo desassistência.

No tópico “casos de CAPSi”, para além das contribuições apontadas por Delfini e Reis (2012), acrescenta-se que quando os sujeitos em sofrimento mental já estão inseridos no CAPSij (que responde a uma parte de seu

tratamento) em alguns casos, verificamos que os cuidados relativos à AB são vistos, em alguns momentos, como menos importantes ou secundários. Assim, o acompanhamento longitudinal que visa a integralidade do cuidado fica comprometido, configurando a ausência de outros pontos da rede na atenção pontual ou a longo prazo.

Partindo ao terceiro tópico, temos o recorte diagnóstico, que faz menção aos encaminhamentos feitos pela AB e/ou pela escola para os CAPSij, por hipóteses diagnósticas de patologias relacionadas à saúde mental, independente do grau de comprometimento ou prejuízo funcional que estão gerando para aquele sujeito - de maneira quase que automática ou até mesmo iatrogênica.

Como um adendo, vale mencionar o desafio que os trabalhadores dos CAPSij referiram em relação à ampliação das relações de parceria com mais profissionais da AB, de modo a evitar a comum personalização de um único trabalhador como elo de comunicação entre os dois serviços.

Na segunda categoria de análise, temos as potencialidades do trabalho articulado em rede na saúde mental infantojuvenil, em que foram apontados a formação permanente dos profissionais, com o fortalecimento de parcerias e a qualificação do cuidado.

Houve muitos pedidos de parcerias por parte da AB para ações de formação na atenção em saúde mental. A partir desta proposta, pode-se citar uma experiência de capacitação desenvolvida por uma pediatra do CAPSij, por meio do apoio matricial. Esta atividade se direcionou a aspectos fundamentais na avaliação inicial de crianças e adolescentes, acompanhadas pelos cuidadores, em saúde mental, que procuravam o CS para acolhimento. Assim, foi elaborada uma ficha de anamnese que pudesse orientar os pontos importantes a serem observados, além de listar possíveis segmentos para o caso. Tal esforço teve resultados muito positivos ao trabalho dos CS, segundo feedbacks recebidos pela profissional responsável. Tal perspectiva de trabalho aposta que a construção coletiva entre diferentes níveis de atenção em saúde e/ou com outros setores, pode produzir respostas mais complexas de cuidado, especialmente em casos graves.

A seguir será apresentado um caso clínico com o objetivo de compor a reflexão sobre a difícil tarefa de alinhamento do cuidado, nas rede intra e

intersetoriais articulado por meio do apoio matricial.

- **Um caso complexo cuidado em rede: fortalecendo parcerias e ampliando a atenção**

Neste ponto, será narrada a experiência de acompanhamento a um adolescente, na época com 14 anos de idade, que trataremos como Felipe, e que foi encaminhado para o CAPSij pelo Centro de Saúde de sua referência. Apesar de ser acompanhado pelo CS, após o falecimento de sua mãe, Felipe precisou acessar a retaguarda especializada, para que pudesse ter cuidados mais intensos e específicos diante do intenso sofrimento, que culminou no agravamento de sua condição.

Após uma crise, que cursou com episódio de auto e hetero agressividade, no qual Felipe se colocou em risco e ameaçou ferir seus familiares, foi necessário que ele ficasse em leito noite no hospital geral. Após alta, este serviço também acionou o CAPSij, para continuidade do cuidado.

Felipe é o filho mais novo de um senhor de 88 anos. Na época, sua rede familiar era composta pelo seu pai e por sua irmã de 23 anos. A família vivia em uma condição de vulnerabilidade social importante. Filhos de pai diferentes, a irmã de Felipe não conheceu seu genitor e assumiu o cuidado do padrasto e do irmão a pedido de sua mãe no seu leito de morte. Ela era, então, a principal provedora de recursos para casa. Felipe e seu pai buscavam pontualmente contribuir com as despesas da casa por meio da venda de tabaco. Quando acolhemos o caso no CAPSij, notamos que para além do cuidado de Felipe, precisaríamos articular uma rede de cuidados para a família.

No momento do acolhimento de Felipe, a irmã pode dizer de como estava cansada de assumir a responsabilidade de prover recursos e cuidar da família sozinha. Pontuou acreditar que seu irmão contribuiu para o falecimento da mãe, porque “dava muito trabalho e causava muito desgosto” (sic). A irmã dizia da sua vontade de morrer, do desejo de encontrar a mãe e parar de sofrer. O pai em idade mais avançada e com questões clínicas importantes necessitava de ajuda para seu autocuidado e para organização da casa.

No momento em que Felipe chegou ao CAPSij, estava obeso, sofrendo de compulsão alimentar, insônia, tinha dificuldade de construir outra resposta à frustração que não fosse a agressão, não tinha amigos ou outra rede de suporte e estava fora da escola.

A complexidade do caso, a saúde dos outros integrantes da família, bem como a situação de vulnerabilidade em que se encontravam fez necessária a articulação de uma rede de cuidados capaz de atender a demanda em sua complexidade. O fortalecimento de parcerias com diversos setores ampliou as possibilidades de atenção e produziu melhores respostas à família.

Foram realizadas diversas reuniões entre os serviços de saúde, assistência social e justiça para alinhamento de ações e possibilidades de cuidado. A co-construção de um projeto terapêutico comum entre os serviços, assim como a responsabilização pelo caso, possibilitou que cada equipamento pudesse contribuir em sua competência técnica e assumir maior ou menor responsabilidade, conforme a demanda do caso clínico e dos familiares.

No ano de 2015, Felipe teve complicações clínicas importantes relacionadas a alterações da glicemia. Nas discussões de apoio matricial que participei como apoiadora do CAPSij, pude retomar a discussão do caso a partir das demandas clínicas e sua relação com a AB, ou seja, com os cuidados em pediatria do Centro de Saúde - tendo em vista a responsabilidade longitudinal para com os usuários de seu território de abrangência. Pactuamos ações de visitas domiciliares e coleta de exames. Concomitante a estas ações, o CAPS pode reavaliar o caso e fazer alterações pertinentes no PTS. O Ambulatório de Adolescentes e de Endocrinologia do hospital da UNICAMP também compôs a rede de cuidados, em um momento específico do caso/para ação pontual.

Nesta mesma configuração, a assistência social pôde auxiliar o cuidado do pai de Felipe, a partir da disponibilização de uma cuidadora que se dirigia até o domicílio para atendê-lo e ajudar na organização da casa. Também houve uma interface com Felipe, mas sua participação na proposta foi irregular. Neste contexto, também surgiram discussões sobre a

necessidade de abrigo, tanto de Felipe quanto de seu pai.

Até os dias de hoje, esses dispositivos permanecem em diálogo, aliados também ao setor judiciário. No âmbito do CAPS, identifica-se posição contrária à proposta de abrigo e à noção de “falta de condições adequadas para o desenvolvimento”, e aposta-se em estratégias e recursos para o fortalecimento e autonomia da família.

6. DISCUSSÃO

A partir do relato de experiências de apoio matricial, da apresentação de um caso clínico que foi compartilhado intra e intersetorialmente, e de registros e reflexões das reuniões intersetoriais entre o CAPSij e os abrigos da região, pretendeu-se subsidiar o debate sobre a intersetorialidade. Esperou-se discutir estas ações sob a ótica deste conceito e analisar implicações na atenção em saúde mental infantojuvenil.

Segundo Oliveira e Mendonça (2016) a intersetorialidade é compreendida como condição fundamental para o trabalho com as crianças e adolescentes que vivenciam a experiência do sofrimento psíquico.

O *status* de sujeitos de direitos atribuídos a estas populações a partir do ECA (1990), pretende garantir o acesso aos equipamentos tanto de saúde quanto de educação, ao convívio familiar e a participação comunitária. Neste sentido pautou-se a resistência do CAPS ao abrigamento de Felipe, de modo a evitar a ruptura da convivência com seus familiares e impossibilitar a condição de destituição, tendo em vista a ínfima possibilidade de adoção devido ao seu perfil - contrário às expectativas das famílias adotivas. As ações de articulação em rede buscaram construir respostas integrais para as problemáticas expressas no caso clínico, o que gerou alinhamento e qualificação do cuidado.

Ademais, segundo BRASIL (2005) o reconhecimento de uma dívida histórica em relação à saúde mental para crianças e adolescentes brasileiros e o uso ineficaz dos serviços que compõem a rede ampliada de cuidados (saúde, assistência social, justiça e educação) fez com que justamente o princípio da intersetorialidade ocupasse a centralidade nos processos de gestão e ordenamento do cuidado, a fim inclusive de maximizar o usos dos recursos humanos e materiais (COUTO et al, 2008).

Na saúde mental infantojuvenil, com a intersetorialidade como princípio orientador na construção de políticas públicas, foca-se além das demandas que envolvem o sofrimento mental, as violações de direitos - históricas e culturais - sofridas por crianças e adolescentes. Além disso, a atenção psicossocial e os demais setores envolvidos no cuidado desta população, têm como atribuição colocar em debate na sociedade a concepção de que crianças e adolescentes podem vir a experimentar a experiência do sofrimento psíquico

- o que implicaria o abandono do ideário socialmente construído entorno da infância ao longo do tempo (Couto e Delgado, 2016).

Os autores Lauridissen-Ribeiro & Tanaka (2010) apud Oliveira e Mendonça (2016) também assinalam que:

“A construção de uma política intersetorial permite compartilhar responsabilidades e saberes, evitando-se medicalizar questões que não são exclusivas do campo de saúde e possibilitando um olhar ampliado sobre os problemas complexos como violência, crises socioeconômicas, desestruturação familiar e suas relações com os problemas de saúde mental.” (LAURIDISSEN-RIBEIRO & TANAKA, 2010, p.136).

Assim, pressupõe-se que o conhecimento acumulado por diferentes profissionais e instituições, compartilhados de forma democrática, podem produzir um enriquecimento das tecnologias de cuidado (Couto et al., 2008).

Na prática cotidiana dos serviços envolvidos na construção de uma rede intersetorial de cuidados à infância e juventude também irão existir diferentes concepções de crianças e adolescentes como acima citado. Nesse sentido é necessário que os serviços se alinhem em torno de um objetivo comum que seria a qualificação e ampliação do cuidado; bem como a superação da fragmentação da atenção em segmentos especializados que não se conversam (COUTO e DELGADO, 2016).

Na construção da rede de cuidados ampliada, composta por diferentes setores, torna-se um desafio a pactuação e o investimento na relação de parceria e co-construção como atribuições de cada equipamento envolvido. Isto torna-se possível em ações como as rodas de conversas realizadas com os abrigos e no exemplo de apoio matricial, que geraram repercussões e só foram possíveis pelo alinhamento dos atores, profissionais e gestores.

Conforme descrito por Couto e Delgado (2010) a respeito da concretização das ações intersetoriais na Rede Pública Ampliada de Atenção à Saúde Mental, esclarecem:

“Os modos de operacionalizá-la e traduzi-la podem, no entanto ser muito distinto conforme o setor público que a elege como prioridade, sendo consenso apenas o reconhecimento de que as práticas intersetoriais são necessárias no enfrentamento de problemas reais e complexos, diante dos quais as respostas calcadas em tradições setoriais ou estritamente especializadas não têm se mostrado satisfatórias.” (COUTO e DELGADO, 2010, pg. 272).

Segundo Couto e Delgado (2010), para a consolidação da rede pública ampliada de atenção, também se faz necessário o avanço de dois pontos fundamentais: 1) a colaboração entre profissionais de diferentes setores juntamente com a construção de estratégias sólidas de articulação de rede - em que destacam-se o apoio matricial e a formação continuada; 2) a clareza de qual é a função dos diferentes setores nesta rede de cuidados. Amorim e Dimenstein (2009) também concordam que ainda é necessário avançar no esclarecimento das atribuições de cada serviço envolvido no cuidado em saúde mental, de modo a evitar a desresponsabilização e precarização do cuidado ofertado. Este aspecto específico, foi amplamente discutido entre CAPSij e abrigos no debate do mandato institucional de cada serviço, que de modo resumido, define a clínica como atribuição da saúde mental e a proteção como atribuição da assistência social (COUTO e DELGADO 2010).

Segundo os autores acima citados, defende-se que a dimensão da clínica é “o que especifica, orienta e valida à ação da saúde mental na prática intersetorial” (COUTO e DELGADO, 2010, pg. 275). Assim, todo o trabalho dos profissionais da saúde mental referente às parcerias intersetoriais devem ter como foco a discussão e a visibilidade da complexidade dos casos. Nesse sentido, a discussão das dinâmicas dos casos e orientações de manejos aos cuidadores dos abrigos por parte do CAPSij são de suma importância para um acompanhamento adequado.

Não obstante, é preciso estar advertido que os outros setores também operam com um campo de conhecimento e de ações que lhes são próprios. O desafio da construção da rede ampliada parece estar situado no esclarecimento do mandato social de cada setor, sem que esses abdicuem de

seus referenciais teóricos, mas que também não se apresentem como um entrave na comunicação e compartilhamento do cuidado (COUTO e Delgado, 2010). Nas rodas de abrigo, por exemplo, precisou-se criar campos de linguagens e entendimentos comuns, em momentos em que o referencial psicanalítico era usado por profissionais da saúde mental ou quando processos muito específicos da assistência social precisavam ser descritos.

Nesse panorama, a literatura aponta que diferentes países têm enfrentado problemas semelhantes na consolidação de uma rede cuidados para infância e adolescência. Segundo Salmon (2004) apud Couto e Delgado (2010), em uma pesquisa sobre sobre processos colaborativos entre serviços relacionados a saúde mental infantojuvenil na Inglaterra, foram relatados os seguintes desafios a serem superados: a insuficiência de informações sobre a função de cada setor na rede; entraves na comunicação devido ao uso de linguagem especializada e/ou os diferentes significados (polissemia) atribuídos a um mesmo termo/conceito.

Partindo do pressuposto que a articulação intersetorial se faz a partir dos esforços dos atores e instituições envolvidas, Couto e Delgado (2010) fazem a defesa de que é necessário a construção de um “problema comum”, representado por um caso com demandas complexas, que necessitam de uma atuação conjunta de diversos setores para sua resolutividade - como o caso de Felipe.

Neste cenário, advoga-se que os CAPSij, na sua função de ordenador do cuidado, bem como o setor da saúde mental de forma geral, podem ocupar um lugar estratégico para disparar os processos de parceria e articulação de rede. Um exemplo prático do CAPS enquanto disparador, foi a implementação das rodas de conversa com os abrigos, e a partir disto, a somatória (composição) de noções como subjetividade à discussão, para evitar reproduções de lógicas do controle e a unificação de queixas que desconsideravam a complexidade existencial dos sujeitos envolvidos. Assim, a ideia de singular, como carrega o nome Projeto Terapêutico Singular, pôde ganhar centralidade nos processos.

Os profissionais do CAPS também reconheciam maior campo de negociação e produção de saúde quando regras e rotinas nos abrigos podiam ser flexibilizadas, ao passo em que o enrijecimento das mesmas parecia estar

diretamente ligado a conflitos secundários, ou até mesmo na produção de sintomas nas crianças e adolescentes. Com as mais variadas composições no campo, e com base inclusive no ECA, estas práticas visaram romper também com ciclos de marginalização, criminalização e desqualificação.

Mais uma ferramenta de trabalho potente para a intersetorialidade é o apoio matricial ou matriciamento, que destaca-se como uma importante metodologia de gestão do trabalho em saúde. Esta estratégia pode contribuir para a articulação da rede de serviços.

O conceito de apoio matricial, formulado pelo professor Gastão Wagner Campos (1999), tem como objetivo garantir o apoio especializado às equipes de saúde por meio de auxílio técnico e ações de formação. Assim, espera-se construir relações mais colaborativas e horizontais entre os profissionais, bem como ampliar as possibilidades de cuidado.

As ações de matriciamento são fundamentais, pois permitem a instrumentalização de profissionais de outros setores a estarem mais bem preparados para acompanharem as pessoas com sofrimento mental, avaliá-las, proceder com os encaminhamentos necessários para o momento do caso; além de contribuir com processos de formação e supervisão (COUTO e DELGADO, 2010). Estas metas mostraram-se possíveis no exemplo de capacitação oferecida pela pediatra do CAPS à AB e em outras experiências vivenciadas por meio do apoio matricial.

Entretanto, apesar da relevância das ações de apoio matricial para organização da rede de cuidados de Saúde Mental, nem sempre esta ação é priorizada no cotidiano dos serviços, já tão saturados de suas responsabilidades, pela escassez de recursos humanos, inflexibilidade de agendas e/ou de condições materiais como transporte para desenvolver esta ação. Nesse sentido, para além de garantir os recursos necessários, se faz necessário a mobilização das equipes para empreender o matriciamento, se aproximar das dificuldades e potencialidades de cada serviço, bem como melhor definir as atribuições de cada locu da rede.

A Atenção Básica é um equipamento fundamental na rede de cuidados devido a sua proximidade com o território, suas demandas e pelo amplo espectro de ações que disponibiliza. Segundo Katorinski et al.,:

“A Atenção Básica, por meio do desenvolvimento de suas ações, pode estabelecer relações consistentes com a comunidade, operar mudanças e transformações sociais. Além de ampliar a sua capacidade resolutiva dos problemas da saúde, permitindo a construção de um novo tipo de relação entre ela e a saúde mental (KATORINSKI et al., 2014, pg. 655)

Nesse sentido, é importante destacar que a Atenção Básica exerce um papel fundamental na rede de cuidados infantojuvenil e deve estar instrumentalizada para atender os casos de saúde mental menos graves. Esta ação é fundamental para que os CAPS consigam atender os casos de maior gravidade, já que é sabido que poucos deles conseguem acessar os serviços e estão, e em sua maioria, restritos aos domicílios e à medicação como forma de tratamento.

Além de melhor qualificação do cuidado, do esforço em evitar iatrogenias, e do compartilhamento de saberes, esse modo de gerenciamento evita a superlotação dos CAPSij, bem como a responsabilidade exclusiva das crianças e adolescentes por seu mal estar, e coloca em questão as condições de vida destes sujeitos em suas famílias, abrigos e comunidades, e na escola.

A aproximação com as escolas é um tema recorrente e de suma importância, pois é de lá que muitos encaminhamentos são gerados aos CAPSij. O debate inclui a questão do suposto aumento de diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e dos Transtornos Opositivos Desafiador (TOD), e a lógica direta de que crianças e adolescentes que recebem um diagnóstico em saúde mental devem ter atenção em serviço especializado de saúde.

Neste cenário, observa-se a patologização da infância e adolescência, e poucas respostas oferecidas por outros setores da sociedade, como da própria educação, a questões comuns das comunidades. Além disto, se descentraliza as potencialidades de cuidados na AB para os casos de menor gravidade.

Para que a rede opere em sua plenitude, é necessário que as equipes se reconheçam enquanto parceiros e que consigam estabelecer boa comunicação, espaços de discussão e reflexão sobre seu trabalho e sobre a

saúde mental. Uma boa estratégia que pode subsidiar essa discussão é o dispositivo de supervisão clínico institucional (COUTO et al, 2008)

No contexto específico de Campinas, território para este trabalho, Pereira (2016) pontua que:

“A articulação da rede requer uma construção que precisa de tempo, empenho dos trabalhadores, empenho da gestão, aproximação, reconhecimento, não culpabilização do outro e reconhecimento das próprias limitações. A construção da rede parece se aprimorar à medida em que se sai de uma construção do que seria ideal e se encontra com seus interlocutores reais, na prática do cotidiano. A construção se dá na medida em que os interlocutores colocam o seu ponto de vista e aquilo que fora pensado como ideal se transforma no que é possível fazer no plano real” (PEREIRA, 2016, pg.103.).

A guisa de concluir esta discussão, coloca-se como reflexão que as ações empreendidas para a construção de uma rede de cuidados potente é um grande desafio, porém, podem produzir respostas mais eficientes às questões enfrentadas.

Cabe ressaltar que os registros e análises feitas sobre a experiência do apoio matricial partiram do ponto de vista de profissionais do CAPSij, a partir de um recorte metodológico possível para a execução deste trabalho. Considera-se que diferentes pontos de vistas poderiam gerar entendimentos novos ou complementares sobre as situações.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de uma rede pública de atenção ampliada para a saúde mental infantojuvenil é um desafio urgente no âmbito da Reforma Psiquiátrica, e o cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, frequentemente envolve diversos setores, principalmente a saúde, a assistência social, a educação e o judiciário.

Estas áreas operam tradicionalmente de forma isolada em seus campos técnicos, produzindo a fragmentação do cuidado e a perpetuação de um ciclo de uso ineficaz de recursos públicos (COUTO et al, 2008).

Neste contexto, reitera-se a necessidade da articulação dos serviços que tenham como missão institucional a prestação de assistência à crianças e adolescentes, especialmente com demandas de saúde mental, baseado em orientações éticas e técnicas. Assim, o princípio intersetorial ocupa na atualidade um lugar central na formulação de políticas públicas e na organização dos equipamentos destinados a esta população (COUTO et al, 2008).

Neste trabalho buscou-se abrir um diálogo sobre as potências e desafios do trabalho em rede, orientado sob o princípio intersetorial, com exemplificação de experiências práticas no campo. Acredita-se que o trabalho conjunto entre equipes tanto da saúde quanto de outros setores podem construir soluções mais eficientes para atenção em saúde mental infantojuvenil, bem como fortalecer os próprios profissionais a lidarem melhor com os desafios do campo.

Nesta perspectiva, notou-se nas ações de apoio matricial e nas rodas de abrigos que, na medida que os profissionais de diferentes dispositivos conseguiram estabelecer uma relação de parceria foi possível produzir o melhor alinhamento do caso. De acordo com Delfini e Reis (2012) além dos serviços que compõem a rede, é importante esclarecer que ela é fundamentalmente construída por trabalhadores e por suas relações estabelecidas.

Assim, ficou evidente que apesar dos impasses e conflitos na construção de uma rede de cuidados ampliada, é de suma importância o empreender de esforços coletivos para sua efetivação e, conseqüentemente, para a qualificação do cuidado, com foco à inclusão social e ao exercício da cidadania.

A partir deste trabalho, reforça-se a orientação de que os CAPSij exerçam papel estratégico nestas articulações, devido a sua função organizadora da rede. Espera-se que os levantamentos feitos aqui, possam servir como fonte de estudos no campo ou inspirar produções semelhantes.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amorim, AKMA, Dimenstein, M. Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes. Rev. de psico., 21 (2), 319-336.
2. Bagnola, EPP; A Reestruturação da rede de saúde mental: reflexões sobre as consequências na prática clínica de um CAPS Infantil na cidade - impasses e desafios seguindo preceito da integralidade. In: Campos GWS; Fernandes, JA. (org). Mostra de Práticas Em Saúde Mental – reconhecer o Patrimônio da Reforma Psiquiátrica: o que queremos reformar hoje?. HUCITEC, 2016.131p.
3. BRASIL, Ministério da Saúde – Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005
4. BRASIL, Ministério da Saúde. CLÍNICA AMPLIADA, EQUIPE DE REFERÊNCIA E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.088, 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/1990. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.
8. Campos, Gastão Wagner de Sousa; Domitti, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007 .
9. Couto, MCV; Delgado, PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. Psic. Clin., Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p. 17 – 40, 2015

10. Couto, MCV; Duarte, CS; Delgado, PGG. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008, 30(4): 390-8.
11. Couto, MCV; Delgado, PGG. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: Lauridsen-Ribeiro, E; Lykouropoulos, CB. (org). *O CAPSi e o desafio da gestão em Rede*. HUCITEC, 2016. 261 pg.
12. Delfini, PSS; Reis, AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(2):357-366.
13. Delgado, PGG. O desafio da produção de conhecimento sobre a reforma psiquiátrica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva* vol.20, n.2, pg.312, fev. 2015.
14. BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
15. Kantorski L, Nunes C, Sperb L, Pavani F, Jardim V, Coimbra V. A intersectorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 2014;6(2):651-62.
16. Lauridsen-Ribeiro, EL & Tanaka, OY. *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. SP: Ed.Hucitec. 2010: 271-279.
17. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, da Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Cienc Saude Colet*. 2013;18(7):2157-66.
18. Oliveira, MFAP; Mendonça, J; O CAPSi e a Rede Ampliada: intersectorialidade. In: Lauridsen-Ribeiro, E; Lykouropoulos, CB. (org). *O CAPSi e o desafio da gestão em Rede*. HUCITEC, 2016. 261 pg.
19. Pereira DM. Fluxos na rede de atenção psicossocial infanto-juvenil na cidade de CAMPINAS-SP: compreensão, construção e itinerários. [Dissertação]. Campinas, SP:[s.n.], 2016
20. Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

21. Presotto, R F. Participação de usuários de serviços de saúde mental em pesquisas : um olhar a partir dos conceitos de empowerment e recovery. [Dissertação].Campinas, SP : [s.n.], 2013.
22. SILVA, Enid Rocha Andrade da (coord.). O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: Ipea/Conanda, 2004.