

“Redes e Ação Intersetorial: A Experiência de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do Município do Rio de Janeiro”

por

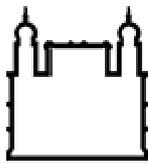
Cintia Santos Nery dos Anjos

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador principal: Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Artmann

Rio de Janeiro, julho de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Redes e Ação Intersetorial: A Experiência de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do Município do Rio de Janeiro”

apresentada por

Cintia Santos Nery dos Anjos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Erialdo Matias Nicacio

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares

Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera – Orientador principal

Dissertação defendida e aprovada em 09 de julho de 2014.

A599 Anjos, Cintia Santos Nery dos
Redes e ação intersetorial: a experiência de um
Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do
município do Rio de Janeiro. / Cintia Santos Nery dos
Anjos. -- 2014.

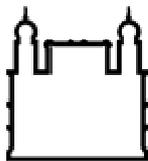
121 f. : il. ; graf., mapas

Orientador: Uribe Rivera, Francisco Javier
Artmann, Elizabeth

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Política de Saúde.
3. Serviços de Saúde do Adolescente. 4. Serviços de
Saúde da Criança. 5. Ação Intersectorial. 6.
Comunicação. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.2098153



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

AUTORIZAÇÃO

Informo que a Dissertação/Tese do(a) aluno(a) _____, sob minha orientação está de acordo com as “Normas para Apresentação de Dissertação e Teses” do Programa de Pós-Graduação da ENSP e favorável à divulgação após as modificações sugeridas pela Comissão Examinadora.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Orientador e carimbo

Dedicatória

Aos meus filhos, Heloísa e Pedro por tudo

Aos meus Pais, Paulo Henrique, e Dyrce (in memoriam) pela base educacional e moral

Ao meu marido Marcelo Britto pelo incentivo, paciência e compreensão

Ao meu irmão Victor Nery pela lição da persistência e superação

Aos meus sogros Ubiraci e Joana Britto pela confiança e aposta

À todos aqueles que me ajudaram neste desafio.

Agradecimentos

Ao Mestre Javier por compartilhar seus saberes e sabedoria com uma aluna iniciante nas teorias do planejamento e da comunicação, mas acima de tudo pela aposta e paciência diante das dificuldades encontradas neste caminho.

À Mestre Elizabeth Artmann pela orientação, mas principalmente pelas advertências iniciais que me fizeram crescer e que possibilitaram a conclusão deste trabalho.

À Kátia Santos da Assessoria Técnica da Saúde Mental do Estado, que me acolheu e disponibilizou tempo e informações para a realização deste trabalho.

À equipe do CAPSi pela receptividade e disponibilidade em contribuir com o estudo.

À Juliana Souza Bravo de Menezes, Tereza Cristina, e todos os colegas e amigos do Hospital Federal de Bonsucesso que me incentivaram desde o início.

À Ruth Salles pelo carinho com meus filhos e com minha família durante a minha ausência para elaboração deste estudo.

Aos colegas de turma Valéria, Renata, Laura, Daniele, Camila, Wilson, Vívian e Suani pelo companheirismo, carinho e compartilhamento de ideias, antídotos potentes contra o fantasma do desânimo e da desistência.

Resumo

O estudo busca identificar as estratégias adotadas, práticas e desafios cotidianos nas relações interinstitucionais estabelecidas por um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil na construção do trabalho de articulação de rede e implementação de ações intersetoriais no cotidiano do serviço.

Visando dar sustentação teórico-conceitual ao estudo, são utilizados os marcos legais que sob o qual se baseia o processo de implantação da Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil no país e os referenciais teórico-conceituais vinculados a Teoria da Produção Social, a Teoria do Agir Comunicativo e Atos de Fala e a Teoria das Conversações.

A sustentação empírica deste estudo se deu através da aplicação de entrevistas com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil situado no Município do Rio de Janeiro e dos serviços da rede, e de observações realizadas nas reuniões de trabalho realizadas entre estes serviços. Destaca-se como objetivos das entrevistas e das observações a identificação das ações desenvolvidas no cotidiano pelos profissionais do serviço voltadas a articulação de redes e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, a apreensão das concepções que embasam as ações destes profissionais e de profissionais de serviços que mantêm articulação permanente com o CAPSi e a identificação dos desafios enfrentados no trabalho de articulação de redes e desenvolvimento de ações extramuros. Adota-se uma abordagem qualitativa e utiliza-se a aplicação de entrevistas semiestruturadas e observação participante como técnicas de coleta de dados. Entre os resultados destacam-se a imprescindibilidade do trabalho intersetorial na prestação da assistência na visão dos profissionais do CAPSi e de profissionais que compõem a rede de serviços local, o trabalho de rede como um trabalho em permanente construção, o CAPSi como disparador da comunicação entre os serviços, a necessidade de aprimoramento da comunicação entre instituições e diversidade conceituais acerca da concepção de rede como desafio colocado à coordenação de ações e à interação entre serviços. A aproximação, a disponibilidade e a escuta do outro aparecem como ferramentas no estabelecimento desta comunicação,

porém constata-se a necessidade de maior diálogo entre os atores. Conclui-se que o CAPSi no exercício de ordenador da rede de saúde mental no seu território de responsabilidade, se constitui ator importante no fomento a realização de encontros com os demais atores da rede, encontros estes facilitadores da constituição de vínculos e interação entre serviços, gerando aumento de ações conjuntas e compartilhadas no nível da co-responsabilização.

Palavras-chave:

Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil; Rede; Ação Intersetorial; Comunicação; Teoria das Conversações

Abstract

The study seeks to identify the strategies adopted, practices and everyday challenges in interinstitutional relationships established by a Children and Youth Psychosocial Care Center in building the network of articulation and implementation of intersectoral actions work in the service environment.

Aiming to study the theoretical and conceptual support, legal framework that under which the process of implementation of the Mental Health Policy Children and Youth in the country and the theoretical and conceptual framework related to Theory of Social Production, the theory is based are used Communicative Action and Speech Acts and the Theory of Conversations.

Empirical support of this study occurred through the application of interviews with a Child and Youth Psychosocial Care Center located in the city of Rio de Janeiro and of network services, and observations made in the working meetings between these services. Stands out as goals from interviews and observations to identify the actions developed by professionals in daily service oriented articulation of networks and the development of intersectoral actions to grasp the concepts that underlie the actions of these professionals and professional services maintain ongoing liaison with the CAPSi and identifying challenges facing the articulation work of networking and developing extramural actions. Adopts a qualitative approach and utilizes to application of semi-structured interviews and participant observation as data collection techniques. Among the results we highlight the indispensability of intersectoral work in providing assistance in the professionals' view CAPSi and professionals that comprise the network of local service, the network work as a work in permanent construction, as CAPSi trigger communication between services, the need for improving communication between institutions and conceptual diversity on the network design as a challenge to the coordination of actions and the interaction between services. The approximation, availability and to hear what others appear as tools in establishing this communication, but notes the need for greater dialogue between the actors. We conclude that in the exercise of CAPSi officer of mental health services in their territory of responsibility is an important actor in promoting the holding of meetings with other actors in the

network, these meetings facilitates establishment of relationships and interaction between services, generating increased joint actions and shared on the level of co-responsibility.

Keywords:

Mental Health of Children and Youth Policy; network; Intersectoral action; communication; Theory Talks

Sumário

Introdução.....	13
Capítulo 1: A Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no Brasil.	20
1.1. Contextualização da Política de Atendimento à Criança e ao Adolescente no Brasil	20
1.2 - O Estatuto da Criança e do Adolescente: nova concepção na cena pública	25
1.3- A Política de Saúde no Brasil dos anos 70 e 80: Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica	26
1.4 – A Construção de uma Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes ...	28
1.4.1 – Marcos Legais	29
1.4.2– IV Conferência de Saúde Mental e a Infância e Adolescência	31
1.4.3 - Princípios e Diretrizes da Política.....	32
1.5– O CAPSi como Dispositivo Estratégico.....	34
1.6 – A Intersetorialidade na Saúde Mental	35
1.7 – A Concepção de Rede assumida pela Saúde Mental Infanto-Juvenil	37
Capítulo 2: Fundamentação teórica	39
2.1 - Teoria da Produção Social.....	39
2.2 -Teorias sobre as Redes	43
2.3- Teoria dos Atos de Fala e Competências Conversacionais.....	50
2.4 - Teoria das Conversações	53
Capítulo 3: Percurso Metodológico	57
3.1 – Entrevistas semiestruturadas com os profissionais do CAPSi.....	62
3.2 - Entrevistas semiestruturadas com profissionais das instituições do território..	63
3.3 - Observação participante	64
Capítulo 4: Análise das Entrevistas	67
Capítulo 5: Análise da Observação Participante	91
Capítulo 6: Discussão	99
Considerações Finais	106
Referências Bibliográficas.....	108
Anexos	114
ANEXO 1 - Instrumentos de Coleta de dados.....	114
ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	119

Lista de Siglas

AP	Área Programática
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEGASE	Departamento de Ações Sócio Educativas
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
IFRJ	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro
LBA	Liga Brasileira de Assistência
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
ONG	Organização não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organização Social
PET	Programa de Educação para o Trabalho
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SMCA	Saúde Mental de Crianças a Adolescentes
SUS	Sistema Único de Saúde

Lista de Quadros

Quadro 1: Redes e níveis.....	47
Quadro 2: N° de CAPSi por região.....	59
Quadro 3: Entrevistas Semiestruturadas	62
Quadro 4: Observação Participante	62

Introdução

O presente estudo visa identificar as estratégias adotadas, práticas e desafios cotidianos nas relações interinstitucionais estabelecidas por um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Trata-se de um estudo de caso realizado em um CAPSi do Município do Rio de Janeiro, cuja experiência poderá fornecer elementos para uma reflexão aprofundada acerca de questões inerentes ao trabalho de articulação de redes de cuidados e ações intersetoriais realizadas por esta modalidade de serviço.

O interesse pelo tema surgiu a partir de nossa inserção profissional em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil¹ situado na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, onde durante alguns anos acompanhamos de perto a construção do trabalho de articulação de redes e a operacionalização de ações intersetoriais, a partir das demandas apresentadas pelos usuários do serviço, ou seja, pelas crianças e adolescentes em sofrimento psíquico ali atendidos.

No decorrer deste período percebemos a complexidade contida neste trabalho principalmente no que se refere a interlocução entre serviços e ao estabelecimento de redes de cuidado entre serviços de saúde e serviços vinculados a política de atendimento à criança e adolescentes, como educação, assistência social, justiça, esporte e lazer, etc. Além da constatação desta complexidade no cotidiano da organização, nos sentimos motivados a entender esta dimensão do trabalho nesta modalidade de serviço após constatarmos a existência de uma gama de imperativos legais presentes na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do Adolescente, na legislação que regula o Sistema Único de Saúde e na Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, que colocam as redes e as ações intersetoriais como diretrizes centrais para prestação do atendimento à clientela em questão.

¹ Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Monteiro Lobato, inaugurado na Cidade de Niterói em outubro de 2005, após dois anos de trabalho da Equipe de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil-ERIJ

Outro fator que nos motivou a realização deste estudo foi uma percepção de que estudos voltados ao relato de experiências de práticas desenvolvidas no cotidiano de um serviço de saúde mental podem subsidiar tomadas de decisão no âmbito da gestão das políticas públicas e no âmbito assistencial. Percebe-se também que a maioria das publicações neste campo discutem aspectos teóricos, ideológicos e legais, fazendo-se necessário a nosso ver o fomento a estudos que levantem questões advindas do cotidiano e da experiência dos profissionais que atuam diretamente na assistência.

Neste sentido, pretende-se com este estudo promover uma articulação entre os campos teóricos da saúde mental e da saúde pública e práticas desenvolvidas na assistência em saúde mental para crianças e adolescentes, estabelecendo-se assim uma interlocução entre conceitos discutidos na Saúde Pública e processos de trabalho desenvolvidos na saúde mental.

Procuramos buscar referenciais teóricos que permitissem um diálogo entre os dois campos e que pudessem promover um desvendamento de questões que os articulam.

Optamos por iniciar realizando uma breve retrospectiva sobre as questões referentes à infância e adolescência que inquietaram o Estado Brasileiro ao longo do século XX e início do século XXI, e as respostas produzidas para atendimento a esta clientela. Para isso recorreu-se a autores e estudiosos como Ribeiro (2006), Mendes (1998), Rizzini (1993) e Vincentin (2006), que nos oferecem elementos que marcaram a constituição e trajetória de uma política de atendimento para crianças e adolescentes, que precedeu a instituição uma política de atendimento em saúde mental voltada a este público.

Nesta trajetória julgou-se importante abordar o processo de apropriação jurídico formal da criança pelo Estado desde a promulgação do Código de Menores, passando pela Constituição de 1937, que coloca em seu texto as atribuições do Estado na garantia de cuidados à infância e a juventude, até o Estatuto da Criança e do Adolescente, analisando o grau de intervenção do Estado através de políticas sociais nos diversos períodos de estruturação de políticas sociais para o segmento infanto-juvenil, conforme periodização sugerida por Mendonça (2000).

Na sequência realizamos breve revisão sobre a Política de Saúde no Brasil dos anos 70 e 80 resgatando aspectos chaves concernente a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, movimentos que vinculados à tomada de responsabilidade pelo Estado sobre as questões infanto-juvenis, e que se constituíram terreno para constituição da política de saúde mental para crianças e adolescentes.

Na trilha que nos leva ao entendimento das bases de sustentação desta política, abordamos ainda neste capítulo legislações como Portaria Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial, incluindo os destinados ao segmento Infanto-Juvenil; a Portaria Nº 1.608, de 03 de agosto de 2004, que institui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental Infanto-Juvenil, e documentos como “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil” (Brasil, 2005) e o relatório da IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial realizada no ano de 2010.

Nesta literatura, avançamos na discussão sobre os princípios e diretrizes constitutivos da política de saúde mental e as novas práticas propostas dentro da lógica assistencial prevista no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Dentro desta perspectiva, o CAPSi enquanto serviço aberto, de base territorial, com base na Portaria 336/2002 é tomado como dispositivo estratégico para o desenvolvimento de ações condizentes com os princípios estabelecidos, sendo eles o acolhimento universal, encaminhamento implicado, o território, a construção permanente de redes de cuidados, a intersetorialidade na ação do cuidado.

Finalizando o capítulo, abordamos as concepções de intersetorialidade e rede a partir desta literatura e do trabalho de Couto, dando ênfase a visão de intersetorialidade como uma como estratégia e caminho para superação da fragmentação setorial e a concepção de rede como noção chave dentro da Política de Saúde Mental.

No Capítulo 2, abordamos conceitos e teorias desenvolvidas no campo do planejamento estratégico, a partir da Teoria de Produção Social da Saúde, de concepções vinculadas ao Campo da Promoção da Saúde, da Clínica Ampliada e do Agir Comunicativo. Neste contexto a Saúde é tomada enquanto produção social inscrita no campo interdisciplinar no âmbito teórico e intersetorial, sob o ponto de vista político

e prático, onde se debruçam elementos para as bases de sustentação de ações intersetoriais e do trabalho em rede, dimensões do trabalho enfocadas neste estudo.

Com base no trabalho de Ouverney e Fleury (2007), são apresentadas as concepções de rede a partir das diversas disciplinas e campos teóricos, na perspectiva de embasar nossa reflexão acerca do tema e apresentar a perspectiva assumida por Rovere (1998) sobre o trabalho em rede. Para este autor as redes são tomadas como conexões entre pessoas, logo se traduzem na linguagem dos vínculos considerados enquanto ligação, conexão (Rovere, 1998). Neste sentido, apresentamos a proposta de Rovere (1998) de classificação dos níveis de profundidade das redes a partir de níveis que compõe uma escala ascendente. São eles: o reconhecimento, o conhecimento, a colaboração, a cooperação e finalmente a associação.

Em seguida, são discutidos conceitos relacionados aos processos de comunicação e coordenação das ações, pois é a partir destes processos que pode transcorrer o estabelecimento de vínculos produtivos ações intersetoriais e redes de cuidado. Neste sentido desenvolve-se uma discussão acerca dos conceitos de cooperação e competição. A cooperação estaria marcando a busca da resolução de um problema comum por duas ou mais organizações. Por outro lado, a competição traduziria a perseguição de objetivos particulares e o interesse de “fazer valer a sua perspectiva em detrimento do outro” constituindo-se assim um desafio para o trabalho em rede.

O caráter comunicativo da interação entre serviços é abordado na discussão acerca da coordenação de ações e da coordenação relacional, sustentada por Gittel (2002). Este defende a posição de que as interações se dão a partir da necessidade de resolução de problemas, estando a comunicação frequente no ponto central para coordenação de ações.

Buscamos na Teoria do Agir Comunicativo (Lima & Rivera, 2010; Peduzzi, 2005; Artmann & Rivera, 2006) elementos que pudessem subsidiar a reflexões acerca da relação entre serviços com diferentes mandatos. Apresentamos o conceito de interação como resultado de uma ligação entre os atores, promovida pela coordenação das ações de modo que os planos de cada um estejam ligados ao do outro.

E com o objetivo de explorar elementos da comunicação estabelecida entres serviços de saúde mental e as organizações representantes das demais políticas sociais em cumprimento do mandato de atendimento a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, abordamos a Teoria dos Atos de Fala e as Competências Conversacionais, a luz de Lima e Rivera (2010), Artmann (2006) e Echeverría (1997). Esta teoria sugere que o ato de comunicar implica a realização de uma competência comunicativa universal, que está para além de um uso correto da gramática e que o entendimento neste sentido estaria intrinsecamente ligado à capacidade das pessoas utilizarem a linguagem. Destacam-se as capacidades de escutar e falar, e os quatro âmbitos que compõe a capacidade de escutar, como o âmbito da ação, o âmbito das inquietudes e o âmbito do possível e o âmbito da alma humana (Lima, 2010). O ato de escutar implica na capacidade de identificar ações que estão comprometidas no falar. Este mecanismo gera uma interpretação sobre aquilo que se fala e que produz uma inquietude. Quanto ao âmbito da alma humana, Echeverría (1997) sustenta que o ato de falar revela não somente o que a pessoa diz, mas releva também quem ela é, ou seja, a escuta possibilita alcançar não apenas o que é dito, mas escutar o ser que se constitui a partir daquilo que se fala.

Os juízos são discutidos e apontados por Echeverría (1997) como uma conexão com a tomada de decisão e com a confiança, pois a fundamentação do juízo de uma dada pessoa lhe atribui características que subsidiarão o estabelecimento de uma relação de confiança ou não.

Julgamos importante neste sentido, apresentar a partir de Lima (2008), Fisher e Brown (1990) elementos que podem se constituir barreiras no processo de comunicação. E na perspectiva de análise da comunicação estabelecidas entre os serviços recorreu-se a Teoria das Conversações a partir de Echeverría (1997), que classifica tipos de conversações que se originam a partir do que ele chama “Quiebres”, ou seja, interrupções no decorrer normal de uma atividade, ação, ou mesmo do fluir da vida, que requerem uma ação. As conversações podem ser agrupadas em conversações de juízos pessoais, caracterizadas por tentativas de justificação do ocorrido; conversação para coordenação de ações, que buscam a superação do quiebre através de ações; conversação para possíveis ações, em que tenta-se estabelecer um compromisso com a

mudança do estado atual das coisas porém, ainda não se tem a definição da melhor ação a realizar; e finalmente a conversação para possíveis conversações, caracterizada pela impossibilidade de se estabelecer conversação para coordenação de ações ou possíveis ações, por motivos relacionados a disponibilidade dos atores envolvidos em estabelecerem um diálogo aberto, permanecendo-se assim no nível da conversação que possibilite uma conversação posterior.

A segunda parte do trabalho é composta por um capítulo de apresentação do percurso metodológico adotado na realização do estudo, composto por abordagem teórica, trabalho de campo e análise dos dados. Neste capítulo procuramos apresentar ao leitor elementos que se constituíram critérios para escolha do serviço em que se desenvolveu o estudo e o contexto do processo de implantação de CAPSi's no Município do Rio de Janeiro, de acordo com dados fornecidos pela Área Técnica de Saúde Mental existiam em 2012².

Procurou-se explicitar brevemente as bases em que foram desenvolvidos os capítulos teóricos e o trabalho de campo. Quanto este último, apresentamos as fases de desenvolvimento, as técnicas de pesquisa utilizadas – entrevistas semi estruturadas e observação participante, e descrevemos de que forma aplicamos estas técnicas.

Posteriormente iniciamos a apresentação do trabalho de campo explicitando os dados e análise da observação participante aplicada nas reuniões entre profissionais do CAPSi e profissionais de outras instituições, e nas reuniões entre serviços do território de responsabilidade do CAPSi (Fóruns de Área Programática e Supervisão de Eixo).

Na sequência explicitamos os dados e análise das entrevistas realizadas no CAPSi e nos serviços do território analisando-as conforme as categorias de análise desenvolvidas nos capítulos teóricos e com os objetivos do estudo descritos na metodologia.

² Dados coletados através da colaboração da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de estado do Rio de Janeiro.

No último capítulo, optamos por retomar algumas questões que chamaram atenção no trabalho de campo a partir das escolhas teóricas e metodológicas que consubstanciaram o estudo, dentre elas, a ênfase na dimensão cotidiana, a decisão de aplicar entrevistas em profissionais dos serviços do território sem a pretensão de avaliar os impactos das ações intersetoriais e do trabalho em rede realizado por estes serviços. A comunicação e aspectos relativos a coordenação das ações entre serviços são retomadas a fim de subsidiarem a análise das relações entre eles. E objetivando uma reflexão mais aprofundada acerca das dificuldades de interação entre serviços, retomamos a discussão sobre a relação estabelecida entre o Conselho Tutelar, instituição citada pelos profissionais do CAPSi como uma das instituições cujo trabalho de aproximação precisa ser intensificado por questões relativas a impasses relativos ao encaminhamento de casos e a ao entendimento quanto ao trabalho desenvolvido pelo CAPSi.

Sendo assim, pretendemos ao analisar este aspecto da política de saúde mental infanto-juvenil lançar luz sobre estes elementos e fomentar questões que possam instigar a realização de outras pesquisas dentro deste campo, e assim retornar para aqueles profissionais que estão no cotidiano dos serviços e para os gestores da política, análises que contribuam com o aprimoramento das práticas, das diretrizes técnicas-operacionais e do avanço da política em direção à superação dos desafios colocados, da prestação de uma assistência cada vez mais qualificada e condizente com a realidade da população usuária do Sistema Único de Saúde.

Capítulo 1: A Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no Brasil

Neste capítulo inicial pretendemos revisitar brevemente alguns estudos e autores que abordaram as questões referentes à infância e adolescência que inquietaram o Estado Brasileiro ao longo do século XX e início do século XXI.

É importante esclarecer ao caro leitor que mesmo reconhecendo a importância das análises retrospectivas realizadas neste campo, não temos como objetivo aprofundar tais questões julgando que estas se colocam como introdutórias a nossa discussão central que será abordada em profundidade nos próximos capítulos.

1.1. Contextualização da Política de Atendimento à Criança e ao Adolescente no Brasil

Primeiramente consideramos mister colocar que a afirmação de que até o século XX não existia uma ação sistemática do Estado Brasileiro voltado para a Saúde Mental de crianças e adolescente não pode obscurecer as ações de cunho assistencial legitimadas pelo poder público. E a seguir, faremos uma breve retrospectiva no tema com vistas ao entendimento dos processos concernentes a constituição do Campo da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.

Em breve revisão bibliográfica Ribeiro (2006:31) aponta que no Brasil, disciplinas como a psiquiatria e a psicologia passaram a se ocupar das crianças a partir do século XIX, momento em que começa-se a toma-las enquanto campo de estudo. O autor coloca em seu trabalho de pesquisa documental e bibliográfica que até então, no período colonial, quem ditava as regras do bem viver eram a Igreja e os senhores de

engenho, e a burguesia vai encontrar na classe médica o apoio para desenvolvimento de suas ideias e construir bases para o desenvolvimento de suas ideias higienistas.

Esta aliança, “Estado-Medicina”, será responsável pela propagação de uma série de,

teorias, políticas, e práticas voltadas para o bem-estar da população, da mãe e da criança, [grifo nosso] para o controle dos acidentes, para uma procriação saudável, para o controle das epidemias, na utilização de estatísticas e medidas de orientação da população no concernente a saúde e doenças, e na organização da medicina enquanto profissão (Ribeiro, 2006:31).

Conforme o autor, a criança passará a ser vista a partir da sua interação com a família e os estudos vão se voltar para a defesa de “táticas médico-higiênicas na educação escolar, na pedagogia infantil e na orientação familiar” (Ribeiro, 2006:31). A preocupação dos higienistas passa a ser a formação moral, intelectual e física e o controle da sexualidade, ponto alto do controle e fiscalização das crianças.

Ainda em Ribeiro (2006) encontramos referência a Arthur Moncorvo Filho, que já em 1899 havia fundado o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, no Rio de Janeiro, que prestava assistência médica, assistência social realizada através das “Damas de Assistência à Infância”. Outros institutos de origem filantrópica já existiam em outras partes do país.

Quanto aos primeiros escritos em Psiquiatria no campo da infância, conforme Ribeiro, o primeiro trabalho que se tem relatado foi escrito por Carlos Eiras e voltou-se para a deficiência mental, chamado Tratamento dos Idiotas, de 1900. Em 1903,

Juliano Moreira e Fernandes Figueira inauguraram um pavilhão anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha destinados às crianças portadores de enfermidades mentais, que até então compartilhavam espaço com os adultos (Ribeiro, 2006).

Posteriormente foi inaugurado o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, em 1942, por Getúlio Vargas, no Engenho de Dentro (RJ).

É no século XX que a preocupação com as crianças extrapolam os muros das academias e as ideias precursoras de cuidados se voltam para a infância. Serviços de internação e institutos de pesquisas foram criados no país, destacando-se os estados de

Minas Gerais, São Paulo, Pernambuco e Rio de Janeiro, percebendo-se uma relação direta entre psiquiatria infantil, deficiência mental, psicologia e pedagogia.

O abandono, fosse ele moral ou material, e a pobreza eram tomados como fatores de risco eminente para a “produção” de seres desviados, caso não sofresse intervenção através de ações institucionalmente legitimadas pelo Estado. Mendes (1998) sinaliza que no interior da doutrina da situação irregular produziu-se uma ruptura na categoria criança: de um lado crianças, e de outro, menores.

Moncorvo Filho foi um ator importante no chamamento ao Estado para as questões da Infância, apontando o descaso das autoridades para com este segmento e defendeu uma legislação própria para tratar dos assuntos referentes à infância, já que todas as iniciativas até então se davam no âmbito da filantropia e do assistencialismo (Ribeiro, 2006:31). Esta convocação ao Poder Público culminou na promulgação do primeiro Código de Menores em 1927, conhecido como código Melo Matos, se constituindo a primeira regulação do Estado em torno das questões da infância, um documento com um caráter intervencionista de acordo com alguns autores e que constituiu um aparato legal à construção da categoria social do “menor” e à montagem de instituições específicas para recuperá-lo. Neste sentido, os “menores” em situação irregular eram inseridos em instituições de internação e recolhimento sob a tutela do Estado.

Outro marco na apropriação jurídico formal da criança pelo Estado foi a Constituição de 1937, que coloca em seu texto as atribuições do Estado e “seu dever taxativo de rodear a infância e a juventude de cuidados e garantias especiais” (Vincentin, 2006:12). Atravessada por concepções assistencialistas e paternalistas conforme a concepção de Ribeiro, em 1964 foi formulada a Política Nacional do Bem Estar do Menor. Em 1979 foi promulgado um novo o Código de Menores, uma revisão do Código de 1927, que introduziu o termo “*menor em situação irregular*”, não rompendo com o assistencialismo e com a repressão junto a este segmento.

As questões que concerniam às crianças e adolescentes “anormais de inteligência e menores atingidos por anomalias fisio-psíquicas” (Rizzini, 1993: 68) não se presentificavam nas agendas públicas permanecendo delegadas à esfera dos saberes e

instituições especializadas, como no caso dos ‘deficientes’ largamente institucionalizados naquele período (Couto, 2012). Esta institucionalização de crianças no Brasil foi realizada através de instituições do campo da assistência social e filantropia, fora do sistema tradicional psiquiátrico, restringindo-se aos educandários, reformatórios e outras instituições equivalentes (Couto, 2012: 14)

Conforme Mendonça (2000) é possível estabelecer uma periodização em quatro tempos e destacar maior e menor presença do Estado nos diferentes regimes ‘de proteção’, e os problemas determinantes em cada período, o que nos auxiliará na visualização da posição que ocupou as questões da infância e da adolescência no que se refere a saúde mental para o Estado Brasileiro até recentemente.

A autora identifica quatro períodos a partir da República que constituíram a estruturação de políticas sociais para infância e adolescência. O primeiro, **entre 1889 e 1930**, teve como marcas: a condição de menoridade atribuída à criança moral ou materialmente pobre; o amparo jurídico na doutrina da situação irregular, regulamentada pelo Código de Menores de 1927; o entendimento da família como o principal agente de socialização, que, ao falhar ou ser inoperante, justificaria a tutela do Estado; a ênfase na internação e recolhimento como medidas prioritárias de assistência e reeducação; o amparo científico na medicina higiênica; a intervenção indireta e subsidiada pelo Estado; a delegação da responsabilidade à filantropia.

O segundo período, de 1930 a 1945, caracterizou-se pela presença mais direta e mais intervencionista do Estado. Em 1930 com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, a educação tornou-se a base da tentativa de superar as condições do atraso da criança desfavorecida regenerando sua capacidade produtiva e tornando-a capaz de contribuir para o progresso do país.

Ao aparato médico, foram agregados outros saberes e especialistas, especialmente da Psicologia e Psicometria, com a finalidade de classificar as crianças, segundo a capacidade de aprendizagem, e de instrumentalizar técnica e cientificamente a escolha de procedimentos pedagógicos mais adequados para o sucesso do projeto educativo.

Na assistência social, a criação do SAM (Serviço de Assistência ao Menor), em 1941, foi o grande marco do período, reforçando a internação e o isolamento como estratégias de ‘proteção’, e instituindo a privação da liberdade como resposta a atos considerados infracionais, cometidos por jovens pobres. A criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942, instituiu o atendimento a primeira infância responsabilizando-se pela instalação de postos de puericultura e lactários, a partir da ideia de que a educação e a saúde precoces seriam fundamentais para que a nação ultrapassasse seu atraso social e econômico, sendo tarefa inadiável do Estado “a preparação de gerações fortes o suficiente para garantir a defesa e desenvolvimento nacional” (Mendonça, 2002: 132).

Entre 1945 e 1980, Mendonça (2000) situou o **terceiro período das políticas sociais para infância e adolescência**. Após a Declaração dos Direitos da Criança aprovada em 1959 pela ONU foi criada a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), e suas afiliadas estaduais. Este estabelecimento representou a intensificação do processo de criminalização da pobreza (Rizzini, 2004).

De 1980 até a atualidade, Mendonça (2000), situou o quarto período das políticas sociais, onde são encontradas as propostas e os fundamentos mais inovadores e revolucionários em relação aos períodos anteriores.

Em finais do século XX, fruto de um processo efervescente de questionamentos sociais e políticos no país, a Constituição de 1988 traz em seu texto no Art. 227, como:

... dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, 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, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1988).

1.2 - O Estatuto da Criança e do Adolescente: nova concepção na cena pública

Respaldado na Constituição de 1988 (Brasil, 1988) e inspirado na Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989) foi promulgado pela Lei 8069, de 13/07/1990 (Brasil, 1990) o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 (Couto, 2012: 25). O Estatuto instituiu um rompimento com a lógica da “criança e ao adolescente em situação irregular”, objeto da intervenção jurídico-social do Estado e introduziu a noção de Direito. A Constituição de 1988 (Brasil, 1988), caracterizada pela radical ampliação dos direitos sociais e políticos, representou um momento de efervescência de movimentos em prol da redemocratização, com grande apelo à cidadania e debates que sustentaram as reformas que eclodiram no período. Desta Constituição, surgiram o ECA e a proposta de universalização do direito à saúde, materializada em 1990 no Sistema Único de Saúde, o SUS (Couto, 2012).

Pode-se dizer que a o Estatuto estabeleceu um marco divisor entre a doutrina da situação irregular vigente até então e um novo paradigma fundado no reconhecimento da criança como um sujeito de direito.

Este contexto somado as transformações ocorridas no âmbito da Política de Saúde no Brasil no final da década de 90 e início dos anos 2000, impulsionaram a inclusão crianças e adolescentes na agenda da política pública de saúde mental. Um novo paradigma de cuidado a este segmento é sustentado pela noção de criança e adolescentes como um sujeito, portadores de singularidade, o que implica um cuidado não homogeneizador, massificador e indiferente às singularidades deste “sujeito, responsável pelas suas demandas, seu sofrimento e seus sintomas” (Brasil, 2005). Essa mudança de olhar sobre o segmento exigiu a construção de novas práticas e novos dispositivos de cuidados.

1.3- A Política de Saúde no Brasil dos anos 70 e 80: Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica

Uma breve revisão sobre a Política de Saúde das décadas de 1980 e 1990 mostra que elas são notoriamente marcadas por dois movimentos que trouxeram transformações importantes, que são o Movimento Sanitário e o Movimento de Reforma Psiquiátrica, tendo este último sofrido forte influência das ideias de Franco Basaglia e dos reformistas da Psiquiatria Democrática Italiana, baseadas na experiência da Desinstitucionalização³ (Amarante, 1995; Rotelli, 2001).

Estes movimentos desencadearam-se paralelamente ao processo de abertura política no país. Neste sentido funcionaram como dinamizadores de novas ideias e propostas para o campo da Saúde levantadas pelos movimentos sociais envolvidos na 8ª Conferência de Saúde, “a primeira Conferência que teve o caráter de consulta e participação popular contando com representantes de vários setores da comunidade” (Amarante, 1995). Nesta Conferência, reafirma-se a estratégia de luta por uma Reforma Sanitária.

No bojo das reivindicações, surgem novas propostas e ideias para a transformação de um sistema de saúde considerado esgotado por estes movimentos, e no ano de 1988 a nova Constituição Federal, vem afirmar em seu artigo 196 que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

O imperativo Constitucional cria bases legais para implantação de um novo sistema, rompendo assim com a fragmentação entre saúde pública e o modelo médico assistencial previdenciário, introduzindo a proposta de um Sistema Único de Saúde, sob

³ Transformação das práticas e do manicômio a partir do desmonte da relação problema-solução baseado no paradigma racionalista. A ênfase não é mais na busca da cura, sim no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do usuário.

a responsabilidade do setor público, descentralizado, regionalizado, hierarquizado tendo como alguns dos princípios norteadores a universalidade, a equidade e a integralidade na assistência à saúde [grifo nosso] (Brasil, 1990).

Concomitantemente, dentro de um contexto de efervescência de questionamentos sociais, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, que originou o movimento que ficou conhecido como o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro, influenciado pelos ideários da Reforma Psiquiátrica Italiana, preconizava a ruptura com o modelo assistencial asilar para cuidados das pessoas portadoras de sofrimento psíquico e a necessidade de se repensar a assistência em saúde mental no país até então altamente influenciada pelo setor privado. Este movimento foi decisivo para mudança de paradigma do cuidado em saúde mental e se constituiu em arena de intensos conflitos, entre trabalhadores, empresários, sindicalistas, universidades, representantes do Estado e outros atores (Amarante, 1995). Este movimento introduziu na agenda pública de saúde mental novos princípios e diretrizes para a estruturação da política e para a oferta de cuidados, reorientando a assistência psiquiátrica no país.

A partir destas transformações a estratégia adotada para reorientação da assistência em Saúde Mental foi a de “desinstitucionalizar, desconstruir e construir novas práticas e saberes sobre a loucura e novas formas de lidar com o sofrimento psíquico” (Amarante, 1995). Essa estratégia desencadeou de forma gradativa frentes diferenciadas. No plano federal o Projeto de Lei Paulo Delgado, trazia a proposta de substituição dos leitos manicomiais e a implantação de serviços substitutivos, como os centros e núcleos de atenção psicossocial, os hospitais dia, os centros de convivência, as oficinas terapêuticas, as ações de geração de renda, etc. Mais tarde, em 6 de abril de 2001, a Lei nº 10.216, Lei Paulo Delgado, foi sancionada, assegurando novos princípios e diretrizes para a realização da atenção as pessoas em sofrimento psíquico. Cabe

ressaltar que em finais da década de 80 e na década de 90 já se encontravam em curso algumas iniciativas e serviços abertos de base territorial⁴⁵.

A implantação dos serviços substitutivos de base territorial e o progressivo processo de desconstrução das instituições públicas asilares, assim como as novas modalidades de produção da assistência, como os centros de atenção diária, as oficinas terapêuticas e outros, contribuíram para que a década de 1990 se configurasse como um período de importante expansão do processo de Reforma na Atenção Psiquiátrica no país.

1.4 – A Construção de uma Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes

Como visto nas sessões anteriores a inclusão das questões referentes ao seguimento infanto-juvenil na agenda pública da Saúde Mental é recente se considerarmos o período de eclosão da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Até meados da década de 1990, a atenção psiquiátrica para crianças e adolescentes se dava a partir de instituições que ofereciam um cuidado a partir da concepção de “*criança deficiente*” ou de “*criança pobre*” ou de “*criança delinquente*” como expresso no documento Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil (Brasil, 2005). Estas instituições, cuja maioria era filantrópica, ofereciam o cuidado dentro da perspectiva assistencial, ou do tratamento moral, e ofereciam a estas crianças e adolescentes e conseqüentemente, às suas famílias todo o atendimento que julgavam serem necessários (medicamento, pedagógico, assistencial, psicológico, moral, etc.).

⁴ O primeiro CAPS do Brasil foi o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS Itapeva, inaugurado em março de 1987 em São Paulo. (Onoko-Campos e Furtado, 2006: 1055)

⁵ Na Cidade de Santos se deu a criação de um sistema substitutivo ao manicômio, com a intervenção estatal no interior da Casa de Saúde Anchieta, onde foram constatadas irregularidades relacionadas a assistência aos internos, incluindo óbitos. O espaço do manicômio deu lugar a criação de Núcleo de atenção Psicossocial, cooperativas, associações e outros dispositivos. (cf Amarante 1995 Apud Nicácio, 1994).

De acordo com Couto (2012), o ano de 2001, no qual foi promulgada a Lei 10.216 e realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) ocorreu uma mudança no debate e nas ações públicas sobre a Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA), o que inscreveu definitivamente este segmento na agenda pública da saúde mental e como questão de saúde pública. Tendo como base os princípios do ECA, foram propostas diretrizes para dar início ao processo de construção da política brasileira de SMCA (Couto, 2012).

A III CNSM se constituiu um marco importante na constituição desta política, pois dela foram emanadas algumas deliberações que foram incorporadas por portarias ministeriais, inaugurando oficialmente a construção de uma rede pública de atenção para saúde mental de crianças e adolescentes, tendo como base a atenção psicossocial (Couto, 2012).

Um aparato legal acompanhado de orientações e normas técnicas, passaram a nortear o trabalho das equipes envolvidas na efetivação dos cuidados a partir dos dispositivos como CAPSis e dos demais serviços com atendimento a esta clientela.

A implantação de uma rede de serviços de atenção à saúde mental infanto-juvenil no âmbito do Sistema Único de Saúde se deu gradativamente, alicerçado em bases políticos-legais e técnico-operativas, profundamente marcadas pelas especificidades do segmento infanto-juvenis tomados como “sujeitos responsáveis por suas, demandas, sintoma, sofrimento e sujeitos de direitos” (Brasil, 2005: 11).

1.4.1 – Marcos Legais

Dentro deste processo de apropriação das questões de Saúde Mental de crianças e adolescentes pelo Estado Brasileiro, processo que consideramos fruto de lutas políticas sustentadas profissionais de setores da política de atendimento infanto-juvenil, mas principalmente pelos trabalhadores da saúde mental afeitos a questões pertinentes a este segmento, é importante situarmos o papel desbravador do Fórum Inter-Institucional

para Atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes do Estado do Rio de Janeiro, constituído em 2000. Segundo Couto,

Dispositivo coletivo de debates e de pactuação de diretrizes estaduais, de caráter intersetorial e aberto à participação de associações de familiares de pacientes mentais, o Fórum se constituiu como importante estratégia para o desenvolvimento de ações relacionadas à SMCA no âmbito do Estado do Rio de Janeiro (Couto, 2012).

No âmbito legal a publicação da Portaria Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial, incluindo os destinados ao segmento Infante-Juvenil; e a Portaria Nº 1.608, de 03 de agosto de 2004, que institui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental Infante-Juvenil, foram a primeira resposta oficial do SUS à necessidade de cuidado para casos de maior gravidade e complexidade.

Com base no trabalho de Couto (2012), pode-se afirmar que a implantação dos CAPSi e o princípio da articulação intersetorial se constituíram estratégias para implementação da política de saúde mental infante-juvenil.

A portaria instituiu o Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil como dispositivo estratégico, de base territorial, composto por equipe multiprofissional, calcado na lógica da atenção diária, intensividade do cuidado e do trabalho em rede. Dirigido prioritariamente para os casos de maior gravidade e complexidade, deveria também operar como ordenador da demanda de SMCA no território sob sua responsabilidade (Couto, 2012).

O princípio intersetorial foi colocado como possibilidade para construção de uma política de atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes capaz de responder a enorme gama de questões inerentes a este segmento. Este princípio também orientou a instituição do *Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes*, instituído em 2004, pelo Ministério da Saúde (PT 1608/2004 – BRASIL, 2004a), coordenado pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, de composição intersetorial. O Fórum tem como função estabelecer diretrizes e deliberar sobre questões relacionadas à Política de Saúde Mental Infante-Juvenil.

No ano de 2005 a área técnica do Ministério da Saúde Pública um documento intitulado “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil”, que vem dar materialidade aos princípios e diretrizes operacionais à política de cuidados, dirigida ao segmento infanto-juvenil acometido por sofrimento psíquico. Neste documento preconiza-se a oferta de uma assistência integral, no território e com capacidade de atendimento a singularidade e especificidades da clientela infanto-juvenil em sofrimento psíquico, seja ele de qualquer ordem.

1.4.2– IV Conferência de Saúde Mental e a Infância e Adolescência

Ainda contextualizando a política de atendimento a criança e adolescente no Brasil, recorremos ao relatório final da IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial realizada no ano de 2010, que cujo tema foi “*Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*”. Neste documento verifica-se a reafirmação da necessidade de garantir em todo o território nacional tratamento para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico através da implementação de uma rede pública de atendimento em saúde mental, de base comunitária e fundamento intersetorial, em consonância com a realidade de cada localidade e sob os princípios e diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Política Nacional de Saúde Mental.

O relatório enfatiza a ampliação do acesso da clientela aos serviços, prezando-se prioritariamente os casos que necessitam de atenção intensiva, porém sem prejuízo da responsabilidade inalienável de se propor estratégias para a construção de respostas a toda a gama de demandas relacionadas à população infanto-juvenil, incluindo,

o desenvolvimento de ações intersetoriais, transdisciplinares. [grifo nosso] de assistência e de promoção em saúde mental nos três níveis de atenção, considerando as demandas específicas e os dados epidemiológicos, com especial atenção àqueles que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas” (Relatório final IV CNSMI, 2010).

O relatório ratifica a construção de redes e o desenvolvimento de ações intersetoriais como dimensões imprescindíveis a consolidação da política de saúde

mental infanto-juvenil atribuindo centralidade ao CAPSi como dispositivo ordenador da demanda infanto-juvenil e operador que potencialize o fundamento da intersetorialidade, sendo capaz de agenciar, no seu território de referência, condições efetivas para a construção de redes e ações de cuidados que envolvam corresponsabilidade de setores e instituições que historicamente estão implicados no cuidado às crianças e adolescentes.

No conjunto das deliberações da conferência estão o fortalecimento de políticas intersetoriais orientadas para a promoção de saúde e saúde mental e para a atenção integral e a consolidação do fundamento intersetorial na montagem da rede de cuidados, especialmente com os setores da educação, assistência social, justiça/direitos que aparecem como alguns dos destaques e justificam a realização de estudos que possam contribuir com o aprimoramento destas diretrizes.

1.4.3 - Princípios e Diretrizes da Política

Os princípios que norteiam as discussões e a construção de um aparato legal que funcione como alicerce das novas práticas propostas dentro da lógica assistencial prevista no processo de reforma psiquiátrica brasileira, trazido no documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil” são: acolhimento universal, encaminhamento implicado, o território, a construção permanente de redes de cuidados, a intersetorialidade na ação do cuidado. A seguir exploraremos brevemente cada um destes princípios de acordo com o documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil” (2005).

- a) O *Acolhimento Universal* é tido como premissa de que os serviços de Saúde Mental Infanto-Juvenil devem estar de portas abertas àqueles que chegam, a toda demanda oriunda de seu território de responsabilidade e devem oferecer escuta e respostas a estas demandas;
- b) O *Encaminhamento Implicado* recomenda que aquele que encaminha deve “caminhar junto” com o usuário até que ele possa ter suas demandas atendidas,

responsabilizando-se durante todo o processo de encaminhamento para outros serviços, articulando com estes últimos o cuidado, numa perspectiva de construção de redes que respondam as necessidades singulares daquele sujeito e de suas questões;

- c) *O Território* é tomado para além dos seus recortes regionais e *geográficos* e se constitui um lugar de identificação e produção de laços psicossociais do sujeito. Em Saúde Mental entende-se território como um lugar psicossocial, habitado pelos sujeitos e suas histórias, seus laços, suas referências culturais. “Um espaço humano socialmente selecionado para a vida e para a sobrevivência”, diz Pitta (2001:278). Nele estão presentes as “instâncias pessoais e institucionais que atravessam os sujeitos e suas experiências” (Brasil, 2005). Ou seja, um território que não se limita a um recorte meramente geográfico, mas que expressa vínculos da vida quotidiana.
- d) A *Construção permanente de redes*⁶ se coloca como uma dimensão do trabalho no serviço de saúde mental que não se limita a ação puramente técnica, terapêutica, medicamentosa, buscando na articulação com outros serviços e instituições do território a operacionalização do cuidado;
- e) A *Intersetorialidade na ação do cuidado* se coloca como articulação com outras agências sociais não clínicas voltadas ao atendimento de crianças e adolescentes, como abrigos, conselhos tutelares, igrejas, escolas, órgãos jurídicos, de esporte e lazer, e outros, visando à construção de respostas que perpassem as diversas dimensões que envolvem o trabalho com crianças e adolescentes.

No entanto, como dito anteriormente, neste estudo nos debruçaremos sobre dois destes princípios, que são a *construção permanente das redes e a intersetorialidade na ação do cuidado*, pois consideramos estes aspectos centrais no atendimento a clientela em questão, considerando que no trabalho com crianças e adolescentes coloca-se a necessidade de pensar integralidade não só em termos de saúde, mas de proteção

⁶ Abordaremos o conceito de Rede, o qual nos apoiaremos, mais a frente.

integral, pensando seu desenvolvimento dentro de seu contexto ambiental, social, familiar e escolar.

As diretrizes operacionais preconizadas para nortear os serviços de saúde para crianças e adolescentes ressaltam a intersetorialidade como uma diretriz de trabalho visando o estímulo e a manutenção de canais abertos de articulação com outros equipamentos do território dentro de uma lógica de construção de redes ampliadas de cuidado condizentes com as situações singulares e mutáveis apresentadas em cada caso.

1.5– O CAPSi como Dispositivo Estratégico

A construção de redes de cuidados se afirma como uma prerrogativa norteadora dos processos de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil enquanto serviços abertos, de base territorial, tendo como atribuições, de acordo com o previsto na Portaria 336/2002:

- a) Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- b) Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c) Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;
- d) Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

- e) Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental, regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f) Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território.
- g) E ainda,

A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades: atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social (...) desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça(...). (Brasil,2002).

Segundo Couto (2012), pode-se afirmar que o CAPSi se constituiu em um dispositivo com dupla função: oferecer atendimento para casos graves, e desenvolver no território ações para conhecimento das necessidades em SMCA e dos recursos assistenciais existentes, com vistas à construção de redes locais ampliadas, intersetoriais e colaborativas.

1.6 – A Intersetorialidade na Saúde Mental

Conforme prevê o Estatuto da Criança e do adolescente, quando preconiza um atendimento articulado entre as políticas setoriais, e de acordo com um modelo de atenção em saúde mental calcado no território (modelo comunitário), a Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil coloca no centro do debate a questão da intersetorialidade na ação do cuidado, convocando os agentes e gestores para a ação intersetorial e em rede.

Na lógica inversa de outras políticas públicas, a política de saúde mental infanto-juvenil coloca a intersetorialidade como uma “exigência de primeira hora”, pois é tida como estratégia para a superação da fragmentação setorial e caminho para superar a dispersão setorial anteriormente vigente.

No entanto Couto e Delgado (2010) apontam para a necessidade de se avançar na discussão acerca dos fundamentos da intersetorialidade para se alterar o cenário público da assistência e produzir diferenças no modo de operar o cuidado. Os autores apontam que as práticas interssetoriais são tomadas como necessárias para enfrentamento dos problemas reais e complexos, por se reconhecer as limitações de uma atuação calcada em respostas construídas sobre práticas submetidas a tradições setoriais ou estritamente especializadas.

Neste sentido, os autores argumentam que o que valida a prática interssetorial na construção do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes é a dimensão da clínica, calcada no modelo de atenção psicossocial⁷, o que legitima a ação da saúde mental frente as demais políticas na partilha dos mandatos sociais. Sendo assim é a dimensão clínica exercida pela Saúde Mental que lhe proporciona a condição de estabelecer parcerias com os demais atores sociais e responder por aqueles para os quais estão autorizados a intervir, neste caso as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

É importante considerar que os demais setores também possuem práticas discursivas e mandatos historicamente construídos que os legitimam na partilha pública, o que coloca desafios importantes para a construção de um cuidado em rede. Assim cada setor possui teorias, práticas, saberes, códigos, conceitos, em suma, um olhar específico sobre um mesmo objeto.

⁷ A literatura define como Campo da atenção Psicossocial o processo de construção do modelo comunitário de saúde mental, tributário do ideário da Reforma Psiquiátrica (Couto, 2012). A noção de “Atenção” propõe formas de cuidado baseadas não só na remissão dos sintomas, mas na compreensão do mesmo como parte do sujeito, que precisa ser considerado. A noção de “psicossocial” traz como proposta um cuidado que inclua as dimensões psíquica e a dimensão social, integrando-as uma a outra (Venâncio, Leal e Delgado, 1997:7).

1.7 – A Concepção de Rede assumida pela Saúde Mental Infanto-Juvenil

Na saúde mental, o trabalho na lógica de rede já se constituía uma noção chave e ocupava lugar de destaque antes mesmo da reorientação do sistema de saúde geral. Conforme Couto (2012) tem representado nas últimas três décadas o modo mais potente de conduzir o cuidado.

Examinando a literatura sobre o tema, foi possível constatar que o conceito de rede, construído e disseminado pela saúde mental ao longo da segunda metade dos anos 90, incorporou-se ao vocabulário da política nacional de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental. As portarias ministeriais que sucederam à III CNSM, especialmente a PT 336/02, passaram a inscrever o funcionamento em rede como o eixo de sustentação do modelo comunitário de atenção (Couto, 2012). As redes e suas interfaces substituiriam a partir daí a lógica hierarquizada e intrasetorial que ainda vigia nas instruções normativas da saúde mental.

Couto (2012) constrói uma argumentação que julgamos pertinente neste estudo sobre as redes e as articulações intersetoriais a partir dos CAPSi.

Em sua argumentação a autora propõe primeiramente que **as redes sejam um processo permanentemente em construção**, sem a intenção de uma materialidade em que um conjunto de instituições estaria a disposição para referência e contra-referência. Neste processo o caso funciona como a força motriz que impulsiona a articulação dos nós. Nas redes podem coexistir recursos institucionais materiais, bem como recursos laicos e informais, se a dinâmica do caso e a direção clínica determinar. Assim esta rede nunca estará finalizada, pois não é possível de antemão estabelecer as ações, instituições e recursos que um caso demandará, **constituindo-se uma rede aberta, com nós**, que representam seus pontos de ancoragem que podem coincidir com serviços que as compõe. Ela depende de uma **presença viva** (Couto, 2012) para sua construção, assim como a norma e o protocolo, e não o contrário, pois estes em si mesmos e em sua racionalidade não garantem a direção esperada. Faz-se necessário que um serviço, equipe ou profissional faça valer sua necessidade e direção. Tendo o CAPSi, conforme

a normativa legal, a função de ordenador da rede, espera-se que este funcione como um motor desta rede. No entanto Couto (2012) chama atenção para o fato de que,

a *presença viva* não se confunde com o CAPSi. Ela pode ser encarnada por outro dispositivo/agente da saúde mental, estendendo a possibilidade de sua ação a qualquer contexto do país, tenha ou não CAPSi dentre os seus recursos de saúde mental. Mas, onde houver CAPSi, ele não poderá recuar desta função (Couto, 2012: 115).

Segundo Couto, a rede é por natureza ampliada no campo da saúde mental infanto-juvenil, pelo fato de que uma criança, no seu processo de desenvolvimento e constituição subjetiva é atravessada por discursos familiares, jurídicos, educacionais, psicológicos, culturais, etc., que convocam práticas de assistências diversas, desenvolvidas por instituições portadoras de seus mandatos específicos. Será a criança ou do adolescente o objetivo/alvo comum entre estes setores e dela deverá emanar o entrecruzamento dos saberes e instituições. A rede ampliada expressa de forma clara os limites dos saberes diante da complexidade da existência humana (Couto, 2012).

Concluído este breve resgate do processo de construção da Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil e os princípios e diretrizes que a norteiam, no próximo capítulo estaremos apresentando os referenciais teóricos que utilizaremos para a realização deste estudo, visando a análise dos dados colhidos no trabalho de campo a partir da articulação com os referenciais teóricos do campo do Planejamento e da Perspectiva Comunicativa.

Capítulo 2: Fundamentação teórica

Neste capítulo abordaremos os conceitos que consideramos indispensáveis na sustentação teórica deste estudo. Conceitos estes, que fomos buscar em teorias não tão aprofundadas no campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil, mas que julgamos serem pertinentes aos nossos questionamentos, principalmente por se tratar de conceitos com tradição e utilização no campo do planejamento, o que poderá aproximar as questões vivenciadas nestes campos do ponto de vista teórico e da perspectiva da prática, no fomento de reflexões acerca de questões complexas enfrentadas no cotidiano dos serviços. Neste sentido manifesta-se aqui uma aposta de que a aproximação com estes conceitos possa lançar luz às questões levantadas neste trabalho e que sejam produzidos elos teóricos entre as questões do campo da saúde mental e as do âmbito da saúde pública e das políticas sociais.

Primeiramente cabe apresentarmos nossos pontos de partida nesta elaboração teórica acerca do fenômeno da construção das redes e da produção de ações intersetoriais a partir do CAPSi.

2.1 - Teoria da Produção Social

Tentando apresentar cuidadosamente nossa linha de raciocínio ressaltamos que o CAPSi está inserido dentro da política setorial de saúde, e se constitui um serviço de prestação de assistência neste campo. Entendemos Saúde como uma produção social, isto é, uma condição determinada pela qualidade de vida de uma dada sociedade num dado momento histórico, determinada pelo nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (Mendes,1995), o que a inscreve num campo interdisciplinar no âmbito teórico e intersetorial, do ponto de vista político e prático.

Nesta perspectiva teórica questiona-se o paradigma flexneriano, consolidado pelas recomendações do relatório Flexner em 1910, pela Fundação Carnegie que, dentre

outras recomendações, defendia as especializações médicas e que entendia a saúde como ausência de doença, enfatizando a prática sanitária da atenção médica, focada na cura (Mendes,1995) e busca-se apoio na Teoria da Produção Social. Essa teoria parte do princípio de que tudo o que existe é produto da ação humana na sociedade (Mendes,1995; Rivera & Artmann, 2009), ou seja, tudo é criado pelo homem e parte de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais, num processo de produção social que altera estas próprias capacidades (Mendes,1995; Rivera & Artmann, 2009). O ator social, ator produtor, produz valores, teorias, ciência, linguagem, etc., que produzem novas acumulações e desacumulações, que vão alterar as suas próprias capacidades (Artmann & Rivera, 2009). A realidade é tomada nesta teoria, para além da leitura aparente dos fatos e se apresenta como problemas de causalidades múltiplas.

A Teoria da Produção Social divide a realidade em três níveis:

- a) Nível dos fatos ou fenoproduções, ou seja, todos os fatos, econômicos, políticos, sociais, bens e serviços que ao serem produzidos se estocam e geram novas acumulações e desacumulações sociais;
- b) Nível das acumulações ou fenoe estruturas, espaço dos atores e das organizações sociais capazes de produzir fatos através das capacidades econômicas, ideológicas, políticas ou cognitivas acumuladas;
- c) Nível das regras básicas, ou seja, nível das regras que regulam a formação social (Artmann, 2000; Artmann & Rivera, 2009).

Nesta perspectiva considerar a saúde como uma produção social implica tomá-la como um processo de acumulações e desacumulações decorrentes do jogo social, dinâmico e atravessado pelas condições sociais, econômicas, políticas, culturais, ideológicas, incluindo as relações sociais de produção de um dado momento histórico, o que imediatamente nos aponta para o rompimento com uma setorialização da realidade, emergindo um conceito de saúde como um produto social.

Esta teoria permite a análise multicausal e aprofundada da realidade e propõe um rompimento com um paradigma que fragmenta e isola em disciplinas e setores as respostas para as questões de saúde. Neste sentido, a intersetorialidade passa a ser

prerrogativa na dinâmica de produção social da saúde ou, dizendo de outra forma, atravessa todo o processo saúde-doença, entendido nesta perspectiva como um produto social.

Apresentada a concepção de saúde em que se sustenta este trabalho, prosseguimos afirmando que o Campo da Promoção da Saúde tem contribuído de forma inegável para a superação do paradigma da saúde como ausência de doença e tem reforçado a necessidade do planejamento integrado de programas, políticas e serviços nos níveis individual, comunitário e social (Artmann & Rivera, 2009), na produção de respostas as questões de saúde da população. Neste enfoque encontram-se tentativas plausíveis a nosso ver de fundamentação da Intersetorialidade.

Em linhas gerais o Campo da Promoção da Saúde se debruça sobre os elementos que influenciam a saúde, em seus determinantes, tais como as condições socioeconômicas e ambientais como a moradia, a renda, o acesso a saneamento básico e a urbanização, a exposição a agentes químicos perniciosos; estilos de vida (consumo de álcool e tabaco, por exemplo) e características biológicas predisponentes (Artmann & Rivera, apud Ministry of Health/ Ontário, 1993). As ações para a promoção da saúde estão atravessadas pela necessidade do envolvimento comunitário, envolvimento dos atores sociais e políticos sugerindo a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares.

Tomando-se um exemplo da saúde mental infanto-juvenil, percebe-se que romper com o isolamento social das crianças e adolescentes com diagnóstico de autismo⁸ e promover a oportunidade de realização de trocas sociais destes sujeitos não se restringe a um só setor da política social, tão pouco a assistência médica somente. Entende-se aqui, que a abertura de serviços especializados neste campo pode reforçar o isolamento da clientela, fragmentação na elaboração de respostas e seletividade, o que

⁸ Definição do CID 10 :Transtorno global do desenvolvimento caracterizado por a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo, fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade).

iria totalmente contra as bases éticas e políticas sustentadas pela Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2005) e pelas concepções sustentadas no Campo da Atenção Psicossocial (Couto & Delgado, 2010).

Neste, o cuidado não se restringe a remissão de sintomas, mas propõe compreendê-lo como parte do sujeito. Este cuidado pretende lidar com duas dimensões numa tentativa permanente de integrá-las, concebendo o sujeito como uno: a dimensão psíquica, que articula questões da subjetividade e da criatividade, e a dimensão social que é ampliada para além da sua identificação exclusiva com a família, trabalho e sociedade, passando a contemplar outros espaços importantes como, por exemplo, o lazer e o esporte (Venâncio, Leal e Delgado, 1997).

Este campo se caracteriza ainda por incluir na construção do cuidado outros atores sociais, como os familiares, usuários e outros, para além dos profissionais de nível superior, reconhecendo-os como atores na construção deste paradigma. Neste sentido verifica-se um chamamento contínuo aos diversos atores/setores que compõem este “social”, materializados em políticas e organizações para construção desta atenção. Com a emergência deste paradigma, a clínica na saúde mental passa a ser redimensionada como ampliada, incorporando em seu cotidiano o que tradicionalmente era considerado extra-clínico (Couto & Delgado, 2010). Nesta clínica ampliada (Couto & Delgado, 2010; Campos, 2007) a pessoa doente passa a ser o foco do cuidado e não a doença, e a atenção à pessoa, um sujeito complexo nas suas diversas dimensões, demandará de outros saberes além dos tradicionalmente tomados como clínicos.

Recorrendo a Campos (2007), referimo-nos a uma Clínica do Sujeito que, no contexto deste trabalho, articula noções importantes que já foram colocadas. A clínica do sujeito reconhece a doença, pois ela existe, o contexto, que constitui a complexidade do sujeito, e o próprio sujeito. Por isso fazer esta clínica requer envolver a clientela, famílias, a comunidade e outros atores fora do muro da instituição para produzir saúde.

Neste sentido, tomando a saúde como uma produção social, cujas ações para sua promoção estão atravessadas pela intersetorialidade, consideramos que para análise das ações intersetoriais promovidas em um serviço de saúde mental para crianças e

adolescentes é mister trabalhar conceitos como redes, coordenação de ações, atos de fala e competências conversacionais. Este conjunto de conceitos construirão bases para a análise da interação entre um serviço como CAPSi e outras organizações da política de atendimento à criança e ao adolescente, dentro da perspectiva intersetorial preconizada pela política de saúde mental e dentro das prerrogativas enfatizadas no campo da atenção psicossocial.

2.2 -Teorias sobre as Redes

Coforme explorado no capítulo anterior, a Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil preconiza em sua legislação e normas técnicas as ações intersetoriais como carro chefe do trabalho dos CAPSi. No bojo das recomendações políticas está o trabalho em rede para enfrentamento de questões relacionadas a esta clientela.

Para falar de Redes recorreremos à revisão de literatura realizada por Fleury e Ouverney (2007), onde encontramos importante sistematização sobre este fenômeno como uma estratégia dentro do setor saúde. Iremos nos deter na caracterização realizada pelos autores do fenômeno das redes, visando uma aproximação e desvendamento das redes formadas pelos CAPSi enquanto executor de uma política pública.

Fleury e Ouverney (2007) situam o fenômeno das redes como “arranjo interorganizacional para formulação e execução de políticas públicas”, aspecto o qual estaremos nos debruçando neste estudo.

Conforme os autores, ao contrário do que ocorria no passado, as políticas atualmente decorrem cada vez mais da articulação de diversos atores nos processos intrínsecos a formulação, execução, avaliação e controle, e a dependência mútua entre os atores, que possuem quase nenhum controle total sobre os recursos, se constitui marca da realidade atual (Fleury & Ouverney, 2007).

Esta realidade está cada vez mais presente nas políticas sociais, e a diversidade de contextos institucionais impõe importantes desafios, principalmente nos quesitos mobilização de recursos, coordenação de interdependências e produção de consensos.

Apontada como um fenômeno relativamente recente, as redes ou “estruturas policêntricas envolvendo diferentes atores, organização ou nódulos vinculados entre si por meio do estabelecimento e manutenção de objetivos comuns e de uma dinâmica gerencial compatível e adequada” (Fleury & Ouverney, 2007), ganham espaço em diferentes campos gerenciais e a diversidade de objetivos não anula o reconhecimento de elementos comuns para viabilização de cumprimento de objetivos também comuns.

As causas atribuídas para a proliferação de tal fenômeno, conforme os autores, estão situadas por uma gama de fatores simultâneos que vão desde a complexificação e modernização nos processos administrativos que impossibilita um isolamento dos atores, passando pela detecção de alteração nos processos produtivos e administrativos, pela emergência de processos de “flexibilização, integração e interdependência” (Fleury & Ouverney, 2007: 9), e por alterações na relação Estado X Sociedade que passam a exigir modelos de gestão que comportem a interação de diversos atores sociais em estruturas descentralizadas, mais participativas nos processos de gestão das políticas públicas (Fleury & Ouverney, 2007). Essas transformações eclodem dentro de um contexto de diferenciação do tecido social que produz novas necessidades relacionadas à coordenação social e faz emergir novas formas de acordos, como cooperação e solidariedade, reduzindo assim a regulação centralizadora do Estado. Outros fatores importantes intrínsecos a este contexto são a globalização, que produz a diluição de fronteiras tradicionalmente fixadas, e a democratização, que faz emergir novas forças políticas trazendo para os cenários novos atores dispostos a participação na política pública.

Mas como poderíamos caracterizar estas redes estabelecidas entre os CAPSi enquanto serviços do campo da saúde e as organizações das demais políticas sociais? Ainda recorrendo a Fleury e Ouverney (2007), o conceito de redes é explorado por inúmeras disciplinas dos campos da administração de empresas, da sociologia, da psicologia social, e por diversas correntes que compartilham da ideia de que elas são

“um conjunto de relações relativamente estáveis de natureza não hierárquica e independente, que vinculam uma variedade de atores que compartilham interesses comuns em relação a uma política e que trocam entre si recursos para perseguir esses interesses comuns admitindo que a cooperação é a melhor maneira de atingir metas comuns” (Fleury & Ouverney apud Borzel, 1997).

Segundo Fleury e Ouverney (2007) as diferentes tipologias de redes propõe a descrição das mesmas de acordo com características relacionadas ao nível de institucionalização (estável/instável) o quantitativo de participantes (restrito/aberto), a configuração das políticas (setorial/transetorial), o tipo de atores sociais envolvidos, a sua função e o “equilíbrio de poder” (Fleury & Ouverney, 2007: 18). Os estudiosos colocam ainda que, supondo que a estrutura da rede delimita a lógica da interação entre os membros, pode-se estabelecer uma vinculação entre sua natureza e o resultado de seu processo político.

Diversos autores como Miller (1994), Borzel (1997), Hall e O’toole (1992), Castells (1998), Rhodes (1986) desenvolvem formulações acerca do conceito de redes a partir da vinculação das suas disciplinas de origem. Conforme Fleury e Ouverney (2007: 24) pode-se constatar dicotomias nas análises das redes, daí a constatação da complexidade do fenômeno. A seguir alguns elementos apontados pelos autores relacionados à caracterização das redes:

- a) “Organizações/Indivíduos” – alguns autores concebem as redes como interdependência entre organizações e outros como relações entre indivíduos que atuam nas organizações.
- b) “Transitoriedade/Permanência” – os padrões podem se apresentar mais ou menos estáveis, o que as diferencia tanto de formas mais casuísticas quanto da própria formalização burocrática do Estado.
- c) “Cooperação/Competição ou Solidariedade/Conflito” – se estruturam como ações conjuntas de cooperação em torno de um problema e de uma solução compartilhada, o que não exclui a existência de conflitos.

- d) “Igualdade/Diversidade” – os atores envolvidos “resguardam sua diversidade mesmo quando se igualam como partes de uma mesma estrutura”.
- e) “Racionalidade Instrumental/ Racionalidade Comunicativa” – a ação requer a construção de um consenso comunicativo.
- f) “Construção/ Desconstrução” – devido a sua dinâmica flexível é possível construir e desconstruir os padrões e os nós que as compõe.

No trabalho de revisão de literatura, é possível verificar a diversidade de abordagens sobre as redes. Entretanto, no presente estudo, estaremos nos aproximando da perspectiva assumida por Rovere (1998), perspectiva esta originária da disciplina de Psicologia Social, acerca das limitações do conceito de grupos, que nos aponta um caminho que consideramos pertinente nesta exploração teórica (Fleury e Ouverney, 2007). Para Rovere, as redes são constituídas a partir de pessoas, e são estas que são capazes de se conectar e produzir vínculo. Elas constituem formas de organização multicêntricas, não hierárquicas, em que as conexões se estabelecem a partir das pessoas, produzindo conexões pessoais, por mais que estas estejam ligadas ou representem instituições. Tomadas como conexões entre pessoas, logo se traduzem na linguagem dos vínculos- vínculos enquanto ligação, conexão. (Rovere, 1998). Rovere propõe uma escala ascendente para classificar os vínculos de acordo com níveis, ações e valores envolvidos, a fim de monitorar o grau de profundidade destas redes. O autor situa a apropriação da lógica das redes como alternativa a homogeneização, a hierarquização e a fragmentação característica da sociedade e das instituições.

Um segundo ponto desenvolvido por Rovere nesta abordagem sobre redes é a necessidade de estabelecimento de vínculos solidários, como é possível verificar no trecho abaixo:

(...) redes não são simplesmente referência e contra-referência (...)
(...) a partir do momento em que entramos em rede entramos em vínculos solidários, o que devemos avaliar para dizer que os estes serviços realmente formam uma rede é se há comportamento solidário (Rovere, 1998: 33).

O comportamento solidário é tomado nesta perspectiva como um compartilhamento de problemas e soluções, por todos envolvidos no contexto.

Rovere (1998) em sua análise aponta que fazer rede não é simplesmente trabalhar na lógica da referência e contra-referência, em que o outro devolve o que foi enviado, e sim constituir vínculos solidários e gerar comportamentos solidários, entendendo que os fenômenos ocorridos poderão se dar em outros serviços que fazem parte desta rede e serão necessárias ações conjuntas.

Neste sentido a análise dos vínculos passa ser um ponto central na análise de Rovere (1998). A unidade de uma rede é uma unidade de vínculo, e se só sujeitos estabelecem vínculos, a unidade básica de vínculo são os sujeitos. Sendo assim serão estes sujeitos responsáveis pelo nível de articulação e profundidade de uma rede.

Quanto aos níveis, estes compõem uma escala ascendente. São eles: o reconhecimento, o conhecimento, a colaboração, a cooperação e finalmente a associação, conforme o quadro abaixo.

Quadro 1: Redes e Níveis.

Nível	Ações	Valor
5. Associação	Compartilhar de objetivos e projetos	Confiança
4. Cooperação	Compartilhar atividades e/ou recursos	Solidariedade
3. Colaboração	Prestar ajuda esporádica	Reciprocidade
2. Conhecimento	Conhecimento do que o outro é ou faz	Interesse
1. Reconhecimento	Reconhecer que o outro existe	Aceitação

Consideramos a construção do trabalho em rede, uma das diretrizes norteadoras da Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, ponto de intensos desafios em sua aplicabilidade, por requerer operações com “constituição de laços sustentados em torno

de um objetivo comum, articulando diferentes níveis de complexidade e recursos” (Vicentin, 2006: 15). Sendo assim analisar o grau de profundidade destas redes constituídas a partir da unidade de saúde nos exige um esforço metodológico de apreensão dos mecanismos de coordenação das ações e da comunicação estabelecida entre estes serviços.

Pode-se afirmar que um CAPSi compõe um grupo de organizações portadoras de um mandato comum dentro da política de atendimento à crianças e adolescentes, formando o que podemos chamar de um sistema em que os atores interagem em prol da resolução de problemas. No entanto, cada setor possui seu objetivo específico na promoção do atendimento. O que vai gerar vínculo entre estas organizações é o mandato primeiro, promover um atendimento adequado às demandas do segmento infanto-juvenil de acordo com as diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente, base legal da política destinada ao segmento. No entanto, os atores deste grande sistema podem colaborar ou competir diante das especificidades de seus mandatos. Para isto, ações coordenadas constroem interdependências e podem se basear em dois processos distintos: a cooperação e a competição. A cooperação neste sentido estaria marcando a busca da resolução de um problema comum por duas ou mais organizações e o planejamento seria um instrumento importante bem como a negociação. Por outro lado a competição traduziria a perseguição de objetivos particulares e o interesse de “fazer valer a sua perspectiva em detrimento do outro”, tendo também a negociação o seu principal instrumento. Neste sentido a competição se constitui um entrave para o trabalho em rede, pois a maximização dos resultados adquire um valor secundário diante dos objetivos particulares de cada organização. Porém, para Lima (2010), mesmo em sistemas colaborativos, não é possível se descartar certo grau de competitividade, pois quando há interação sempre haverá uma tensão dialética, e cada ator poderá decidir entre competir e cooperar.

A coordenação das ações se dá sempre a partir da comunicação, do diálogo, seja qual for o mecanismo de base. Conforme Maturana (2001), interações recorrentes entre atores podem resultar em condutas e coordenação de condutas e consensos ou condutas consensuais. Daí pode-se verificar o caráter comunicativo da coordenação das ações entre serviços.

Gittel nos traz a concepção de Coordenação Relacional (Gittel, 2002), diferenciando-a das demais por enfatizar as interações entre atores. Neste tipo de coordenação a comunicação frequente, precisa e voltada para a resolução de problemas é central nos processos de coordenação das ações. Lima (2008) aponta que conforme alguns estudos a coordenação relacional têm efeitos positivos na eficácia dos serviços, elevando a satisfação dos usuários. (Lima, 2008).

Recorrendo a Teoria do Agir Comunicativo (Lima & Rivera, 2010; Peduzzi, 2005, Artmann & Rivera, 2006) na tentativa de entendermos os processos em curso no trabalho de articulação de redes no âmbito de serviços de saúde e serviços de atendimento voltado para a clientela em questão, chamamos atenção do leitor para o conceito de interação. Apesar de mandatos de atendimentos diferenciados, as organizações que trabalham com o público infante-juvenil estão ligadas por um objetivo maior, de proteção e promoção do cuidado a este segmento. Sob esta perspectiva, interação é o resultado de uma ligação entre os atores, promovida pela coordenação das ações de modo que os planos de cada um estejam ligados ao do outro. Para Habermas, a ligação seria “a redução do leque de possibilidades de escolhas contingentemente discordantes a um ponto que possibilite uma interligação radial dos tópicos e ações dos espaços sociais e do tempo histórico” (Lima & Rivera, 2010).

Quando o plano de um ator se liga ao do outro, verifica-se a produção de interações. Estas se distinguem em dois tipos dependendo da forma como é utilizada a linguagem: a ação estratégica, quando a transmissão da informação destina-se a atingir um determinado fim, e a ação comunicativa, utilizada como forma de integração social. Nesta última a obtenção de entendimentos e consensos e elementos vinculativos inerentes à própria linguagem produzem uma coordenação de ações eficaz. Já na ação estratégica o efeito coordenador depende da influência exercida pelos atores em interação, ou seja, o comportamento é induzido pela influência dos atores um sobre os outros (Lima, 2008; Lima & Rivera, 2010).

Concordamos que um mandato legal convoca as organizações voltadas ao público em questão a ligarem-se em prol da promoção de cuidado eficaz, sendo as ações coordenadas para a garantia de direitos. Mesmo cada uma destas representando

modalidades assistenciais diversas, mandatos específicos heterogêneos, ideologias diversificadas. No entanto, para a efetivação do objetivo comum, o de promover atendimento adequado às necessidades de crianças e adolescentes, e sendo este segmento complexo por natureza, o estabelecimento de interações, redes de conversações e ações comunicativas se colocam no processo como possibilidade de trabalho, o que coloca desafios para os setores envolvidos com este cuidado, que inevitavelmente demandará a interação entre os atores.

Neste sentido, cabe-nos agora, explorar alguns elementos que aparecem na comunicação estabelecida entre serviços de saúde mental e as organizações representantes das demais políticas sociais em cumprimento do mandato de atendimento a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

2.3- Teoria dos Atos de Fala e Competências Conversacionais

Considerando que a articulação entre serviços e que a coordenação das ações entre eles ocorrem através de encontros, diálogos e conversações dentro de um processo de interação social e práticas comunicativas, e reconhecendo que esta comunicação poderá ser mais ou menos efetiva dependendo da forma como se realiza, faz-se necessário a nosso ver esmiuçar alguns elementos deste processo. Para tal tarefa convidamos os leitores a nos acompanharem na aproximação (Lima 2008, Rivera & Artmann 1999, Echeverría 1997). A Teoria dos Atos de fala sugere que o ato de comunicar-se implica a realização de uma competência comunicativa universal, que está para além de um uso correto da gramática. Isto exige o cumprimento de algumas condições como:

- Atender as exigências da lógica na frase pronunciada;

- Cumprir as condições de verdade da proposição⁹ de modo a possibilitar que o conhecimento seja compartilhado;
- Expressar suas intenções utilizando recursos linguísticos que representem realmente o que se pretende;
- E realizar os atos de fala de acordo com imagens e as formas reconhecidas gerando confiança entre quem fala e quem ouve.

O entendimento neste sentido estaria intrinsecamente ligado a capacidade das pessoas utilizarem a linguagem, seja por uso de argumentos racionalmente motivados ou pelo uso da linguagem. A transmissão da realidade através de frases deverá possibilitar ao ouvinte assumir as funções pragmáticas gerais de representação, de expressão e de interação (Lima, 2008).

Echeverría (1997) chama atenção para um conjunto de competências conversacionais, genéricas e específicas. No subdomínio da linguagem situam-se as capacidades de escutar e falar. Para este, o escutar valida o falar, colocando o escutar num polo ativo, considerando que se alguém fala é por que tem alguém escutando. O escutar comporta três âmbitos diferentes: o âmbito da ação, o âmbito das inquietudes e o âmbito do possível. O ato de escutar implica na capacidade de identificar ações que estão comprometidas no falar. Este mecanismo gera uma interpretação sobre aquilo que se fala e que produz uma inquietude, o que para Echeverria (1997) é essencial numa boa relação interpessoal.

Além destes três âmbitos o autor destaca o âmbito da alma humana. Parte da concepção que o ato de falar revela não somente o que a pessoa diz, mas releva também quem ela é, ou seja, a escuta possibilita alcançar não apenas o que é dito, mas escutar o ser que se constitui a partir daquilo que se fala.

“Postulamos que o ato de escutar está baseado na mesma ética que nos constitui como seres linguísticos. Isto é, no respeito mútuo em aceitar que os outros são

⁹Para Habermas a verdade proposicional é a correspondência do que é dito com a realidade (Peduzzi, 2007).

diferentes de nós, que em tal diferença são legítimos na sua capacidade de realizar ações de forma autônoma em relação a nós.” (Echeverría, 1997:168).

Ou seja, a capacidade de escutar implica na aceitação do outro como diferente, legítimo e autônomo, exigindo uma postura de abertura mútua (Lima, 2008).

Ainda no subdomínio da linguagem estão as competências relativas ao falar. Dos Atos de Falas emergem competências conversacionais concretas e para este estudo, destacaremos os juízos, os pedidos e as ofertas e as promessas.

Os juízos são atos de fala que relacionam o passado e o futuro, em que a referência ao primeiro diminui a incerteza em relação ao futuro. Isto é as afirmações tomam como base uma experiência vivida para diminuir a incerteza futura, como por exemplo, “este profissional é bom”. Como se vê, a afirmação está baseada no histórico profissional da pessoa.

Echeverría (1997) atribui importância peculiar aos juízos e aponta sua conexão com a tomada de decisão e com a confiança, pois a fundamentação do juízo de uma dada pessoa lhe atribui características que subsidiarão as demais tomarem a decisão de confiarem nela ou não. Outro ponto importante é a capacidade das pessoas entregarem e receberem um juízo. Esse ponto está intrinsecamente ligado ao tipo de relação que as pessoas estabelecem num trabalho e a emocionalidade, a composição da equipe e sua capacidade de aprendizagem ditam os modos como os juízos são entregues e recebidos. Este pode estar bem fundamentado, mas a relação estabelecida entre o grupo influenciará a sua aceitação ou não (Lima, 2008).

Prosseguindo no âmbito das competências conversacionais, trataremos da relação entre promessas e ações. Para Echeverría (2000:154) o “coração do ciclo das promessas” é a confiança e a promessa encontra-se no domínio da competência e da sinceridade. O não cumprimento de uma promessa abala a confiança, e a coordenação da ação fica comprometida.

Outra competência no campo da linguagem relacionada ao falar é o manejo das informações. Tratá-las com veracidade é fundamental nos processos comunicativos e seu manejo situa-se no campo das afirmações, atos linguísticos descritivos (Lima,

2008). Cada vez que se faz uma afirmação presume-se que esta seja verdadeira e a emissão de afirmações falsas compromete a confiança e a tomada de decisão.

Ainda no âmbito dos atos de fala, as declarações assumem um papel fundamental na tomada de decisão. A competência exigida neste âmbito é a autoridade de quem declara, conferida pelo cargo, pelo saber, pela técnica, pelo reconhecimento de um determinado grupo.

Nesta perspectiva de análise, julgamos pertinente também mencionar possíveis barreiras de uma comunicação eficaz e enumeramos três (Lima, 2008; Fischer & Brown, 1990):

1. Desconsidera-se a necessidade de conversar;
2. A comunicação se dá somente no sentido de informar
3. E as mensagens são enviadas de forma desconexa

No entanto, reconhecendo a importância das demais neste processo, chamamos a atenção para a primeira barreira, pois implica a necessidade de escuta do “não dito”, ou seja, a identificação da necessidade do diálogo, dos ruídos e do chamado à conversação no momento oportuno.

2.4 - Teoria das Conversações

Buscamos aproximar as bases legais e técnicas preconizadas pela saúde mental infanto-juvenil acerca das redes e das ações intersetoriais com conceitos como interação, coordenação de ações e comunicação, a fim de articula-los em nossa análise sobre as práticas desenvolvidas por um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil na articulação de redes e no estabelecimento de relações com as organizações do território no atendimento de crianças e adolescentes.

Partiu-se do princípio que a comunicação é o aspecto mais importante deste estudo. Neste sentido os elementos trazidos anteriormente como os atos de fala e as competências conversacionais são essenciais para a análise da interação entre o CAPSi e demais serviços e para a identificação do tipo de conversação estabelecida entre eles. Sendo assim prosseguimos recorrendo a Teoria das Conversações, de acordo com a visão de Echeverría (1997).

De acordo com este autor podemos distinguir diversos tipos de conversação. Podemos dividi-las segundo seu estado (aberta ou fechada), segundo o tema, segundo a prioridade que concedemos e diversas outras formas de classifica-la. No entanto, elencamos os seguintes tipos de conversações que se originam a partir do que ele chama *quiebres*, ou seja, interrupções no decorrer normal de uma atividade, ação, ou mesmo do fluir da vida, que requerem uma ação. Porém o autor chama atenção para o fato de que a ação após um *quiebre* não é óbvia, e muitas das vezes permanecemos “engessados” nele, mas aponta que um “quiebre” gera tipos de conversações importantes de serem analisadas. São elas:

1. Conversações de juízos pessoais

Este tipo de conversação se caracteriza pela prevalência de comentários posteriores ao *quiebre* em que são emitidos juízos acerca do ocorrido na busca de entendimento do fato. São tentativas de justificar e aprofundar a explicação sobre o ocorrido, limitando-se aos comentários, Busca-se responsáveis, possíveis culpados, produz-se reclamações. Echeverria sustenta a ideia do Psicólogo Martin Seligman de que as pessoas ao tentarem enfrentar um *quiebre* a partir de juízos pessoais o fazem a partir de três domínios. O primeiro, chamado domínio da responsabilidade, em que o ponto principal é a determinação do responsável pelo *quiebre*. Alguns julgam os “responsáveis pelo *quiebre* a partir de valores como incompetência, inadequação, pouca inteligência, entre outros; e outros atribuem o ocorrido a má sorte, azar.

Um segundo domínio é o da inclusão, em que o julgamento extrapola o fato ocorrido e forma valores gerais, por exemplo, um erro no agendamento de uma consulta

passa a ser tomado não como um erro pontual, daquele momento, mas possa significar incompetência generalizada.

O terceiro e último domínio é o da temporalidade. Este domínio está relacionado ao tempo de consequência de um *quiebre*. Palavras como “sempre” ou “nunca” podem ser sem ponderação, ou pode-se ponderar que as consequências são provisórias, momentâneas.

Ainda sobre as conversações de juízos pessoais, Echeverría (1997) coloca que a busca de sentido para o acontecimento pode impedir ações mantendo-nos no nível das explicações.

2. Conversação para coordenação de ações

Este tipo de conversação atua diretamente sobre um *quiebre* buscando superá-los. Objetiva intervir no estado atual das coisas. Os atos linguísticos presentes neste tipo de conversação são as petições, as ofertas, as promessas e as declarações. O pedido de ajuda também é encarado como fundamental para se enfrentar um *quiebre*.

Quando não é possível o estabelecimento de uma conversação para coordenar ações outros tipos de conversação poderão ajudar no manejo do *quiebre*. Vejamos a seguir:

3. Conversação para possíveis ações

Tipo de conversação caracterizada pela exploração das possibilidades de ação, voltada para a expansão das ideias e levantamento das ações possíveis para a solução de um determinado *quiebre*. Está presente um compromisso com a mudança do estado atual das coisas. Porém ainda não se tem a definição da melhor ação a realizar.

Para o autor não necessariamente este tipo de conversação produzirá resultados positivos, mas a partir dela é possível construir espaços para ampliação das possibilidades de manejo da situação.

4. Conversação para possíveis conversações

Este tipo de conversação se estabelece diante da impossibilidade de se estabelecer conversação para coordenação de ações ou possíveis ações, por motivos relacionados disponibilidade dos atores envolvidos em estabelecerem um diálogo aberto. Assim a conversação se dá em torno da necessidade de conversação.

Entretanto Echeverría (1997) concorda com a proposição de Humberto Maturana (2001) de que toda conversação é uma “trança” entre linguagem e emocionalidade, e que se a emoção envolvida não for propícia para o bom desenvolvimento do diálogo a conversação não será oportuna. Neste sentido o estado de ânimo dos envolvidos influenciará na conversação para possíveis conversações e exigirá respeito mútuo.

Após breve passagem por estes conceitos, propomos utiliza-los nas nossas análises acerca das conversações identificadas na articulação entre o CAPSi e alguns serviços que atendem crianças e adolescentes no seu território de responsabilidade.

Considerando seu mandato de prestação de cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, nos perguntamos como se dá a aproximação com as demais organizações que prestam atendimento a esta clientela, como se dão e quais tipos de conversação se estabelecem e quais os tipos de redes que se desenvolvem nesta perspectiva?

É importante salientar que estaremos privilegiando as ações cotidianas através do filtro das falas dos profissionais nas entrevistas e reuniões com outros serviços, que a nosso ver são essenciais e reveladores de questões impeditivas do bom fluir das relações entre serviços e reveladoras de estratégias potentes para o alcance de uma comunicação eficaz entre estas organizações, ingrediente indispensável a efetivação da integralidade do cuidado.

Capítulo 3: Percurso Metodológico

Esta pesquisa, de natureza qualitativa, tem como objetivo central identificar as estratégias, práticas e relações interinstitucionais estabelecidas por um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil situado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, na construção do trabalho de articulação de redes e no desenvolvimento das ações intersetoriais para atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico no período entre dezembro de 2013 e fevereiro de 2014.

Como objetivos específicos o estudo se pretendeu alcançar as seguintes questões:

- a) Identificar as ações desenvolvidas no cotidiano do CAPSi para a articulação extramuros, dizendo de outra forma, para o desenvolvimento de ações intersetoriais a partir das demandas colocadas pelos casos atendidos;
- b) Captar as concepções que embasam as ações de profissionais e gestor do CAPSi no desenvolvimento de ações intersetoriais;
- c) Identificar através das narrativas de profissionais e gestores do CAPSi, os principais desafios enfrentados no trabalho de articulação de redes no âmbito intersetorial;
- d) Identificar o conjunto de instituições, governamentais ou não governamentais, voltadas ao atendimento de crianças e adolescentes no território que mantêm uma interlocução permanente com o serviço e identificar as percepções dos profissionais destas organizações sobre o trabalho de articulação intersetorial desenvolvido a partir do CAPSi;
- e) Identificar os tipos de conversação estabelecidas entre o CAPSi e os serviços interlocução intersetorial.

Neste sentido, levando em conta as considerações anteriormente apontadas, o trabalho será desenvolvido em três eixos – abordagem teórica, trabalho de campo e análise dos dados, divididos nas seguintes fases:

1. Localização do processo de constituição da Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil Brasileira e seus antecedentes

A primeira fase da pesquisa faz uma breve análise retrospectiva do processo de constituição da Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no campo público e de seus antecedentes de assistência a este segmento no Brasil, visando alcançar os princípios e diretrizes constitutivas de suas bases e suas prerrogativas de operacionalização. Para isso foram revisitados autores do Campo da Saúde Mental e apresentados os principais conceitos desenvolvidos neste campo a partir dos marcos legal das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Nesta fase também se deu o levantamento de dados sobre a Rede de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro e dados referentes ao trabalho intersetorial informado em 2012 pelos CAPSi do Estado à Área técnica de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde referente ao ano de 2011.

Nesta fase ocorreram duas visitas à Área Técnica de Saúde Mental da SES para levantamento de dados e conversas com a Assessora responsável pelo acompanhamento dos serviços de saúde mental para criança e adolescentes do Estado do Rio de Janeiro.

De acordo com dados fornecidos pela Área Técnica de Saúde Mental existiam em 2012 funcionamento 29 CAPSi¹⁰, divididos entre as oito das nove regiões, conforme se pode observar no quadro a seguir.

¹⁰ Dados coletados através da colaboração da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de estado do Rio de Janeiro.

Quadro 2: Nº de CAPSi's por região

Região	Nº de CAPSi em Funcionamento	Nº de CAPSi em Implantação	Total
Baía de Ilha Grande	1	2	3
Baixada Litorânea	0	9	9
Centro-Sul	1	10	11
Médio-Paraíba	4	8	12
Metro I ¹¹	15	4	20
Metro II	3	4	7
Noroeste	1	12	13
Norte	2	7	9
Serrana	2	14	16
Total	29	70	99

¹¹ Os Municípios desta região que possuem em CAPSi em funcionamento são Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Nova Iguaçu, Queimados, **Rio de Janeiro**, São João de Meriti. Os município de *Seropédica*, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, estão em fase de implantação de CAPSi.

Conforme as informações do quadro, a Região Metropolitana I concentra o maior número de CAPSi, totalizando 15 serviços em funcionamento. O Município do Rio de Janeiro, situado na Região Metropolitana I, foi selecionado para a realização do estudo por ser o município com maior número de CAPSi em **funcionamento**, até janeiro de 2013, totalizando 8 serviços.

No Encontro Estadual de CAPSi, ocorrido em maio de 2012, 24 CAPSi informaram no relatório anual referente ao ano de 2011 que realizam reuniões intersetoriais, sendo os dispositivos mais citados as instituições de educação especial, educação regular, abrigos, seguidos dos Conselhos Tutelares, Justiça, Centros de Referência Especializados da Assistência Social, Centros de Referência da Assistência Social. Cinco CAPSi informaram realizar reuniões intersetoriais com as Promotorias e Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e três com órgãos ligados ao setor de esporte e lazer.

A partir destes dados foi possível selecionar a região do Estado e o serviço para desenvolvimento do estudo, seguindo o critério de tempo de funcionamento na rede e intensidade de articulações intersetoriais informadas no relatório de gestão apresentado anualmente pelos serviços.

2. Abordagem teórica - Apropriação dos referenciais teóricos para a realização da pesquisa

Nesta fase ocorre o que consideramos um dos aspectos desafiadores deste estudo. Foi realizada aproximação com os referenciais teóricos e conceitos vinculados ao campo da Saúde Pública e do Planejamento, a fim de estabelecermos uma interlocução entre estes e os referenciais teóricos da Saúde Mental na análise dos dados coletados no trabalho de campo.

Esta perspectiva foi assumida com o objetivo de possibilitar uma leitura ampliada dos dois campos (Saúde Mental e Saúde Pública) sobre o tema, que sob nosso olhar, atravessa o Trabalho em Saúde e as demais políticas sociais.

3. Trabalho de campo

Julgando que as falas e concepções dos profissionais se constituem elementos imprescindíveis para alcance dos objetivos deste estudo, e por este se constituir um estudo qualitativo, optamos pela utilização dos seguintes instrumentos de pesquisa visando uma mediação entre os marcos teóricos e a realidade empírica (Minayo, 2010): entrevistas semiestruturadas e observação participante.

O trabalho de campo iniciou-se logo após a seleção do CAPSi conforme o critério de escolha informado no tópico anterior e se constituiu em três fases: realização de entrevistas com profissionais do CAPSi, observação participante em reuniões intersetoriais e entrevistas com profissionais de instituições do território citadas pelos profissionais do CAPSi como instituições que estes estabelecem rede.

Primeiramente, como estratégias de entrada no campo, foram realizadas duas visitas ao serviço a fim de apresentarmos o projeto e solicitar autorização do gestor da unidade para realização do estudo, caracterizando-se uma fase exploratória (Minayo, 2010). Uma terceira visita foi realizada a fim de nos apresentarmos à equipe de profissionais do serviço, bem como o projeto da pesquisa, descrevendo-a e esclarecendo as dúvidas sobre o estudo. Estando a equipe presente para uma reunião intitulada “supervisão clínico-institucional” que acontece semanalmente para discussão dos casos, foi colocado a nossa disposição o horário inicial desta reunião para que pudéssemos falar do estudo. Os profissionais puderam interrogar sobre o objetivo da pesquisa e, após um momento de perguntas, seis deles voluntariamente se dispuseram a participar do estudo e sugeriram serviços da rede para que pudéssemos realizar outras entrevistas, processo que descreveremos mais a frente.

Esta fase exploratória (Minayo, 2010) terminou com a nossa efetiva entrada no campo realizando as entrevistas semiestruturadas inicialmente com o gestor do serviço, posteriormente com os profissionais do CAPSi. Em seguida foram realizadas entrevistas com profissionais do território indicados pelos profissionais do CAPSi. Por fim, foi realizada observação participante em reuniões entre os serviços.

Seguem abaixo os quadros-resumos referentes às entrevistas e observações participantes realizadas no trabalho de campo:

Quadro 3: Entrevistas Semiestruturadas

Origem	Atuação	Quantidade
Profissionais do CAPSi	Gestão	1
	Assistência	6
Profissionais do Território	Abrigo	1
	Conselho Tutelar	1
	DEGASE	2
Total		11

Quadro 4: Observação Participante

Tipo de Reunião	Quantidade
Supervisão de Eixo	2
Fóruns de Área	1
Reunião Intersetorial	3
Total	6

3.1 – Entrevistas semiestruturadas com os profissionais do CAPSi

No período de dois meses (janeiro e fevereiro de 2014) foram realizadas sete entrevistas, uma com um dos gestores do CAPSi e seis com profissionais. Destes, seis com atuação de nível superior, sendo apenas uma com atuação de nível médio, no

entanto, também com formação superior. Todos os entrevistados se dispuseram espontaneamente a participar do estudo.

Seguindo um roteiro previamente elaborado, todas as entrevistas foram realizadas no próprio serviço em salas/consultórios utilizadas para atendimento da clientela, local minimamente confortável e apropriado para a manutenção do sigilo. As entrevistas tiveram duração aproximada de 50 (cinquenta) minutos, como previsto no projeto inicial. Considerando a dinâmica de atendimento de um serviço como CAPSi, as entrevistas ocorreram em sua maioria nos dias e horários agendados pelos profissionais, tendo sido apenas uma remarcada por nós devido a problemas no aparelho para gravação da entrevista, e outra remarcada por uma profissional devido a necessidade de prestar atendimento emergencial a uma criança.

3.2- Entrevistas semiestruturadas com profissionais das instituições do território

Após a conclusão das entrevistas com os técnicos do CAPSi iniciamos a fase de entrevistas com os profissionais das instituições do território citados pelos profissionais do CAPSi como instituições de contato interinstitucional. Para tal feito foi solicitado o contato destes serviços e profissionais de referência para apresentação da pesquisa.

Foram realizadas entrevistas com quatro profissionais em três instituições. Na instituição 1, foram aplicadas duas entrevistas simultaneamente a pedido das profissionais. Ocorreram no dia e local agendado, sem intercorrências. Na instituição 2, um Conselho Tutelar, foi realizada uma entrevista em dia e horário reagendado pelo entrevistado. Na instituição 3, um abrigo, foram agendadas duas entrevistas, porém só foi possível realizar uma, pois no dia agendado uma das entrevistadas foi convocada para uma reunião fora do abrigo e conforme o cronograma da pesquisa não seria possível o retorno do entrevistador em outras datas.

No âmbito geral, não foram observadas maiores dificuldades para coleta de dados. No entanto, não foi possível acesso às atas de reuniões de profissionais do CAPSi com os profissionais e atores da rede devido a inexistência de atas referente ao período solicitado (reuniões realizadas no ano de 2013). Sendo assim não foi possível análise de atas.

3.3 - Observação participante

As observações participantes foram incluídas na metodologia deste estudo com a finalidade de apreensão das narrativas dos profissionais acerca do trabalho intersetorial e de articulação de redes, das conversações estabelecidas e os conflitos que podem se originar dos encontros entre os profissionais do CAPSi e os profissionais de outras instituições do território. Foi elaborado um roteiro com tópicos referentes às nossas perguntas de pesquisa, caracterizando uma observação dirigida (Minayo, 2010).

Entre os meses de janeiro e fevereiro¹² participamos de seis reuniões. É importante salientar que neste período ocorreram outras reuniões com profissionais da educação, do DEGASE (Departamento de Ações Sócio-Educativas), e de outras instituições em que não foi possível participação devido a impossibilidades de horário do pesquisador devido a outros compromissos assumidos na pesquisa e outras devido ao julgamento da equipe de que a discussão não seria pertinente ao presente estudo. Das observações realizadas, profissionais do CAPSi estavam presentes em cinco reuniões.

Podemos agrupar as reuniões em que desenvolvemos a observação participante em três grupos: as supervisões de eixo, os Fóruns de Área e as reuniões com as instituições para discussão de casos.

¹² Optamos por estender o período de um mês para realização das observações para dois meses a partir de sinalização da gestora do serviço selecionado de que naquele período do ano as reuniões historicamente diminuía por coincidir com período de férias dos profissionais da rede e do CAPSi. Sendo assim, visando evitar quaisquer prejuízos no resultado da pesquisa preferimos disponibilizar mais um mês para realização das observações, sem prejuízo do cronograma inicial.

Conforme pontuado pela gestora do CAPSi, o serviço atualmente participa de duas reuniões de caráter permanente e intersetorial: as supervisões de eixo e os Fóruns de Área. Estas reuniões acontecem uma vez por mês num dos serviços de saúde da Área Programática¹³ a qual pertence o CAPSi.

As supervisões de eixos são reuniões mensais entre profissionais de instituições do território e da área programática a qual pertence o CAPSi. Contam com a presença de um supervisor¹⁴, vinculado à saúde mental. Neste espaço são discutidos casos de saúde mental e pactuadas direções de trabalho referente a esses casos.

Participamos de duas reuniões sendo que em uma delas não houve a participação de profissionais do CAPSi.

Os Fóruns de Área são reuniões entre os equipamentos da área programática para discussões sobre a assistência no território. Conforme informações colhidas nas entrevistas com gestores do CAPSi, os fóruns têm caráter intersetorial e são capitaneados por um apoiador da Coordenadoria da AP. Foi aplicada observação em um fórum de área.

A terceira modalidade de reunião em que aplicamos a observação participante foram encontros entre profissionais do CAPSi e profissionais de instituições do território, cada uma com dinâmicas diferentes das outras. Foram ao todo três reuniões, uma com profissional da Secretaria Municipal de Educação, uma com duas profissionais de um abrigo para crianças em uso abusivo de álcool e drogas e outra com instituição de cumprimento de medidas sócio-educativas. As duas primeiras ocorreram no espaço do CAPSi e tiveram como objetivo discussão de casos acompanhados pelo CAPSi e por tais instituições. Aprofundaremos o conteúdo destas reuniões na fase de apresentação da análise dos dados coletados.

¹³ A cidade do Rio de Janeiro, no âmbito da saúde, está dividida em dez áreas programáticas. Cada uma dela corresponde a um número de bairros submetidos a uma coordenadoria responsável pelas ações de saúde daquela área. O CAPSi faz parte de uma área programática.

¹⁴ A supervisora do CAPSi é uma das supervisoras dos dois eixos da área programática em questão.

A seguir iniciaremos a exposição dos dados coletados no trabalho de campo apresentados e analisados a luz dos referenciais teóricos apresentado no capítulo 2 desta dissertação.

Capítulo 4: Análise das Entrevistas

Apresentaremos a seguir a análise das entrevistas realizadas com profissionais do CAPSi e profissionais de serviços do território. Optamos por apresentá-los a partir dos objetivos enunciados no percurso metodológico, como estratégia de organização dos dados e articulação com os referenciais teóricos em questão.

Percepções e concepções que embasam as ações de profissionais e gestor do CAPSi no desenvolvimento de ações intersetoriais

Analisando as narrativas dos profissionais entrevistados acerca das concepções que embasam o trabalho intersetorial, percebe-se que nas entrevistas realizadas o trabalho intersetorial aparece como fundamental para a oferta de cuidados ao segmento infante juvenil e para ampliação deste cuidado dentro da perspectiva da *integralidade como diretriz do SUS*. As narrativas mostraram-se impregnadas de convicção da importância e indispensabilidade do trabalho extramuros, no entanto, em permanente construção, conforme explicitado nas falas a seguir ao responderem a pergunta sobre a percepção do trabalho intersetorial.

Entrevistado 1: *É um trabalho de construção. O CAPSi já tem ... anos, tem muita coisa que foi feita, já foi construída. E ao mesmo tempo é um trabalho que a gente tem que ir recomeçando. A cara da área, do território, vai mudando. De uns anos pra cá surgiram serviços que não existiam antes, várias clínicas da família foram inauguradas, aqui não tinha cobertura, a política não era essa.*

Entrevistado 4: *Eu acho que é isso, apostar na lógica do SUS, da integralidade, é estar junto, propiciar a clientela o melhor.*

No entanto, aparecem com frequência nas falas dificuldades encontradas no dia-a-dia, caracterizando-o como um trabalho difícil, que demanda tempo e disponibilidade

do profissional para se debruçar sobre ele, para estar fora do serviço. A criatividade também é citada como um elemento importante deste trabalho

Entrevistado1: *“É claro que estamos em um território grande e que só tem um CAPSi. É um trabalho difícil. A gente tem que inventar, encontrar tempo.”*

Entrevistado 7: *“Estabelecer parcerias já é um trabalho. Não dá nem pra gente dizer que só porque a gente conversa com um serviço que já somos parceiros. Isso é uma construção, isso leva um tempo. Não é fácil. Pelo menos assim... a partir da minha experiência. Eu vou poder falar a partir daí. Eu acho fundamental o trabalho intersetorial. Principalmente neste serviço em que se trabalha com criança e adolescente. Temos contato com a escola, conselho, vara da infância, abrigos. Estou contando eles como esse extramuros, intersetorial. E aí, assim é um trabalho mesmo. Temos que dialogar, discutir o caso. Eu acho que é algo trabalhoso, super importante, fundamental nos casos. É o que a gente percebe. É importante e é bom quando a gente consegue.”*

Principais desafios enfrentados no trabalho de articulação de redes no âmbito intersetorial

As falas dos profissionais do CAPSI sobre o trabalho de articulação de redes expressam com unanimidade a percepção de que este é um mandato do CAPSi: articular redes que respondam as necessidades dos casos atendidos, caracterizando este serviço como ordenador da rede, conforme definição da legislação em Saúde Mental.

Questionados sobre o que seria este trabalho, os entrevistados sinalizaram a promoção do diálogo contínuo entre serviços e fomento de discussões coletivas acerca das questões da clientela atendida visando estabelecimento de acordos, troca de informações que facilitem melhor conhecimento do caso pelas instituições envolvidas, exposição do mandato dos serviços, tomar decisão quanto aos encaminhamentos e ações conjuntas. O diálogo, o empenho e a persistência aparecem como elementos comuns às falas dos profissionais como necessários neste trabalho, também qualificado como

difícil pelos entrevistados devido a fatores que estaremos apresentando as dificuldades e os desafios encontrados.

Fica evidente nas falas que na maioria das vezes é um trabalho disparado pelo CAPSi, e é visto como uma permanente construção, que requer dos técnicos persistência, investimento, disponibilidade. Seguem algumas falas sobre o trabalho de articulação das redes de cuidado

Entrevistado 2: *“Não é fácil trabalhar em rede. Tem que ter uma disponibilidade para estar fora do seu serviço. Tem que desmarcar paciente para conversar com essas pessoas em outros lugares contando com aquela ajuda, que aquilo vai fazer um efeito diferente no seu trabalho porque sozinho não vai dar conta, mas depois não vai adiante. Não acontece como você planeja. ”*

Entrevistado 5: *“É assim... Eu acho que é em rede porque a gente tenta acionar... Por exemplo, o que eu entendo de um trabalho em rede. Tem um caso que está grave e que precisamos de outros setores, convocamos eles para não ficar só o CAPSi, que ajudem nessas questões. Temos ver que precisamos de outros setores para estar junto, senão fica um trabalho unilateral, tem que ser todos os setores juntos... O trabalho em rede, não está dado, não é fácil, pois tem a percepção e a dificuldade de cada serviço”.*

Ações desenvolvidas no cotidiano do CAPSi para a articulação extramuros

Neste tópico apresentaremos as ações vinculadas às estratégias informadas pelos profissionais do CAPSi para articulação com instituições do território de atendimento do serviço, incluindo instituições pertencentes a outros setores da política social e instituições do setor Saúde.

É importante ressaltar que entendemos estas ações como estratégias para construção do trabalho de articulação de redes e do trabalho intersetorial. De acordo com Mintzberg e Quinn (1991), estratégia “é um modelo ou plano que integra os objetivos, as políticas e as ações sequenciais de uma organização, em um todo coeso”.

Neste sentido tomaremos como estratégia o conjunto das ações desenvolvidas pelos profissionais para alcançar um nível satisfatório de articulação de redes.

Através das entrevistas foi possível mapearmos as principais ações desenvolvidas no CAPSi neste trabalho. Todos os entrevistados citaram como elemento fundamental para articulação o diálogo permanente com as instituições do território. Esta comunicação pode ser disparada a partir do momento em que o CAPSi recebe um caso através de encaminhamento de outro serviço do território, ou quando é detectado nos casos atendidos a necessidade de articulação externa para viabilização do acesso a serviços prestados por outros setores. Este contato inicial pode se dar através de contato telefônico ou através do agendamento de reunião com os setores envolvidos.

Em entrevista com a gestora do CAPSi, constatou-se uma dimensão do trabalho voltada para a apresentação do serviço às demais organizações do território, com vistas a instituir uma comunicação que favoreça o entendimento das funções do CAPSi dentro da rede territorial, seu mandato e sua concepção de cuidado. No entanto, nas discussões de casos, os profissionais informaram que também almejam transmitir informações que facilitem o entendimento das concepções e funções do CAPSi enquanto um recurso territorial.

Outra estratégia para o trabalho de articulação intersetorial citado pelos profissionais é a implantação de mini-equipes para o desenvolvimento deste trabalho. Segundo os entrevistados a equipe foi dividida para que cada instituição ou setor do território fique sob a responsabilidade de um ou dois técnicos e estes promovam reuniões e discussões de casos, estabelecendo-se uma referência para o trabalho. Conforme a narrativa dos técnicos, as mini-equipes estão em fase de implantação e ainda não foi possível avaliar a potência da estratégia. Uma das entrevistadas questionou se a divisão da equipe não provocaria uma fragmentação das informações e acompanhamento dos casos.

Entrevistado 3: *“A nossa coordenadora técnica sugeriu um tempo atrás que nos dividíssemos em três equipes e cada um fosse pra um lado. A última vez que eu fiz esse trabalho, que nem sempre é agendado pra um dia em que eu estou... Eu acho até interessante, mas você acaba não sabendo o desdobramento da sua criança. Uma pra*

falar com a justiça, outra pra falar com a escola... Achei muito interessante, mas acho que a gente precisa dar uma azeitada maior, ficar mais regular esses contatos.”

Foram apresentados dois espaços permanentes de discussão e articulação de redes com participação efetiva da equipe, que são as supervisões de eixo e os fóruns de discussão (fórum da área programática e o fórum interinstitucional de saúde mental). Estes espaços possuem frequência mensal e caráter regular e intersetorial, e são capitaneados pela Saúde Mental através da Coordenação de Área Programática.

Sobre estes espaços foi possível constatar que a equipe reconhece como espaços importantes para a articulação extramuros, no entanto alguns profissionais apontaram determinado esvaziamento pelos atores constituindo-se espaços que requerem uma convocação contínua para alcançarem sua potência na perspectiva da articulação. Retomaremos este espaço na sessão referente aos dados coletados na observação participante.

Numa análise geral percebe-se que as ações adotadas pela equipe estão voltadas para o estabelecimento de comunicação contínua com os serviços parceiros. Existe uma aposta de que através do diálogo, da troca de informações sobre os casos atendidos e sobre o papel de cada ator da rede possibilitem a coordenação de ações que respondam as necessidades apresentadas nos casos, apesar de um consenso nas falas da presente dificuldade nesta comunicação e na coordenação de ações. Consequentemente os resultados não foram os esperados embora algumas questões tenham sido resolvidas. Verifica-se esta perspectiva no trecho da entrevista a seguir:

Entrevistado 2: *“... O trabalho foi com a Clínica da Família e a ONG que atendeu as meninas quando elas eram menores. Elas estiveram abrigadas num lugar e aí essa ONG trata, ajuda famílias com a reinserção familiar. Teve o CRAS que também estava junto com a gente em uma parceria. Se tudo tivesse dado certo, se todos tivessem conseguido cumprir o combinado o caso seria um sucesso muito maior. Mas de qualquer forma mesmo não tendo sido o que a gente gostaria ela está fora da internação já tem alguns meses. Isso diz alguma coisa. Mas a gente fica triste, tinha muito mais que poderia ter sido feito e que não conseguimos alcançar pelas coisas não terem se dado da forma que a gente havia combinado”.*

Entrevistado 4: *“Então é importante afinar esse entendimento do que é um CAPSi, pra que serve, quais são os fluxos, o que passa por aqui. É o trabalho que eu tenho feito no momento. E participo também quando aparece algo meio fora de hora, a gente vai, seja na educação, na escola, outro serviço de saúde. É uma constante. O trabalho que eu estou fazendo diretamente é esse com o conselho tutelar”*.

A aproximação, a disponibilidade e a escuta do outro aparecem como ferramentas chaves no estabelecimento desta comunicação. No entanto o diálogo é recente e ainda necessita ser aprimorado.

Entrevistado 4: *“...A rede você vai construir no dia a dia, vai se valer muito do profissional que está ali em questão, do empenho, de apostar que é na rede mesmo, que esse diálogo que ainda é recente vai ser melhorado, afinado ao longo do tempo. É se comunicar. Dúvida sobre um caso é ligar. Uma palavra que você receba de uma instituição, uma dica que seja é estar fazendo rede de alguma forma”*.

Principais desafios enfrentados no trabalho de articulação de redes no âmbito intersetorial

Nesta sessão trataremos das dificuldades e desafios apresentados pelos profissionais do CAPSi no trabalho de articulação de redes e de promoção de ações intersetoriais. Cabe informar que este tópico foi o mais denso de falas, com maior conteúdo de respostas. Em algumas entrevistas as dificuldades foram sinalizadas sem aplicação de uma pergunta previamente. Neste momento foi possível perceber através da mudança na entonação de voz e postura corporal dos entrevistados o quanto as dificuldades permeiam estas práticas e mobíliam estes atores.

Um primeiro ponto que nos chamou a atenção refere-se a repetição das dificuldades mencionadas pelos entrevistados e a apresentação destas enquanto desafios a serem enfrentados no cotidiano, não havendo esta separação nas narrativas.

Visando explorar e retirar o máximo de elementos das narrativas que possam nos dar notícias da realidade cotidiana e dificuldades deste trabalho, faremos a exposição integral das falas dos profissionais a seguir.

O tempo, a dinâmica intensa e a disponibilidade

A falta de tempo aparece ora como dificuldade ora como um desafio para a equipe. Há uma necessidade concreta de permanência dos profissionais no serviço devido a dinâmica intensa de trabalho e equipe reduzida. No entanto existe um reconhecimento de que o diálogo e a disponibilidade de interlocução com os atores das instituições do território produzem efeitos importantes para a clientela em atendimento. Os profissionais apontam que a dinâmica intensa do serviço, composta por atendimentos internos coletivos e individuais, a necessidade de estar fora dele, agendar horários em que os atores externos possam estar disponíveis para o diálogo, e ainda se disponibilizar a escuta dos demais atores e serviços do território, constitui-se um grande desafio que requer criatividade e desejo.

Selecionamos duas falas que expressam a dimensão do tempo como um elemento desafiador na realização do trabalho extramuros na visão dos profissionais do CAPSi.

Entrevistado 4: “ ... não é fácil trabalhar em rede. Tem que ter uma disponibilidade para estar fora do seu serviço. Tem que desmarcar paciente para conversar com essas pessoas em outros lugares contando com aquela ajuda, que aquilo vai fazer um efeito diferente no seu trabalho porque sozinho não vai dar conta, mas depois não vai adiante. Não acontece como você planeja”.

Entrevistado 4: “...mas eu tenho dificuldade de me autorizar a estar fora. Porque aqui mesmo a gente às vezes sente uma cobrança do técnico de referência estar aqui. Entendeu? Enquanto eu acho que tem um trabalho no território que precisa ser feito. As vezes estamos aqui no coletivo, sendo que outras pessoas também estão. Mas as vezes a gente não se autoriza porque tem menos gente na equipe, porque outras pessoas também têm que sair. Então eu acho que isso é uma dificuldade. Estou te falando e

também estou tentando elaborar. O que acontece que temos uma coisa de ficar aqui? Todo mundo sabe que tem uma coisa muito importante lá fora. E que caminha muito mais quando a gente está lá fora e caminha muito mais as coisas aqui dentro. Estou falando isso de um paciente. Estou lá fora no território, no outro setor, em alguns momentos com ele, em outros sem ele. E a gente colhe efeitos do que está sendo lá fora aqui dentro. Entende?”

A transmissão do mandato e do trabalho... A comunicação

Eis um segundo ponto apresentado pelos profissionais como uma dificuldade e um desafio para a equipe. Nas falas observou-se que o grau de entendimento do mandato do CAPSi pelos serviços do território tem incidência sobre esta comunicação e promove uma aproximação decisiva no momento da articulação entre os serviços.

Observou-se ainda nestas falas que a falha no entendimento do trabalho, das ofertas e da missão do CAPSi, promovem incidentes como encaminhamentos equivocados (pacientes que poderiam ter sido encaminhados a rede de atenção básica), pedidos os quais o CAPSi não pode responder nos termos solicitados (como, por exemplo, laudos neurológicos), conflitos e desarticulação.

No entanto esta dimensão do trabalho não apresenta-se desvinculada do fator tempo e disponibilidade do serviço em estabelecer esta comunicação de modo a viabilizar o entendimento das demais instituições sobre o que é e o que faz um aquele CAPSi.

Alguns profissionais apontaram que a promoção deste entendimento está atrelada à disponibilidade dos outros setores em manter um diálogo aberto e uma escuta sobre o serviço, suas concepções sobre a saúde e outros aspectos envolvidos na atenção psicossocial. Outros sinalizam que existe um “nó” nesta comunicação e que pode haver falha na forma dos profissionais do CAPSi comunicarem suas ideias e perspectivas, como colocado na fala a seguir.

Entrevistador 2: “*Você consegue identificar o que motiva essa dificuldade com... ?*”

Entrevistado 2: *“Não sei te dizer. A gente conversa com eles. Mas eles continuam fazendo encaminhamento para acompanhamento com neurologista. A gente já disse que não tem neurologista aqui. Eles sabem que a gente não tem e continuam encaminhando. Mas têm outros entraves, a gente tenta marcar reunião, conversar, mas é complicado. Uma vez fui conversar sobre um paciente que eles haviam me encaminhado e quando fui lá eles não tinham nada do paciente, tinha sumido a pasta. Então temos certa dificuldade. Não sei se é nossa também, de repente não conseguimos nos expressar claramente pra eles. Mas tem um nó que eu não sei exatamente o que é”*.

Entrevistado 5: *“Tem um trabalho que não é muito de rede, é um trabalho mais direcionando. A gente recebe muito encaminhamento. As vezes a escola convoca a gente para estar junto. O conselho tutelar tem o habito mais de encaminhar mesmo. Eles querem encaminhar um menino, mas aí a gente pensa por que eles não ligam antes pra gente entender do que se trata, ou levar pra reunião de eixo para pensarmos juntos. As vezes é um caso que poderia ir direto pro ambulatório, mas se vem primeiro no CAPSi, cria vinculo e aí fica mais difícil. As vezes o menino não fala muito e depois começamos a atender e vemos que é um menino que poderia estar em um ambulatório, pois está fazendo consulta ambulatorial dentro do CAPSi. E aí, o que a gente faz? Encaminha para o ambulatório? Mas foi tão difícil ele criar a relação, o vínculo. A dificuldade no trabalho de rede é esse da comunicação, é um entrave”*.

A vigência da lógica do isolamento e da segregação: divergências conceituais e ideológicas

Verifica-se presente nas falas dos profissionais importante grau de vinculação entre a dificuldade de articulação entre serviços, principalmente internos ao setor saúde, e a vigência de uma ideologia atrelada a lógica de segregação da pessoa em sofrimento psíquico, e de um “especialismo” na oferta de cuidado a esta clientela, contrariamente a concepção de cuidado que objetiva a ampliação dos laços sociais, circulação no território e acesso às políticas públicas (Couto e Delgado, 2010), o que dificulta, e até mesmo inviabiliza a comunicação, logo a construção de diretrizes comuns.

De acordo com algumas falas, o CAPSi enquanto um serviço de saúde mental que incorpora em sua constituição os preceitos da Reforma Psiquiátrica na construção de um cuidado que toma o território como um “espaço-suporte” (Pitta, 2001) e como locus privilegiado para o fomento do vínculo “clientela- serviço”, e conseqüentemente um lugar de promoção da saúde, vivencia dificuldades na desconstrução de um “especialismo” ainda vigente nas políticas sociais e nas organizações, que executam seus mandatos de forma departamentalizada setorialmente por disciplinas ou áreas de especialização (Inoja, 1998), o que se constitui um desafio para a instituição de ações intersetoriais, e até mesmo internas ao setor saúde.

O setor saúde é citado como aquele onde se presentifica resquícios de uma ideologia que impede um diálogo fluente na construção de parcerias e articulação de redes. A fragmentação é notada na realização de encaminhamentos de situações que, conforme a avaliação dos técnicos, poderiam ser atendidas em dispositivos como ambulatórios postos de saúde, e que não são quando se trata de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, sendo atribuído ao CAPSi a condição de serviço “especialista” no atendimento destas situações.

Conforme as falas dos profissionais com os demais setores das políticas sociais, percebe-se esta dificuldade porém em menor grau, se constituindo “agente dificultador” os diferentes mandatos e as opiniões de senso comum.

Entrevistado 6: *“O CAPSi e a..., são discursos diferentes. O CAPSi é pautado em uma lógica psicossocial, territorial. E a clínica da família tem uma lógica sanitarista de sanar a doença mental e não de levar em conta sua positividade. Há uma dificuldade, mas que não impede o diálogo. Mas são concepções, que a meu ver, poderiam ser convergentes. Mas na política atual não são convergentes. É um trabalho a mais que o CAPSi tem que fazer. Tem um trabalho a mais que o pessoal da clínica tem que fazer. O que é fundamental para que o trabalho territorial funcione? O pessoal da clínica também tem que fazer um trabalho a mais com relação a isso”.*

Entrevistado 6: *“A diferença conceitual de como o serviço deve funcionar e a direção conceitual do que é a loucura, já atrapalha muito e o dialogo fica muito difícil. Em outros setores, a gente estava falando especificamente de ..., mas com a escola,*

conselho tutelar, assistência social o diálogo é possível. Ocorre-me que é até mais possível do que com a saúde. Porque não há uma concepção teórica ou até de direção com relação ao que fazer da saúde desse paciente. Há possibilidade de diálogo. Com a saúde há possibilidade de diálogo, mas já com as barreiras de política de como o serviço deve funcionar. O diálogo com conselho tutelar, escola, CREAS e outros, não é um diálogo fácil, porque não tem o conceito teórico da loucura, mas tem o conceito do senso comum da loucura, do que eles podem fazer, do que esperam que o paciente faça. É um trabalho com relação a isso, mas que não inviabiliza. É legal porque se constrói junto. Eu acho que o nó se encontra realmente na relação política dentro da própria saúde”.

Entrevistado 1: *“O desafio é a gente não deixar a peteca cair, o desejo cair. Não permitir, não se permitir desistir diante das dificuldades. Têm certos equipamentos, instituições que a gente encontra um muro, o diálogo é difícil e a gente tem que ir naquela insistência pra tentar quebrar esse muro, ir furando um pouquinho porque senão... É aquela coisa da água mole em pedra dura, se você desiste de primeira nada vai acontecer. Tem que ter uma insistência grande. São lógicas diferentes, são discursos diferentes, são pensamentos diferentes. E a gente colocar a lógica da inclusão, do acolhimento universal, os preceitos do SUS, é muito difícil”.*

Condições de trabalho e rotatividade gestores e profissionais

Estiveram presente nas falas dos profissionais como uma das dificuldades enfrentadas pela equipe no trabalho de articulação de redes e no trabalho com outros setores as condições de trabalho e a rotatividade de profissionais. Os entrevistados apontaram que os contratos de trabalho instáveis e os baixos salários impactam na permanência dos profissionais tanto do CAPSi, quanto das instituições do território, o que acarreta rotatividade nas equipes e interrompem os processos de construção de vínculo entre os atores, logo entre os equipamentos.

Neste bojo, os entrevistados alertam para as consequências da ausência de concursos públicos ou de contratos de trabalho que garantam a criatividade e a

autonomia na construção deste trabalho: profissionais migrando para áreas com melhor remuneração e condições de trabalho provocando redução das equipes e comprometimento da autonomia e gestão do próprio trabalho.

Nas falas a seguir é possível verificar os impactos das novas formas de contratação no cotidiano dos serviços e que incidem na construção das redes de cuidado, principalmente no Setor Saúde, citado como o setor com maiores problemas na articulação e comunicação com o serviço.

Entrevistado 2: *“...Mas a instabilidade persiste e a gente tem esse medo de perder a nossa equipe, temos profissionais qualificadíssimos, pessoas super interessadas, engajadas no trabalho, mas que as vezes acabam tendo que sair porque o salário é baixo, porque não tem estabilidade e aí arruma outro lugar, arruma um lugar com um salário melhor, passa em um concurso. A gente sabe disso. A saúde mental vive contratos frágeis. O trabalho que a gente sabe que requer uma continuidade no tempo, que a equipe não pode ficar mudando, trocando toda hora. A gente quer que as pessoas venham aqui pra ficar por um longo tempo. E sabemos que nem sempre consegue. Esse é um desafio muito grande, muito grande mesmo.”*

Entrevistado 6: *“... Na medida em que troca a OS que está gerindo as articulações tem que ser refeitas, fazer de novo o trabalho para que a vila olímpica possa entender que são pessoas que vão precisar de um cuidado diferente, não vai ficar sozinha na piscina, mas ao mesmo tempo ela tem o direito de estar lá. Então a cada troca de gestão a gente tem que refazer esse diálogo”.*

Acordos e promessas

Outro aspecto presente nas falas dos entrevistados foi o descumprimento de acordos e promessas, como um compromisso manifesto mútuo (Lima, 2008), aspecto o qual verificamos no capítulo II que tem importante relevância no estabelecimento de confiança no processo comunicativo.

Alguns entrevistados colocaram que este descumprimento acontece de ambas as partes (do CAPSi e dos demais serviços), no entanto apontam que este fenômeno pode estar ligado a dificuldades relativas a sobrecarga de trabalho e dinâmica intensa dos serviços, o que pode provocar atrasos nas respostas e não necessariamente a um descumprimento propositado. São citados como descumprimento de promessas realizadas pelo CAPSi o atraso na entrega de laudos e relatórios. Dos outros setores, com destaque para o setor saúde, foram citadas as visitas domiciliares conjuntas e outras ações no território não realizadas.

Entrevistado 5: *“O trabalho em rede, não está dado, não é fácil, pois tem a percepção e a dificuldade de cada serviço. Às vezes temos promessas e ficamos na expectativa. Por exemplo, combinamos com ... de fazer um trabalho com um paciente em casa. E eles falaram que iam fazer, mas acabam não fazendo. Temos dificuldade no trabalho com a rede porque nem sempre o que é acordado, seja intersetorial ou dentro a saúde mesmo, acaba que a gente não vê essa ação, as coisas foram propostas, mas não foram feitas”.*

No entanto os entrevistados apontam que quando os acordos são cumpridos eles percebem uma importante evolução nos casos, principalmente quando encontra-se em jogo uma ação conjunta da qual depende o CAPSi para realizar o seu atendimento. Como exemplo, os profissionais trouxeram a questão da violência urbana, cria demanda para articulação com serviços do território como os NASFs e Clínicas da Família, que informam as condições de segurança para a entrada nas comunidades e até mesmo disponibilizam seus agentes comunitários de saúde para realização da visita domiciliar juntamente com os profissionais do CAPSi. Verifica-se assim a existência de uma coordenação relacional que reflete um nível de conversação voltada ao enfrentamento de problemas (Guittel, 2002), neste caso restrição de acesso dos profissionais às comunidades para atendimento aos pacientes.

Entrevistado 2: *“ Mas a violência atrapalha sim. Ao mesmo tempo se tiver que falar com o traficante pra poder entrar lá a gente vai falar. De primeira não é o que vai impedir a gente. Mas uma pessoa lá na clínica da família ... que indicou pra gente não entrar, que não é um dia bom. Então nisso a rede funciona. Eles estão lá diariamente. Se eles dizem que não é pra entrar a gente obedece. O morador já naturaliza aquilo,*

né? Tinha um morador que estava lá ouvindo a gente e falou que levava a gente lá na casa de fulano. Mas aí a agente comunitária e outras pessoas da clínica falaram que não era uma boa, que tinha 100 homens ... lá dentro e que não era uma boa ideia. E aí a gente recua. O endereço era um endereço que a gente não conhecia e aí pensamos em ir a clínica da família e perguntar e eles foram super solícitos. Tem momentos que a rede funciona e que faz diferença.”

Outros desafios

Outras falas sobre os desafios deste trabalho estiveram presentes, porém de forma mais pontual, como as referentes a manutenção de certa disponibilidade dos profissionais para realização do trabalho extramuros, considerando as dificuldades deste trabalho e do estabelecimento desta comunicação, a necessidade de persistir diante dos retrocessos que são considerados pertinentes ao trabalho de rede, já que este é uma construção que envolve comunicação entre pessoas, e estas saem dos serviços, possuem conceitos e perspectivas de trabalho diferenciadas, e a superação de determinada centralidade que o próprio serviço se impõe, o que pode dificultar a tomada de responsabilidade dos demais serviços e setores sobre os casos

Entrevistado 7: *“...Eu acho muito difícil o trabalho lá fora. É muito trabalhoso. Mesmo que você vá de carro o tempo todo e que as pessoas estejam prontas a te receber tem uma interlocução que é muito trabalhosa. Pois estamos falando de mandatos diferentes. E muitas vezes essa interlocução é muito dura. É super legal por isso, no entanto é muito difícil.”*

Entrevistado 3: *“... o CAPSi fica muito disponível para dar conta de tudo. As vezes a gente fica muito numa de: Aqui a gente resolve. E tem coisa que podem se dar na clínica da família, tem meninos que não tem questões tão grande”*.

A questão dos recursos materiais para realização do trabalho extramuros (telefone, internet, fax, carro, passagens, etc) é citada por alguns profissionais, porém

não foram colocadas como um determinante para a não realização do trabalho¹⁵. No entanto há um reconhecimento da importância destes recursos.

Conjunto de instituições, governamentais ou não governamentais, voltadas ao atendimento de crianças e adolescentes no território que mantêm uma interlocução permanente com o serviço

A partir das entrevistas com os profissionais do CAPSi foi possível identificar o conjunto de instituições com as quais o serviço mantém interlocução no território. São eles: Conselho Tutelar, Escolas, Abrigos, DEGASE, NASFS e Clínicas da Família.

Instituições como os Centros de Referência de Assistência Social, uma Vila Olímpica e o PET Saúde (Programa de Educação para o Trabalho na área da saúde-parceria com o IFRJ) e uma Organização não governamental também foram citados como parceiros importantes do CAPSi. O Ministério Público e Vara da Infância são citados como instituições de contato pontual com o serviço, contato este que se dá através de solicitação de laudos e relatórios e pedidos de atendimento. São serviços os quais a gestão do CAPSi identifica a necessidade de desenvolvimento de um trabalho contínuo ainda não existente.

Foram selecionados a partir da fala profissionais dos três serviços para realização de entrevistas visando identificar a percepção do trabalho intersetorial desenvolvido a partir do CAPSi e verificar o grau de proximidade estabelecido entre estes serviços conforme Rovere: Conselho Tutelar, Abrigo, DEGASE.

¹⁵ Atualmente o CAPSi conta com o carro da Coordenação da Área Programática mediante a agendamento e é disponibilizado cartão de passagens para realização de visitas institucionais e domiciliares pela Organização Social que contrata parte da equipe. O serviço dispõe de telefone e internet.

Percepções dos profissionais de outras organizações do território sobre o trabalho de articulação intersetorial desenvolvido a partir do CAPSi

Realizamos entrevistas com quatro atores das instituições selecionadas, sendo eles três profissionais e um Conselheiro Tutelar. Numa perspectiva geral todos os atores apontaram a importância do trabalho desenvolvido pelo CAPSi, no que se refere ao mandato daquele serviços e modalidade de atendimentos ofertados, e a importância do trabalho articulado. As falas expressaram a confiança dos atores no serviço apesar de identificarmos diferentes formas de articulação e vínculos.

A partir das falas de um membro de um Conselho Tutelar atuante no território de responsabilidade do CAPSi, verificamos que a articulação se dá majoritariamente através de papéis. São encaminhamentos na forma de requisições de serviços, isto é, documento com poder legal instituído pelo ECA, emitido pelos Conselhos Tutelares para solicitação de atendimento de crianças e adolescentes em entidades governamentais ou não governamentais. Outra forma de comunicação citada foram os ofícios portando um pedido de avaliação, agendamento de consultas ou relatórios de casos atendidos. O contato telefônico é citado como eventual e mais utilizado pelo CAPSi no processo de comunicação com o serviço. O estudo de caso é apontado como um recurso diante das situações as quais a equipe do CAPSi sinaliza para o Conselho como “complexa”.

Sobre o Conselho Tutelar pode-se dizer que de acordo com o art. 131 do Estatuto da Criança e do Adolescente, trata-se de um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente através de ações, competências e atribuições definidas por este artigo.

Vejamos a seguir as falas da Conselheira relacionadas a comunicação entre Conselho Tutelar e CAPSi

Entrevistador: *“Atualmente como é o contato de vocês com o CAPSi?”*

Entrevistado: *“Bom, quando eu preciso encaminhar eu encaminho com uma requisição de serviços, que é um documento do Conselho que ele não pode ser negado. Quando é*

um caso muito sério eu mando um ofício. Quando a criança não sai de casa, está em depressão. Eu mando um ofício e o CAPSi tem correspondido”.

Entrevistador: *Vocês têm contato através de reuniões?*

Entrevistado: *“Quando é um caso muito complicado que eles as vezes tem alguma dúvida nós fazemos um estudo de caso. A gente estuda aquele caso, a equipe do conselho e a equipe do CAPSi”.*

A entrevistada sinaliza em sua fala que o atendimento de suas requisições pelo CAPSi são prontamente atendidas e que não existe dificuldade de comunicação com aquele serviço. No entanto aponta a demora no retorno de informações sobre os casos encaminhados como um problema gerado pela excessiva demanda que é encaminhada para o CAPSi, inclusive pelo próprio Conselho.

Entrevistado: *“... o trabalho do CAPSi é muito bom. O que eu me queixo aqui com o pessoal é justamente a demanda. Sabemos que pra eles a demanda é muito grande. Um exemplo, eu acredito que não dá para eles atenderem uma vez por semana por conta da demanda. Então eles devem marcar de quinze em quinze dias. Aí o retorno fica difícil. Mas a gente fica mandando, nós mandamos quase todo dia”.*

Entrevistador: *“O que a senhora está chamando de retorno?”*

Entrevistado: *“É saber como está a criança, qual é a resposta da família dele...”*

Pode-se perceber na fala da entrevistada o conhecimento e o reconhecimento das funções do CAPSi, no entanto, percebe-se que a concepção de articulação em rede está relacionada a um processo de referência e contra-referência, que a nosso ver pode estar vinculado as características do trabalho do Conselho Tutelar e a dinâmica intensiva de trabalho. Retornaremos a este ponto nas considerações finais.

Entrevistado: *“Eu não tenho dificuldade com esse trabalho de articulação não. Por exemplo, a gente liga e logo fala. Às vezes não está o psicólogo que está acompanhando, mas ai deixa recado e eles entram em contato. As vezes eu quero saber de uma criança e aí eles falam que não está lá, está em acompanhamento, ou já acabou, ou está tudo ok. Não vejo dificuldade na articulação”.*

Considerando os níveis de articulação das redes proposto por Rovere, foi possível identificar dois valores na narrativa da Conselheira: Reconhecimento, apontando a aceitação do CAPSi por este ator. Percebe-se um interesse pelos processos e resultados do trabalho realizado pelo CAPSi. No entanto, foram poucas as falas que pudessem demonstrar o grau de conhecimento do Conselho sobre o trabalho realizado pelo CAPSi, apesar das várias falas acerca do bom trabalho realizado.

Entrevistador: *“O que a senhora espera desse trabalho com o CAPSi?”*

Entrevistado: *“Esperamos muito, bastante. Queríamos mais. O trabalho do CAPSi é muito bom. O que eu me queixo aqui com o pessoal é justamente a demanda. Sabemos que pra eles a demanda é muito grande. Um exemplo, eu acredito que não dá para eles atenderem uma vez por semana por conta da demanda. Então eles devem marcar de quinze em quinze dias. Aí o retorno fica difícil. Mas a gente fica mandando, nós mandamos quase todo dia.”*

Outro elemento identificado através das falas da Conselheira relaciona-se a expectativa do Conselho em obter a avaliação dos casos encaminhados pela equipe do CAPSi, dentro de um processo de referência e contra-referência¹⁶, ficando sob a responsabilidade deste último a emissão de parecer e retorno da informação ao Conselho, além do encaminhamento deste paciente para outros serviços do território, caso não seja um paciente para atendimento pelo CAPSi.

Entrevistado: *“Eu não sei. Porque aí é aquele negócio eu não sou o profissional adequado para avaliar se é psiquiátrico, se é neurológico, se é um trauma. Mas aí eu mando e peço uma avaliação. Para que eles possam avaliar. Eles são os profissionais da área. Quando extrapola, quando você vê... Você tenta fazer o acompanhamento, encaminha para uma atividade desportiva, você tenta fazer alguma coisa para resgatar a cidadania daquela pessoa e você percebe que cada dia piora mais. As vezes eles até reclamam por causa da demanda. Mas eu não sou o profissional qualificado.”*

¹⁶ Instrumento de encaminhamento de pacientes entre serviços.

Não identificamos falas que se referissem ao compartilhamento direto de recursos e projetos e a ajuda esporádica do Conselho ao CAPSi, no entanto as falas trazem conteúdos que sugerem existe um reconhecimento da eficácia do trabalho do CAPSi.

Entrevistador: *“Quais são os pontos positivos do trabalho, dessa articulação com o CAPSi?”*

Entrevistado: *“Tem tido uma melhora muito grande das crianças com esse trabalho, o atendimento psicológico, a terapia que eles fazem. Sabe? Alguns foram por conta da dependência química e só com o atendimento conseguiram controlar.”*

De um modo geral, verificou-se na fala da Conselheira que a comunicação estabelecida entre os serviços atualmente atende as expectativas do Conselho que entende a articulação em rede o encaminhamento dos casos para os serviços de atendimento visando a garantia do direito da criança e do adolescente, uma visão de rede como um conjunto de instituições com mandato de atendimento a este segmento, em que a comunicação visa a efetivação do atendimento, e não propriamente para o compartilhamento de ações e informações numa perspectiva de coordenar ações conjuntamente.

Consideramos que esta visão está diretamente vinculada a característica da instituição Conselho Tutelar e a condição de Conselheiro enquanto cidadão eleito pela sociedade para garantir cumprimento do direito da criança e do adolescente. A frente voltaremos a esta questão.

Em outra instituição visitada, desta vez um serviço ligado ao Departamento de Ações Sócio Educativas – DEGASE, realizamos entrevista com duas profissionais da equipe técnica¹⁷.

As narrativas marcaram o reconhecimento de uma boa relação com o CAPSi enquanto um serviço de saúde mental vinculado ao setor saúde, o qual as entrevistadas

¹⁷ A equipe é composta por agentes de disciplina (educadores) e equipe técnica e técnicos administrativos.

expressaram vivenciar grande dificuldade para acesso. Marcaram a diferença entre a comunicação com o CAPSi enfatizando a disponibilidade daquele serviço em estabelecer parcerias não somente para o atendimento dos casos, mas para o compartilhamento de ações e projetos terapêuticos. A disponibilidade de escuta do CAPSi com relação as demandas apontadas, também foi citada por ambas as entrevistadas, como um elemento diferencial ofertado por aquele serviço, o que segundo elas se constitui um facilitador para o estabelecimento da parceria.

Entrevistador: *E com o CAPSi? Como é essa articulação? Qual é a dinâmica?*

Entrevistado 1: *“Com o CAPSi a gente nunca teve barreira. Pelo contrário, das parcerias que a gente teve é a mais acessível. Quando começamos essa parceria ainda era aqui no posto de saúde e a gente foi lá procurando ajuda. Tínhamos adolescentes que precisavam de acompanhamento e tivemos as portas fechadas em inúmeros lugares. Fomos lá pedindo ajuda e eles abriram a possibilidade para os nossos meninos. Até entendendo que nem seria o público alvo deles. Nem só essa questão da droga era exatamente o que eles trabalham. Mas eles se dispuseram a atender. Primeiro foi de maneira individual e depois foi criado esse grupo do CAPSi aberto e aí todos os meninos passaram a participar. Essa abertura foi até mais ampla do que esperávamos. Lá eles só podem atender, teoricamente, até 18 anos, né? E eles estenderam isso pra gente. Temos meninos com mais de 18 anos aqui e que vai junto pro grupo. De todas as parcerias que a gente teve a do CAPSi foi a mais fácil.”*

Entrevistado 2: *“... Eles fazem um acompanhamento, eles não só atendem e deixam pra lá. Se falarmos que gostaríamos que tivesse um atendimento individual e não em grupo, aí eles veem pra marcar.”*

Entrevistado 1: *“Ou até o contrário. As vezes eles percebem que no grupo tem um adolescente que precisa de uma atenção maior eles retornam isso pra gente. E aí vamos nos articulando para melhor atender. Tem outra particularidade que nos ajuda também. Eu acho que eles compreendem as nossas dificuldades. Por mais que a gente trabalhe e queira que isso tenha uma continuidade de uma vez por mês estar nas reuniões. A gente tem as nossas dificuldades do dia a dia. As vezes não tem a viatura pra levar, as vezes não tem a gasolina. Ou acontece alguma coisa naquele dia que eles*

não vão poder ir porque tem que fazer outra atividade. Mesmo sabendo que isso interrompe o trabalho e que isso prejudica. Eles entendem. ”

As entrevistadas relataram que a comunicação acontece através de contatos telefônicos para agendamentos, troca de informações, etc, e através de reuniões entre os alguns profissionais dos dois serviços que podem acontecer nos dois serviços. No entanto as profissionais sinalizaram que há disponibilidade do CAPSi estar naquela instituição.

Entrevistado 1: *“O contato que nós temos com eles é via telefone. E a gente também faz encontros de tempos em tempos para colocar a rotina do trabalho, ver as dificuldades, tentar encontrar novas formas de passar pelos obstáculos. Isso acontece de tempos em tempos. Sempre que há necessidade ou para acompanhar mesmo. Nesses casos ou vamos até lá ou eles vêm até aqui. Eles são sempre muito disponíveis para vir até aqui também”.*

As entrevistadas expõem como dificuldades na articulação com o CAPSi os problemas da própria instituição, relacionados a escassez de recursos para fazer o traslado dos adolescentes para atendimento no CAPSi, por exemplo, o que se configura no descumprimento das promessas realizadas por aquela instituição. Reconhecem que existem questões intrainstitucionais que dificultam o bom fluir das ações junto ao CAPSi e citam o exemplo do CAPSi Aberto, um grupo de reflexão que acontece no CAPSi voltado para receber os meninos, independente da existência de demanda para tratamento. Relatam que a instituição tem dificuldades de manter uma regularidade de presença dos adolescentes devido a ausência de transporte.

As falas trazem em seu conteúdo a existência de ações que são coordenadas a partir dos acordos promovidos na comunicação entre os serviços, e as tomadas de decisão são compartilhadas pelas equipes.

Entrevistado 1: *“Na última conversa que tivemos colocamos essa questão, de como poderíamos ampliar esse atendimento ao adolescente e dar uma continuidade. Eles se propuseram a isso. E eu acho que é muito importante. Até porque como temos meninos aqui de inúmeros lugares, que nem são do Rio de Janeiro. A continuidade desse*

acompanhamento é interrompida no momento que o menino sai daqui. Não que o CAPSi não queira fazer isso. Ele sempre se colocou muito disponível pra isso. Mas como o menino vai pra Niterói para ele vir pra cá ter um atendimento é muito difícil dele continuar.”

Entrevistador: *“Embora tenha CAPSi em Niterói. ”*

Entrevistado 1: *“Então, é exatamente isso que o CAPSi está querendo. Começar a se articular com outros CAPSi’s para que o menino que saia daqui continue um atendimento lá. “*

Entrevistado 2: *“É uma falha nossa. Quando ele ganha liberdade ou evade a gente tem que contatar o CAPSi de onde ele vai ficar.”*

Entrevistado 1: *“É. Essa foi uma das coisas que a gente conversou para que isso aconteça. Para que eles saibam do atendimento do menino e possa se articular para atendê-lo.”*

Entrevistado 2: *“Novamente o CAPSi foi sinalizando como a gente tem que proceder. Eles que falaram, eles que perguntaram ‘E aí? E a continuidade?’ Eles se preocuparam com o adolescente. ”*

Numa análise geral das entrevistas com profissionais desta instituição foi possível identificar a existência de quatro níveis de profundidade da articulação estabelecida entre os dois serviços: o Reconhecimento e o Conhecimento, cujos valores propostos por Rovere e identificados nas entrevistas são a aceitação e o interesse; e a Cooperação e a Associação, com valores presentes de solidariedade e confiança. Não identificou-se nas falas elementos relacionados ao nível colaboração, cujas ações se caracterizam por ações de ajuda esporádica, com valor reciprocidade, considerando as características da própria instituição DEGASE, que atende meninos encaminhados pelo judiciário para cumprimento de medidas sócio-educativas, sendo este seu único mandato e exclusivo serviço prestado, não se constituindo para o CAPSi um serviço em que possa reciprocamente encaminhar adolescentes.

No terceiro e último serviço consultado identificamos importante nível de proximidade na articulação entre os dois serviços analisando a fala do informante. Trata-se de um abrigo para crianças ligado a Secretaria de Municipal de Assistência Social, voltado para o acolhimento de crianças em situação de uso abusivo de álcool e drogas.

A entrevistada demonstrou o reconhecimento da importância do trabalho de articulação intersetorial com o CAPSi e demais instituições do território, e pontua em suas falas aspectos desta comunicação.

Entrevistado: *“Sem este trabalho a casa não seria viva. Precisamos do CAPSi, do CRAS, do CREAS, da saúde básica para que possamos atender nossas crianças, que chegam com os vínculos familiares esgarçados. Sem ele não conseguiríamos fazer um trabalho com elas... faríamos, mas seria um trabalho muito restrito”*.

Com esta instituição verificou-se a existência de um fluxo estabelecido previamente, formalizando a passagem de todas as crianças abrigadas no serviço pelo CAPSi. Ou seja, o CAPSi avalia e compartilha o cuidado das crianças, desde sua chegada na “Casa”, expressão utilizada pela entrevistada, até a sua saída, participando do processo de reinserção familiar e articulação com outros serviços de saúde mental para o prosseguimento do tratamento.

Conforme a fala da entrevistada, logo que a criança chega a “Casa”, a equipe do CAPSi é acionada através de contato telefônico. Neste contato são informados aspectos gerais do caso e agendada a primeira avaliação.

Entrevistado: *“Existe um fluxo em que o CAPSi atende as nossas crianças. Quando chega uma criança ligamos para a ..., ou para ... ou para os técnicos que estiverem no serviço e pedimos uma avaliação. Isso acontece sempre. Também fazemos um estudo mensal com eles. Para além disso, quando acontece algo diferente com algum menino marcamos reuniões. Estamos sempre conversando, nos falamos sempre”*.

A informante aponta como a principal ferramenta utilizada por este serviço para articulação de rede o diálogo permanente entre os serviços, com a exposição das

dificuldades e limites do serviço na perspectiva de que sejam construídas conjuntamente alternativas para enfrentamento de problemas, e compartilhamento de propostas.

O segundo aspecto da comunicação entre os serviços apontado pela entrevistada é a transmissão permanente dos objetivos do abrigo, o que facilita a compreensão dos demais serviços sobre o que segundo ela se constitui um problema na articulação de redes: o tempo para efetivação do atendimento das crianças nos serviços acionados. No entanto foi colocado que este problema não se verifica na articulação com o CAPSi devido a existência de um fluxo pré-estabelecido e devido ao entendimento daquele serviço quanto a urgência da avaliação.

Entrevistado: *“Nestes 8 meses que estou aqui percebo como dificuldade a questão do tempo, mas com entendimento dos serviços sobre nosso trabalho estamos conseguindo superar. Os outros serviços, inclusive da saúde básica estão percebendo o quanto nossos meninos precisam de um atendimento rápido quando chegam à casa. Com o CAPSi, como já dito, existe um fluxo em que o menino é atendido no mesmo dia ou na mesma semana que chega. Através da transmissão do objetivo de nosso trabalho estamos conseguindo um bom entendimento com os outros setores. Outra dificuldade é o atendimento de emergência. Se a situação ocorrer no horário de funcionamento do CAPSi eles atendem, mas se não for ficaremos em dificuldades”*

O entendimento e a pactuação de promessas são citados também como ferramentas na comunicação estabelecidas entre os serviços. E conforme a fala da entrevistada, quando a ocorrem dificuldades que inviabilizam o cumprimento da promessa, são repactuadas as ações. Neste sentido verificou-se através das narrativas um índice satisfatório de cumprimento de promessas.

Questionada acerca da possibilidade de crianças atendidas pelo CAPSi serem encaminhadas àquela instituição, a entrevistada apontou que é plenamente possível, caracterizando haver uma relação de reciprocidade, tanto no que se refere aos encaminhamentos do CAPSi, quanto ao compartilhamento de ações e recursos necessários para atendimento das situações.

Sendo assim, identificou-se valores referentes a todos os níveis de proximidade (Rovere, 1998) na articulação estabelecida entre estes serviços.

Capítulo 5: Análise da Observação Participante

Conforme explicitado na sessão referente ao percurso metodológico da investigação, a observação participante foi incluída na metodologia deste estudo com a finalidade de apreensão das narrativas dos profissionais acerca do trabalho intersetorial e de articulação de redes, das conversações estabelecidas e os conflitos que podem se originar dos encontros entre os profissionais do CAPSi e os profissionais de outras instituições do território.

A escolha por este instrumento se constituiu uma estratégia alcançarmos os objetivos enunciados na sessão anterior, no entanto utilizamos a técnica como estratégia para captar os “imponderáveis da vida real” que Malinowski define como fenômenos que não podem ser captados por perguntas. (Malinowski, 1978: 55).

Metodologicamente falando vinculamos a aplicação exclusiva desta técnica ao alcance de um objetivo: identificar os tipos de conversações estabelecidas entre os serviços. Neste sentido exploramos na observação as competências conversacionais relativas ao falar – os juízos, os pedidos, as ofertas e as promessas, e os *quiebres* que dentro deste processo originaram as conversações.

É importante salientar que não pretendemos analisar os dados colhidos na observação participante isoladamente. No entanto, por uma questão de organização textual consideramos coerente dedicar uma sessão a apresentação dos dados colhidos neste processo.

Propomos o agrupamento das reuniões as quais desenvolvemos a observação participante em dois grupos: as reuniões que tiveram presentes profissionais do CAPSi e profissionais de outro serviço do território, e que tiveram como proposta a discussão de casos ou assuntos referentes a clientela atendida.

Realizamos três observações em reuniões com este caráter. Duas no próprio CAPSi e uma num serviço externo, todas, com a presença de mais de um profissional do CAPSi.

Quanto aos objetivos destas reuniões, percebemos que tanto o CAPSi quanto as instituições do território perseguem uma aproximação que possibilite a comunicação contínua e compartilhamento de informações sobre os casos atendidos ou levados ao conhecimento do CAPSi pelos outros atores. Nestes espaços são tratadas as dificuldades no trabalho com a clientela, como foi possível registrar da OBS2 a fala do CAPSi referente a necessidade das informações sobre as faltas dos meninos atendidos pelos dois serviços às consultas do CAPSi serem discutidas para que o trabalho com o menino não seja interrompido. Vejamos na reprodução aproximada da fala a seguir:

CAPSi: *“Quando os meninos faltam, ficamos sem saber o que ocorreu, e na semana seguinte vai um outro grupo de meninos, e o trabalho com aqueles primeiros é interrompido.”*

As falas geradas nestas reuniões apresentaram-se bem distribuídas sem concentração em atores específicos. No entanto foi possível perceber maior capacidade de escuta e elaboração de perguntas pelos profissionais do CAPSi.

Ficou perceptível que os objetivos estavam claramente ligados a alguns *quebres*, como é possível verificar na OBS1, cujo objetivo da convocação feita pelo serviço do território era a apresentação da proposta de ação conjunta entre os serviços, visando a realização de reuniões regulares com os educadores daquele serviço para discussão de assuntos referentes aos casos acompanhados e transmissão do trabalho clínico que é desenvolvido pelo CAPSi. O serviço do território reconhecia a importância do trabalho do CAPSi e apostava que um trabalho com os educadores, profissionais que lidam diretamente com as crianças, poderia trazer mudanças institucionais importantes, como um melhor entendimento da importância do trabalho clínico-terapêutico para essa clientela. Sendo assim este se constituiu o maior objetivo e motivação para aquele encontro.

Outro *quebre* identificado nesta mesma reunião se expressou na necessidade apresentada pelos dois serviços da discussão de um dos casos atendido. Naquele momento fazia-se necessário a discussão do caso com uma terceira instituição. Neste sentido, além do compartilhamento de informações sobre o caso, foram levantadas algumas possibilidades de encaminhamento para a situação e definida presença de

ambas das instituições na discussão externa do caso. Podemos classificar as conversações estabelecidas como conversações para coordenação de ações.

Na OBS2, também pode-se dizer que o objetivo da reunião enunciada pela equipe do CAPSi como necessidade de aproximação entre os dois serviços, se ligava a dois *quiebres*: a falta dos meninos atendidos às consultas do CAPSi, o que significa a interrupção do trabalho terapêutico e a necessidade de maior circulação de informações sobre os adolescentes, considerando que a ausência de informações também podem dificultar a elaboração do plano terapêutico e o encaminhamento de questões referentes ao tratamento. Na fala dos atores, percebe-se que a circulação das informações entre os serviços constitui-se uma dificuldade no curso do trabalho desenvolvido pelos dois serviços. A equipe do CAPSi levantou algumas consequências vinculadas a estes *quiebres*, como descontinuidade do trabalho e prejuízo ao tratamento prestado, e logo em seguida, o serviço do território aponta algumas dificuldades enfrentadas por eles que originam as dificuldades de comunicação com o CAPSi, dentre elas a dinâmica intensa de trabalho cotidiano que reduz o tempo necessário para o estabelecimento da comunicação com o CAPSi.

Podemos dizer que as conversações originadas destes *quiebres* se constituíram conversações para possíveis ações pelo fato da equipe do serviço do território perceber que as dificuldades não seriam equacionadas imediatamente e que um trabalho interno precisará ser feito para que os efeitos apareçam no trabalho com o CAPSi reconhecendo-se a necessidade de transformação das coisas.

Neste ponto chamamos atenção para um elemento novo neste estudo. A ida da equipe do CAPSi aquele serviço para discussão de casos se desdobrou em uma reflexão interna. As promessas de maior comunicação entre esses serviços foram renovadas, porém considerando todas as dificuldades que foram colocadas na conversação.

Na OBS3, um pedido por “notícia” dos casos em atendimento por ambas as instituições esteve novamente presente. Numa dinâmica de diálogos organizados em apresentação do caso e posterior compartilhamento das informações que a profissional do serviço do território dispunha, foi possível perceber falas distribuídas proporcionalmente entre os atores presentes, uma importante quantidade de informações

partilhadas e o estabelecimento de novas promessas. Os profissionais do CAPSi pedem notícias dos casos e apresentam um primeiro questionamento: a exigência de laudos das crianças e adolescentes em tratamento no CAPSi e atendidos no serviço do território para inclusão dos mesmos em outras atividades no interior do serviço do território. Este se constituiu um importante *quiebre*, pois a o serviço do território coloca que para inserir os meninos e meninas em outras atividades, eram necessários laudos contendo o diagnóstico para que fosse possível a avaliação da inclusão da criança na atividade ou não. O CAPSi aponta que a elaboração de laudos com diagnóstico nem sempre é possível ou até mesmo indicado, pelo cuidado intrínseco ao fechamento de diagnóstico, e pela existência de casos em que avaliação diagnóstica se encontra em curso.

Essa discussão revela um importante conflito em que os serviços tentam através de justificativas sustentarem suas concepções num amplo diálogo. Após questionamentos do CAPSi e explicações da profissional do serviço do território, chega-se a uma proposta para se evitar a emissão de laudos com diagnósticos precipitados: elaboração de um laudo com elementos clínicos que o CAPSi julgue importante para avaliação do outro serviço, contendo apenas uma hipótese diagnóstica. A profissional representante do serviço do território prossegue em sua argumentação sustentando o discurso de que através de um laudo onde conste a situação clínica e o diagnóstico pode apontar para a instituição as necessidades e condições de inserção da criança ou adolescente em modalidades diferenciadas de atendimento. As representantes do CAPSi por outro lado sustentam a necessidade de se deixar em suspenso o diagnóstico e se discutir o caso, apontando para a necessidade de maior circulação da palavra entre os serviços, diálogos que poderão subsidiar as decisões quanto aos casos. Apesar a ausência de consenso verificou-se uma boa capacidade de gerar compromissos – maior circulação de informações entre os serviços, e encaminhamentos quanto as situações discutidas– agendamentos de consultas no CAPSi e programação de atendimento conjunto. Este *quiebre* gerou conversações para possíveis ações e conversação para coordenação de ações.

Posteriormente foi informado que a profissional do serviço do território levou informações sobre os casos discutidos conforme solicitação do CAPSi, configurando-se assim o cumprimento da promessa.

Um segundo grupo de reuniões em que desenvolvemos a observação participante pode-se dizer que foram reuniões de caráter permanente, intersetorial, convocadas pela coordenação da área programática onde está localizado o CAPSi e se caracterizam por serem espaços de discussões entre os serviços do território no tocante as questões de saúde mental.

Estas reuniões acontecem mensalmente e se subdividem em duas modalidades: as supervisões de eixo e o Fórum de área programática. Acompanhamos duas supervisões de eixo, cuja presença de um supervisor vinculado a saúde mental a difere dos Fóruns de Área. Conforme relato da gestora do CAPSi em entrevista, a área programática é dividida em dois eixos e cada eixo está sob a responsabilidade de um supervisor vinculado aos serviços de Saúde Mental da área. Sendo assim, uma supervisão de eixo é coordenada pelo supervisor do CAPSi e a outra está sob a coordenação do supervisor do CAPS adulto do território.

Das duas reuniões acompanhadas profissionais do CAPSi estiveram presentes em uma delas. No entanto conforme relato dos técnicos daquele serviço é constante a presença nestas reuniões, se constituindo a ausência constatada uma exceção.

A primeira a qual aplicamos a observação participante ocorreu em um serviço de saúde do território e contou com a participação de profissionais de duas unidades de saúde da Atenção Básica, uma profissional representando CAPSi e a supervisora. Os casos eram apresentados pelos profissionais e posteriormente iniciava-se um debate mediado pelo supervisor, que trazia nas suas falas questionamentos convocando o grupo à reflexão sobre os elementos do caso. As situações apresentadas se relacionavam aos casos de saúde mental acompanhados por aqueles serviços, inclusive crianças e adolescentes. Quando a situação se referia a estes últimos, a profissional do CAPSi emitia seu parecer e encaminhava ao grupo e à supervisora uma proposta para condução do caso. No entanto algumas questões foram amplamente discutidas e expressavam opiniões conflitantes acerca do encaminhamento dos casos. Porém as discordâncias não geraram paralisação ou interrupções no debate, e ao final da discussão do caso pode-se perceber o esforço dos profissionais em construir uma proposta de encaminhamento e gerarem compromissos de ação.

Outro ponto que chamou atenção foi a fala de um ator de que há casos que são discutidos em mais de uma reunião devido a sua complexidade. Julgamos que este fato pode estar relacionado a ausência de consensos e a característica daquele espaço, que permite o diálogo reflexivo e a coexistência de opiniões divergentes.

Na segunda supervisão de eixo observada, não houve presença de profissionais representando o CAPSi. Encontravam-se presentes profissionais representando três Unidades de Atenção Básica do território, uma profissional de um dispositivo da Secretaria Municipal da Assistência Social e a supervisora. Seguindo a dinâmica de apresentação dos casos e discussão posterior para encaminhamentos, o CAPSi foi citado logo no primeiro caso apresentado. A profissional da ABS pontuou a importância do trabalho com o CAPSi no atendimento prestado as crianças que são acompanhadas também pela unidade em que trabalha. Faz referência ao atendimento conjunto que realiza com a equipe do CAPSi e realçando em sua fala a existência da oferta de um cuidado compartilhado, através do contato permanente com aquela equipe, através das reuniões ou de contato telefônico.

Não ocorreram *quiebres* relacionados ao trabalho realizado com o CAPSi, o que nos faz supor que os *quiebres* ocorreriam a partir da discussão das situações com aquele serviço, e que considerando sua ausência, não foi possível ocorrer.

Outra modalidade de reuniões de caráter permanente observadas foi o Fórum de Área. Conforme a fala de uma das gestoras do CAPSi, os fóruns de áreas são reuniões mensais que agrupam representantes dos equipamentos do território para discussão do trabalho. São capitaneadas por um apoiador de saúde mental vinculado a Coordenação da Área Programática.

Na reunião do Fórum de Área à qual aplicamos a observação, registramos a presença de sete instituições representadas, dentre elas equipamentos vinculados à Assistência Social como abrigos, a emergência de saúde mental de referência para o território, a Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família. Constatamos a presença de todos os profissionais do CAPSi.

Encontrava-se dentro da pauta a apresentação de um serviço de abrigamento vinculado a Secretaria de Assistência Social e a discussão sobre um grupo de trabalho para construção de propostas de ação conjunta para atendimento de situações de uso abusivo de álcool e drogas no território.

Na apresentação do dispositivo da política de assistência social o CAPSi foi citado como parceiro no atendimento dos casos e reafirmada a importância do trabalho conjunto com aquele serviço. O trabalho desenvolvido entre os serviços aparece com a descrição de um fluxo de atendimento, em que o CAPSi oferta atendimento aos casos recebidos naquela instituição. A proximidade entre os serviços aparece também na fala dos profissionais, que enfatizam e ratificam inúmeras vezes a parceria instituída.

No segundo ponto de pauta, a formação de um grupo de trabalho para implementação de ações conjuntas entre a saúde, a assistência social e a saúde mental os profissionais do CAPSi levantam alguns questionamentos sobre a operacionalização destas ações, o que desperta no conjunto dos profissionais outros questionamentos e reforça a necessidade de outras discussões anteriores à implementação da ação. Percebe-se uma receptividade dos atores a estas falas e um reconhecimento da relevância do parecer daquele serviço nos assuntos, manifestada em primeiro momento no silêncio e posteriormente em falas concordando com a posição do CAPSi.

A apoiadora responsável pela coordenação do fórum naquele dia abordou outra questão referente ao atendimento para uso abusivo de álcool e drogas no território e os profissionais do CAPSi mais uma vez levantaram questionamentos, o que gerou um consenso entre os participantes da necessidade de agendamento de um outro fórum para continuidade da discussão, pois estes questionamentos se configuravam contrários a posição assumida pela Coordenação da Área Programática. Mais uma vez a sugestão do CAPSi foi incorporada pelo grupo.

Considerando o processo de interação social entre os atores presentes nestes espaços de conversação e diálogos foi possível constatar um consenso dos profissionais no que se refere a necessidade do estabelecimento de redes para construção de respostas às situações vivenciadas no dia-a-dia dos serviços. Neste sentido, assume-se como estratégia coletiva o estabelecimento do diálogo contínuo e a implementação de espaços

de discussões e tomadas de decisões. O conflito é tratado como parte do processo de dissecação do problema e manifesta concepções de profissionais a partir das suas vivências nos serviços.

Capítulo 6: Discussão

Ao articularmos os dados coletados no trabalho de campo apresentado nas sessões anteriores, verificamos a importância de retomarmos a alguns pontos chave que podem sinalizar o sentido de rede e de trabalho intersetorial que atravessa o trabalho no serviço estudado.

Antes, porém, é importante reafirmarmos nossa filiação conceitual, que considera a comunicação um elemento central nos processos de coordenação de ações e de interação entre as organizações, no estabelecimento de redes de cuidado, sejam elas entre serviços de saúde ou entre organizações de outros setores da política social. Nesta perspectiva, buscou-se através das narrativas, captar as ações promovidas pelos os profissionais do serviço no estabelecimento da comunicação e conseqüentemente nos processos de coordenação de ações e da própria interação. Privilegiamos a dimensão cotidiana do trabalho, tomando como ponto de partida o trabalho extramuros.

Outro ponto que queremos chamar atenção do leitor: a busca de profissionais e atores da rede foi adotada como estratégia da pesquisa visando a busca de dados sobre a comunicação que estes profissionais estabelecem com as demais organizações, sem pretensão avaliativa do alcance e impacto deste trabalho na produção de repostas às demandas da clientela. Neste sentido julgamos ter sido de suma importância o acesso as falas dos atores da rede, no sentido de entendermos os processos deflagrados pela comunicação estabelecida a partir do CAPSi.

De um modo geral, captamos falas de profissionais do CAPSi que sugerem a adoção de uma concepção de Clínica ampliada, com intenção de ofertar o cuidado contemplando as diversas dimensões e a complexidade dos sujeitos em questão, incluindo este Sujeito e o seu contexto como objeto de estudo e práticas da clínica (Campos, 2007). Esta abordagem aponta para a legitimação da perspectiva intersetorial e dá enfoque a construção de redes a partir dos vínculos, o que se constitui numa postura assumida por aqueles profissionais. As narrativas sugerem uma plena consonância entre a intenção dos profissionais com as prerrogativas legais e

recomendações da política de saúde mental infanto-juvenil, e apontam para uma coerência entre estas e o princípio da integralidade no SUS no que se refere a construção permanente de redes e o desenvolvimento de ações intersetoriais e de corresponsabilidade na prestação do atendimento. No entanto, todos expressarem as dificuldades deste trabalho no cotidiano institucional.

Estas dificuldades são entendidas pela maioria dos profissionais, parte delas como fruto da dificuldade no estabelecimento de diálogo, através de momentos de conversa, e da presença efetiva dos atores de fora da saúde mental em espaços coletivos de discussão e negociação. Estes entraves, que conforme as falas dos técnicos podem estar relacionadas à dinâmica intensa de trabalho das agências sociais e serviços de saúde, dificultam a construção do entendimento compartilhado sobre os casos e o estabelecimento de uma direção comum, que a nosso ver se constitui na base para a implementação de ações coordenadas e para a interação interorganizacional propriamente dita. Como cooperar sem uma direção comum?

Verificamos nas entrevistas que na maioria das vezes é o CAPSi que se coloca numa busca ativa pelo contato e articulação com as demais agências sociais e serviços do território. É importante chamarmos atenção para o fato de que apesar da política de atendimento a criança e adolescente trazer em seu marco legal a articulação dos diversos setores na garantia dos direitos deste segmento, percebe-se que a recomendação da política de saúde mental infanto-juvenil quanto à articulação de redes e quanto ao trabalho intersetorial no nível da prestação da assistência é imperativa em termos de posicionamento conceitual, político-ideológico. A nosso ver este posicionamento subsidia a formação de equipes que originalmente incorporam estas lógicas e criam estratégias para responderem a elas, reconhecendo que a promoção do cuidado ao segmento infanto-juvenil requer uma comunicação permanente entre instituições, pois assistem sujeitos singulares que demandam destas respostas singulares, que circulam ou que devem circular nas instituições sociais responsáveis pelo seu pleno desenvolvimento (família, escola, posto de saúde, o abrigo, o clube, a pracinha do bairro...), ou seja, aquelas que têm o que dizer sobre elas.

Outro ponto que julgamos influenciar na tomada de responsabilidade do CAPSi quanto ao trabalho articulado em rede e intersetorial, é a prerrogativa legal de que este se constitua o serviço ordenador da rede de cuidados no território, ou seja, responsável por dar sustentação as diretrizes e princípios da política pública de saúde mental no território. Assim sendo, é coerente e fundamental a constituição de um trabalho pautado no diálogo com os demais serviços de saúde e agências sociais, para estabelecimento de ações coordenadas, voltadas ao atendimento das necessidades colocadas nos casos e a partir das necessidades constatadas nas situações atendidas por estas agências.

Resumindo, queremos dizer que questões conceituais, que se materializam em questões técnicas e operativas podem influenciar no nível de comunicação entre serviços, gerando maior ou menor disponibilidade dos agentes ao diálogo e consequentemente à interação.

Das três instituições do território citadas nas entrevistas no CAPSi e que participaram do estudo através de entrevistas com seus profissionais, em duas – um abrigo e outra de cumprimento de medidas sócio educativas, foi possível perceber a existência da interação. Nestas realizamos a observação participante em reuniões e constatamos que as conversações estabelecidas se desenvolviam em torno de *quiebres* apontados por ambas as equipes, e que as discussões se voltavam para a resolução da questão considerando as possibilidades de todas as partes, incluindo as dificuldades. Foi possível perceber que os conflitos derivados de concepções acerca dos assuntos debatidos, são problematizados e negociados para o estabelecimento de um acordo, e na tentativa de construção de uma direção comum sobre o assunto ou ação. Estes se constituem serviços públicos, cujos profissionais em sua maioria de nível superior assumem uma postura consonante com a perspectiva intersetorial do trabalho com crianças e adolescentes e a aposta na corresponsabilidade nas ações como estratégia para alcance do objetivo em jogo: a promoção do cuidado de acordo com a complexidade colocada e o estabelecimento de ações conjuntas para o equacionamento de problemas.

Gostaríamos de chamar a atenção para os elementos que verificamos na relação entre o CAPSi e o Conselho Tutelar. Nas entrevistas com profissionais do CAPSi o

Conselho foi citado como sendo uma instituição com quem a equipe estabelece contatos frequentes e de onde vem importante parcela dos encaminhamentos. Por isso é o serviço onde se expressa a maior necessidade de intensificação no estabelecimento de uma comunicação permanente. Muitos apontaram a existência de entraves na comunicação com os conselheiros que vão desde o entendimento dos mesmos quanto a importância do contato prévio e discussão anterior ao encaminhamento dos casos até mesmo o entendimento do trabalho do CAPSi. No entanto as queixas (encaminhamentos equivocados, estabelecimento de ações coordenadas, solicitação de laudos desvinculados de um acompanhamento feito pelo CAPSi, etc) se apresentavam nas falas dos técnicos como desafio do trabalho e não como um impedimento ou como uma desqualificação do trabalho realizado pelo Conselho, o que nos sinaliza a existência de uma disposição para o estabelecimento de vínculos solidários entre os serviços.

Por outro lado, as falas da Conselheira Tutelar sugerem a existência de um reconhecimento do trabalho realizado pela equipe do CAPSi, e dos efeitos deste sobre a população atendida. Percebe-se ainda uma inclusão do CAPSi pelo conselho no rol de instituições que realizam um bom trabalho e um grau de satisfação na atual configuração da parceria com aquele serviço. Ou seja, para aquele Conselho, a expectativa está em torno do atendimento do caso pelo CAPSi, cujo mandato é realizar o atendimento psicossocial e encaminhamentos afins, dentro de uma perspectiva de referência e contra-referência cujo principal meio de comunicação é o papel. Esta visão atrela-se a uma concepção de trabalho influenciada por uma setorialização da assistência, em que cada setor ou organização precisa “dar conta” do seu mandato, estabelecendo-se relações baseadas no encaminhamento.

Retomemos brevemente as características legais do Conselho Tutelar. Trata-se de um órgão autônomo voltado para defesa dos direitos de crianças e adolescentes, que se constitui uma das grandes inovações trazidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Mendes e Matos 2008). Os Conselhos Tutelares são compostos por representantes da comunidade, escolhidos a cada três anos, para o exercício da função de Conselheiro, atuando em casos de suspeita, ameaça ou violação dos direitos das crianças ou adolescentes.

Pesquisas realizadas sobre os processos de implantação dos Conselhos Tutelares no Brasil apontam que a escolha de conselheiros tem se dado de forma bastante heterogênea, inclusive com relação aos requisitos para candidatura, percebendo-se que alguns municípios realizam estes processos de forma mais restritiva, exigindo dos candidatos formação em determinadas áreas aos, enquanto outros abrem a possibilidade de candidatura aos cidadãos comuns (Mendes e Matos, 2008).

Isto posto voltemos para a questão levantada pelo nosso estudo referente ao desequilíbrio de expectativas constatadas na relação entre o CAPSi e o Conselho Tutelar abordado. De um lado, os profissionais do CAPSi apontam uma série de dificuldades no estabelecimento de acordos e na transmissão de uma proposta de trabalho interinstitucional no atendimento dos casos, que pressupõe um contato prévio para compartilhamento de aspectos importantes para avaliação a ser realizada pelo CAPSi. Por outro lado, o Conselho tutelar colocando como questão apenas a demora no retorno de informações sobre os casos acompanhados, sem questionar o fluxo atual na parceria estabelecida (encaminhamento via papel e contatos esporádicos, efetuados apenas nos casos que consideram graves).

Assim pode-se considerar a existência de um descompasso entre as expectativas do CAPSi e do Conselho Tutelar, vinculado às perspectivas conceituais diferenciadas acerca da concepção de rede. A fala dos profissionais do CAPSi referentes ao trabalho em rede apontam para uma concepção que aposta no vínculo e na interação entre pessoas num conjunto de relações estáveis, de natureza não hierárquica e interdependente que vincula atores com interesses comuns e que trocam recursos visando o alcance de objetivos, baseados na cooperação (Fleury e Ouverney, 2005). Já na fala da Conselheira Tutelar, verifica-se elementos que apontam para uma concepção de redes formadas por um conjunto de instituições com mandatos bem delimitados, interligadas por objetivos comuns, porém com uma comunicação marcada por fluxos de papéis que caracterizam sistemas de referência e contra-referência.

Outro ponto que julgamos importante retomar é a fala dos profissionais sobre os impactos dos contratos de trabalhos instáveis, dos baixos salários e condições de trabalho, vinculados a política de terceirização na contratação de trabalhadores,

inexistência de concursos público para a preenchimento de postos de trabalho, produtos dos novos modelos de gestão difundidos das políticas públicas, principalmente no SUS (Júnior, 2011). Esses impactos são verificados na rotatividade de profissionais qualificados, que são obrigados a migrar para outros postos de trabalho, fora da saúde em prol de melhores salários e condições de trabalho, levando com eles um arcabouço teórico e prático sobre o trabalho em rede, no âmbito setorial e intersetorial.

A precariedade de recursos materiais como disponibilização de transporte exclusivo para o serviço realizar visitas externas, acesso a internet, fax e telefone, e até mesmo mobiliário, material de escritório, etc., também interfere na construção do trabalho em rede e compõe um conjunto de elementos que dificultam este trabalho que em si mesmo é complexo.

O terceiro e último ponto que julgamos pertinente retomarmos é a adesão aos espaços de discussão coletiva. Foi possível constatar o reconhecimento dos profissionais do CAPSi quanto à importância da realização de reuniões com os serviços do território para discussão coletiva de casos e situações que demandem intervenção institucional. Apesar de algumas falas de profissionais do CAPSi sinalizarem a necessidade de uma permanente convocação às demais instituições para estarem presentes nestes espaços, verificamos nas reuniões coletivas capitaneadas pela saúde mental e pela coordenadoria de área programática observadas no estudo – supervisões de eixo e fórum de área - a adesão principalmente de profissionais vinculados a outras unidades de saúde (saúde mental, atenção básica, hospital geral) e da assistência social (abrigos).

Analisando a literatura que se remete a implementação da política de saúde mental no Brasil (Amarante, 2005; Couto 2012), verificamos forte tendência ao fomento de fóruns de discussões, debates e grupos de trabalho instituídos em conferências para tomada de decisões tanto para institucionalização de práticas no cotidiano dos serviços quanto no âmbito da política adotada. A origem desta tendência pode estar nas raízes dos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica (Amarante, 1995), dotados de inteira ideologia democrática e de participação coletiva. Neste sentido, o campo da Saúde mental assumiu como instrumento do fazer cotidiano e de gestão do trabalho os espaços

de discussão coletiva, tendência não necessariamente incorporada no mesmo grau de importância pelos demais setores que lidam com a temática infanto-juvenil.

Sendo assim o CAPSi no exercício de ordenador da rede de saúde mental no seu território de responsabilidade, se constitui também ator importante no fomento a realização de encontros com os demais atores da rede, encontros estes facilitadores da constituição de vínculos e interação entre serviços, gerando aumento de ações conjuntas e compartilhadas no nível da co-responsabilização.

Considerações Finais

Finalizando nossa análise, consideramos que este estudo nos indica algumas questões a serem aprofundadas a partir de experiências relatadas como esta da saúde mental. Consideramos que as práticas cotidianas realizadas no interior dos serviços de saúde referentes ao trabalho em rede e a implementação de ações intersetoriais podem nos apontar caminhos imprescindíveis na efetivação da *integralidade*¹⁸ e na oferta de ações de cuidado que contemplem a complexidade dos sujeitos sociais em suas realidades, logo, na efetivação de uma clínica ampliada (Campos, 2007).

Apostamos que o estabelecimento de redes de cuidado com base na constituição de vínculos entre atores e serviços, numa dinâmica contínua de fomento ao diálogo e de espaços de tomadas de decisão coletivas, se constituam estratégias potentes no enfrentamento a sobreposição das ações, a assistência limitada pela fragmentação, a descontinuidade do cuidado e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e às políticas públicas. Ações efetivas na prevenção e no âmbito curativo estão vinculados a interlocução entre atores, e neste sentido, o setor saúde constitui-se ator privilegiado no compartilhamento de informações que subsidiem o trabalho dos demais atores e a promoção de ações conjuntas.

Ao finalizarmos este estudo verificamos que ele abre questões a serem desdobradas em outros estudos pertinentes ao cotidiano dos serviços de saúde, como por exemplo, a definição de estratégias de enfrentamento a rotatividade de profissionais nos serviços e a dinâmica intensa que produz impactos na articulação entre atores. Pretendeu lançar luz sobre as práticas profissionais cotidianas relacionadas a articulação extramuros. Neste sentido a comunicação entre atores e a coordenação de ações a partir

¹⁸ Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1998)

da interação, se constituem ferramentas de trabalho para estes profissionais, que em meio a dificuldades diversas conseguem produzir respostas criativas para as situações complexas de crianças e adolescentes cujas condições psíquicas as submetem a uma tendência a exclusão social e a massificação de respostas assistenciais. Acredita-se que o cotidiano se constitui um terreno fértil de onde emanam questões que podem influenciar o campo da implementação de políticas e diretrizes técnicas e operacionais para o aprimoramento da assistência.

No entanto, nossa opção por privilegiar o cotidiano não desconsidera a importância de realização de investigações que contemplem as concepções que cercam o nível de gestão que orientem as ações de gestores diante da constituição das redes e da implantação de políticas intersetoriais. Sendo assim deixamos aqui registrada nossa sugestão para estudos futuros que possam subsidiar ação no campo Saúde Pública.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. COPPE/UFRJ. Oficina social n° 3: desenvolvimento social, 2000. 25p.

BORZEL, T. A. **Que tienen de especial los policy networks?** Explorando El concepto y su utilidad para El estudio de la gobernacion europea. 1997. Disponível em: <<http://seneca.uab.es/antropologia/redes/redes.htm>> Acessado em: 06 jul. 2014.

BRASIL. Lei n° 8.069 de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm> Acessado em: 14 jun. 2014.

_____ **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acessado em: 14 jun. 2014.

_____ **Lei n° 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. In: **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil de 9 abr. 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf> Acessado em: 14 jun. 2014

_____ **Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF,

1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acessado em: 14 jun. 2014.

_____ Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.608**, de 03 de agosto de 2004. Constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sãs/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1608.htm> Acessado em: 15 jun 2014.

_____ Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de CAPS I, CAPS II, CAPS II e CAPS i II e CAPS ad II. In: **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil de 9 abr. 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf> Acessado em: 15 jun. 2014.

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

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CASTELLS, M. Hacia el Estado-red. Globalizacion e instituciones políticas em la nueva época de la informacion. In: **Seminário sobre Sociedade e reforma do Estado**. Análise. São Paulo: Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado, 1998.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. In: Org. RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O.Y. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS: contribuições para uma prática responsável**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

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**, 2008.

COUTO, M. C. V. **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)**. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), 2012.

ECHEVERRÍA, R. **Ontología del lenguaje**. Santiago: Dólmén; 1997.

FISHER, R e BROWN, S. **Como Chegar a um Acordo: A construção de um relacionamento que leva ao sim**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

FLEURY, S. M.; OUVÉNEY, A. M. **Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

GUITTEL, J. H. Coordinating mechanisms in care providers groups: relationalcoordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects. *Management Science*, 2002a; 48(11): p. 1408-1426.

HALL, T. E.; O'TOOLE, L. J. **Revisiting old friends: networks, implementation structures and the management of interorganizational relations**. *European Journal of Political Research*, v. 21, 1992.

INOJA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, n.22, p.102-110, 2001.

INOJA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **RAP**, Rio de Janeiro 32 (2): 35-48, mar./abr. 1998.

JÚNIOR, F. B. Gestão do SUS: O que fazer? Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. **Cadernos de Saúde**, n 1, p. 36- 42, 2011.

LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. Redes de Conversação e Coordenação de Ações de Saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 26, nº 2, fev. 2010.

LIMA J.C. **Agir Comunicativo e Coordenação em Sistemas de Serviços de Saúde: um estudo no serviço de atendimento móvel de urgência da Região metropolitana**

II do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MATURAMA, H. **Cognição, Ciência e Vida Cotidiana.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001.

MENDES, E. G. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996, p.233-300.

MENDES, E. G. **Infância e Cidadania na América Latina.** São Paulo: Ed. Hucitec, 1998.

MENDONÇA, M. H. M. **O direito à infância e à adolescência: a trajetória da Política Social dirigida às crianças e adolescentes no Brasil Republicano.** Rio de Janeiro, 2000. 380f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MILLER, H. T. Post-progressive public administration: lessons from policy networks. **Public Administration Review**, v. 54, n.4, 1994.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (5): p. 1053-1062, mai, 2006.

PEDUZZI, M. **Trabalho em Equipe de Saúde no Horizonte Normativo da Integralidade, do Cuidado e da Democratização das Relações de Trabalho.** Disponível em: <www2.catalao.ufg.br/uploads/files/118/Bib_13.pdf> Acessado em: 15 jun. 2014.

PEREIRA, I. C. G. Do Ajustamento à Invenção da Cidadania: Serviço Social, Saúde mental e Intervenção na Família no Brasil. In: VASCONCELOS, E M, (org). **Serviço Social e Saúde Mental: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Editora Cortez, 2000. p. 217-262.

RIBEIRO, P. R. M. **História da Saúde Mental Infantil**: a criança brasileira da Colônia à República Velha. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 11, nº 1, jan./abr. 2006, p. 29-38.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2): 355-365, 1999.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa**. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 15, nº 15. Rio de Janeiro, ago. 2010.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. **Promoção da Saúde e Planejamento Estratégico Situacional: intersetorialidade na busca de maior governabilidade**. In CZERESNIA, D. (org.) *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2009.

RIVERA, F. J. U. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil**. Rio de Janeiro: Loyola, Editora PUC-Rio, 2004.

RIZZINI, I. **Assistência à infância no Brasil**. Uma análise de sua construção. Rio de Janeiro: Ed. Universitária Santa Úrsula, 1993.

ROTELLI, F., et. al. **Desinstitucionalização, uma outra via**. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

ROVERE, M. **Redes: Hacia la constitución de redes en salud**: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. Argentina: Juan Lazarte, 1998.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

VASCONCELOS, E. M. Da Hiperpsicologização Normatizadora ao Recalcamento da Subjetividade: notas históricas sobre Serviço Social, Subjetividade e Saúde mental no Brasil e no Rio de Janeiro. In: VASCONCELOS, E M, (org). **Serviço Social e Saúde Mental: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Editora Cortez, 2000. p.181-214.

VENÂNCIO, A.T.; LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. **O campo da Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Te Corá/IFB, 1997.

VICENTIN, M. C. G. Infância e Adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional**. Universidade de São Paulo, v. 17, nº 1, p. 10-17, jan./abr. 2006.

- 7) Setores considerados imprescindíveis no trabalho intersetorial
- 8) Setores de maior/menor articulação
- 9) Existência compartilhamento de recursos e projetos
- 10) Desafios enfrentados no trabalho com outros setores das políticas sociais voltadas ao público infante-juvenil

Guia de entrevista com profissionais da equipe do CAPSi

Caracterização da entrevista

Entrevista no: _____ Categoria Profissional: _____

Equipe: _____

Data: _____

Local: _____

Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Formação profissional e tempo de atuação no serviço

- 1) Percepção sobre ação intersetorial. Como o profissional vê a intersetorialidade e por que trabalhar numa perspectiva intersetorial.
- 2) Percepção sobre trabalho em rede. Por que trabalhar em rede.
- 3) Quais são as ações intersetoriais realizadas no cotidiano do serviço
- 4) Quando e como acontece a articulação com outras instituições de cuidado à criança e ao adolescente.
- 5) Setores com maior/menor frequência de articulação
- 6) Setores com maior dificuldade na articulação. Motivos.
- 7) Dificuldades gerais encontradas no cotidiano na construção de redes intersetoriais
- 8) Contribuições da articulação intersetorial para a oferta do cuidado. É possível citar um caso de efetividade na ação do cuidado a partir da articulação intersetorial?
- 9) Questões a acrescentar?
- 10) As promessas são cumpridas?
- 11) Compartilham recursos?
- 12) Fazem ações conjuntas com outros setores?

Guia de entrevista com profissionais de instituições dos setores da política de atendimento à crianças e adolescentes

Formação profissional e tempo de formação no serviço

Caracterização da entrevista

Entrevista no:

Categoria Profissional:

Equipe:

Data:

Local:

Início:

Término:

Duração:

- 1) Percepção sobre ação intersetorial e trabalho em rede. Acredita na efetividade do trabalho intersetorial?
- 2) Qual o trabalho de articulação desenvolvido com o CAPSi
- 3) Quais as dificuldades encontradas na realização deste trabalho
- 4) Quais os resultados esperados deste trabalho. As expectativas em torno do trabalho intersetorial com o CAPSi.- excluída
- 5) Pontos positivos do trabalho intersetorial- excluída
- 6) Em quais situações e de que forma articula o trabalho intersetorial com o CAPSi
- 7) Como avalia o trabalho de articulação com o CAPSi - excluída
- 8) Frequência dos contatos - incluída
- 9) Motivos dos contatos - incluída
- 10) Dificuldade/desafios- incluída
- 11) Promessas são cumpridas- incluída

Roteiro de observação participante

Reunião no:

Data:

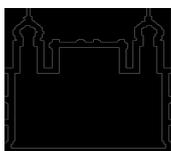
Local:

Início:

Término:

Duração:

- 1- Enumerar os profissionais da equipe presentes na reunião
- 2- Como estão distribuídas as falas? Concentram-se em poucas pessoas? Quem são estas pessoas?
- 3- Conversações geradas após um “*quiebre*” (Segundo Echeverría as conversações se originam de uma interrupção no decorrer natural das atividades, ou seja, o agente detonador da conversação que pode se caracterizar como conversação de juízos pessoais, conversação para a coordenação de ações, conversação para possíveis ações ou conversações para possíveis conversações).
- 4- Capacidade de lidar com o conflito. Como o conflito é encarado ou tematizado?
- 5- Capacidade dos participantes em estabelecer acordos consensuais ou de gerar compromissos de ação (encaminhamentos)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa



ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Redes e Ação Intersetorial: a Experiência de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do Município do Rio de Janeiro”

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Sr(a) _____ está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **“Redes e Ação Intersetorial: a Experiência de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do Rio de Janeiro”**, desenvolvida pela aluna Cintia Santos Nery dos Anjos, sob orientação do Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera, que dará origem à dissertação a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz -ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

O (a) Sr(a) foi selecionado(a) devido ao relevante serviço em que atua, no contexto da política de atendimento voltada para crianças e adolescentes. Sua participação não é obrigatória e qualquer momento o Sr (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ.

Esse trabalho tem como objetivo identificar e analisar as estratégias, práticas e relações interinstitucionais estabelecidas por um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do Município do Rio de Janeiro, na construção do trabalho de

articulação de redes e desenvolvimento de ações intersetoriais para atendimento de crianças e adolescente portadores de sofrimento psíquico. Assim pretende-se realizar reflexões que contribuam para o aprimoramento das práticas intersetoriais preconizadas nas diretrizes técnicas-operacionais constantes na Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista com duração de aproximadamente 50 minutos sobre o trabalho desenvolvido no cotidiano de seu serviço no âmbito da articulação de redes e do desenvolvimento de ações intersetoriais, bem como de suas impressões sobre estes dois aspectos do trabalho com crianças e adolescentes.

Caso o Sr (a) esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, o Sr(a) poderá solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

As informações fornecidas serão processadas pela pesquisadora e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos disponíveis sobre o tema investigado. Destaca-se que os resultados da análise realizada são de inteira responsabilidade da pesquisadora.

É importante salientar que, apesar da garantia do sigilo quanto a identidade do serviço e do entrevistado, não é possível descartar totalmente o risco indireto de identificação do participante da pesquisa. No entanto citações diretas de falas serão evitadas como medidas de minimização do risco.

Todo o material da pesquisa ficará sob a guarda da pesquisadora e será mantido arquivado no prazo recomendado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP).

Os resultados serão divulgados na dissertação e em artigos científicos.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Este é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas serão rubricadas pelo(a) Sr(a) e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Cintia Santos Nery dos Anjos
Pesquisadora

Dr. Francisco Javier Uribe Rivera
Pesquisador-Orientador

Contato com a pesquisadora responsável:

Tel: 99421768

e-mail: Cintyane@terra.com.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa