

Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras

Primary care and collaborative care in children and adolescents psychosocial interventions: facilitators and barriers

Melissa Ribeiro Teixeira ¹
Maria Cristina Ventura Couto ¹
Pedro Gabriel Godinho Delgado ¹

Abstract *Considering the care gap in child and youth psychosocial care, the articulation of the intra-sectoral network is an important strategy to promote less fragmented care flows. The study analyzes facilitators and obstacles to collaborative care between the Family Health Strategy (ESF) and a Child and Youth Psychosocial Care Center (CAPSi) in Rio de Janeiro/RJ. This is an exploratory study with a qualitative approach, which main methodological tools were focus and intervention groups. From the proposed thematic axes, we identified that the perception of child and adolescent mental health problems by ESF workers was named by the behavioral changes located in a context of vulnerability. The main obstacles to implementing actions were lack of knowledge about how to provide care, work process-related issues and network disarticulation. Even if ESF professionals are able to identify mental health problems of children and adolescents, care actions are fragile and network articulation is practically nonexistent. Collaborative care was recognized as a strategy to validate child psychosocial care.*

Key Words *Community mental health services, Primary care, Health promotion, Children, Adolescents*

Resumo *Considerando a lacuna assistencial no campo da atenção psicossocial infanto-juvenil, a articulação da rede intrassetorial se configura como uma importante estratégia para promover fluxos assistenciais menos fragmentados. O estudo analisa os facilitadores e as barreiras para o cuidado colaborativo entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi), no Rio de Janeiro/RJ. Trata-se de estudo exploratório, de abordagem qualitativa, no qual as principais ferramentas metodológicas foram grupos focais e de intervenção. A partir dos eixos temáticos propostos, identificou-se que a percepção dos problemas de saúde mental infanto-juvenil pelos trabalhadores das ESF foi nomeada pelas alterações de comportamento situadas em contexto de vulnerabilidade. As principais barreiras para implementação das ações foram: desconhecimento sobre o modo de cuidado; problemas relacionados ao processo de trabalho; e desarticulação da rede. Ainda que os profissionais da ESF consigam identificar os problemas de saúde mental de crianças e adolescentes, as ações de cuidado são frágeis e a articulação da rede praticamente inexistente. O cuidado colaborativo foi reconhecido como uma estratégia para qualificação da atenção psicossocial infanto-juvenil.*

Palavras-chave *Centro de atenção psicossocial, Atenção básica, Promoção da saúde, Crianças, Adolescentes*

¹ Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Venceslau Brás 71/ fundos, Botafogo. 22290-140 Rio de Janeiro RJ Brasil. melissartos@gmail.com

Introdução

O cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA) tem trazido importantes desafios para trabalhadores e gestores desse campo, tanto no que se refere à consolidação da política e organização dos serviços¹, como em relação à prática concreta, no manejo quotidiano dos casos e construção do diálogo entre os diferentes atores envolvidos.

Uma das diretrizes para atenção em SMCA – como estratégia de enfrentamento da lacuna assistencial e da falta de continuidade no cuidado, que marcaram a história brasileira até a vigência da política atual¹ –, é o trabalho em rede, que requer, entre suas competências e atribuições, o trabalho colaborativo entre a SMCA e demais setores e equipamentos do território². A rede pública ampliada de atenção em SMCA *pressupõe a articulação de serviços de diferentes setores, com graus diferenciados de complexidade e níveis distintos de intervenção*³, como condição mínima para organização da cobertura.

O trabalho colaborativo permite o desenvolvimento de possibilidades mais criativas e efetivas para articulação de instituições, setores e atores com diferentes mandatos públicos ou lugares sociais. Conjuga-se a noção de cuidado colaborativo a uma intervenção complexa, multifacetada, que implica novos processos de trabalho envolvendo diferentes atores na busca de maior efetividade do cuidado em saúde⁴.

Na política de SMCA, a intersetorialidade, fundamento para organização das redes de atenção¹, encontra na ideia de colaboração e compartilhamento uma via de avanço real. A parceria entre setores públicos, com funções específicas, usuários e familiares, requer modos de operação baseados no reconhecimento e legitimidade dos diferentes saberes envolvidos, especializados ou laicos, além da instauração de processos de trabalho inovadores que superem formas tradicionais de articulação, em que serviços dialogam, mas não produzem mudanças expressivas na realidade. Experiências nacionais⁵ e internacionais⁶ têm indicado possibilidades e desafios no desenvolvimento da ação intersetorial, incluindo usuários e familiares. O caráter inovador das experiências sugere a necessidade de estudos críticos capazes de potencializar a ação intersetorial e colaborativa, visando superar iniquidades no acesso e assegurar qualidade do cuidado.

Partindo da premissa de que uma articulação intrasectorial potente entre o Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPSi) e a Atenção

Básica (AB) facilita a construção colaborativa intersetores⁷ e pode impactar positivamente nas ações de cuidado em SMCA, este estudo analisa aspectos facilitadores e barreiras para construção do cuidado colaborativo entre a AB, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a saúde mental, a partir do CAPSi, em um território de grande centro urbano.

A ênfase na articulação SMCA e AB justifica-se pela evidência de que ampliar acesso em SMCA depende da AB – pela proximidade desta com a população, por ser a porta de entrada do sistema de saúde, pelo caráter menos estigmatizante que representa para as famílias e pela possibilidade de acolhimento precoce de casos mais graves ou complexos⁸. No Brasil, estudos recentes têm ratificado a importância da AB, com ênfase na ESF, na rede de SMCA, principalmente para ampliação do acesso^{5,9}, destacando, ainda, a função estratégica do CAPSi na qualificação e ordenação da demanda territorial^{1,10}.

Ações de SM na AB, integrando uma rede ampliada, podem reduzir encaminhamentos desnecessários e aumentar a adesão de usuários e familiares ao tratamento. Quando fortemente articuladas aos CAPSi, tais ações tendem a promover fluxos assistenciais menos fragmentados, facilitando a continuidade da atenção, compartilhamento das estratégias de cuidado e aumento da efetividade da ação psicossocial⁷.

Diferentes modalidades de articulação SMCA/AB vêm sendo analisadas. No contexto internacional, Bower et al.¹¹, em revisão sobre o tema, apontam três estratégias mais frequentemente utilizadas: a) qualificação da própria AB para desenvolver ações de SMCA; b) inclusão de profissionais da SMCA nas equipes da AB; c) realização de interconsultas. No Brasil, estudos têm indicado a importância da qualificação da AB para detecção de necessidades em SMCA¹², assim como a relevância da função estratégica do CAPSi junto à AB, que, a um só tempo, contribui para qualificar ações, potencializar fluxos de atenção e minimizar perdas de casos, inscrevendo a SMCA como componente indispensável das redes de atenção em saúde. A partir de 2008, como estratégia de qualificação e integração das ações da AB, foram implantados os NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família)¹³. Matriciamento e outras formas de cuidado colaborativo foram progressivamente se afirmando como modos de integração da saúde mental na AB, no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira¹⁴.

Apesar da relevância da articulação SMCA e AB, estudos nacionais têm apontado um conjun-

to de impasses para sua consolidação. Dentre os principais: a) falta de qualificação em SMCA por parte dos profissionais da AB, comprometendo o acolhimento dos problemas, as intervenções possíveis e o encaminhamento qualificado¹⁵; b) escassa informação sobre serviços existentes no território, funções e processos de trabalho, sobrecarregando usuários e familiares na busca autônoma por assistência¹⁵; c) desconhecimento, por parte dos serviços dos diferentes setores, incluindo os de SMCA, sobre o mandato de cada um, fragilizando a melhor utilização dos recursos¹⁰. As potencialidades e os desafios registrados sugerem a necessidade de avanços e avaliação das experiências de articulação entre SMCA e AB.

Metodologia

Estudo exploratório, de metodologia qualitativa, informado pela perspectiva da Pesquisa Social em Saúde – compreendida como uma modalidade de investigação do ser humano em sociedade, pela concepção da complexidade do processo saúde/doença, representada pelas instituições, serviços, profissionais e usuários¹⁶. Engloba um componente de levantamento para produção de informações e outro de compartilhamento de conhecimento¹⁷ na lógica da Promoção da Saúde¹⁸, sustentada pela noção de Educação em Saúde¹⁹ como eixo do diálogo entre os profissionais do CAPSi e da AB.

A pesquisa, realizada em duas fases, foi desenvolvida em região do município do Rio de Janeiro (RJ), onde um CAPSi é referência para cobertura em SMCA. A população coberta pelas três unidades de ESF investigadas perfaz o total de 27.316 habitantes, sendo cerca de 30% crianças e adolescentes²⁰, em sua maioria população de baixa renda, em situação de vulnerabilidade social e violência.

A fase preliminar incluiu levantamento dos encaminhamentos ao CAPSi nos anos de 2013 e 2014, e revelou baixa demanda por parte das ESF e/ou da saúde em geral (apenas 17% dos casos acolhidos), indicando precária articulação entre os serviços. Esta fase propiciou a sensibilização dos profissionais do CAPSi para a etapa posterior, desenvolvida em unidades da ESF.

Na fase seguinte, foram realizados grupos focais (GF) e grupos de intervenção (GI) em três unidades de ESF, no período de setembro a dezembro de 2014. Todos os trabalhadores das três ESF foram convidados a participar, através da apresentação dos objetivos e estratégias meto-

dológicas nas respectivas reuniões de equipe. Ao todo, 25 trabalhadores, das três unidades – aqui designadas como Unidade A, B e C –, integraram o estudo: 14 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 4 médicos de família, 3 enfermeiros, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 técnico de enfermagem. Pela unidade A, 7 trabalhadores; pela B, 8 e pela C, 10.

Esta fase foi organizada em três etapas, denominadas de Encontros 1, 2 e 3, realizadas integralmente na ESF. Nos Encontros 1 e 3 utilizou-se a estratégia de grupo focal; no Encontro 2, a de grupo de intervenção. Todos os grupos foram conduzidos pela pesquisadora principal, um profissional do CAPSi e um observador. Ao todo, 6 grupos focais e 3 de intervenção forneceram o material que possibilitou descrever e analisar as estratégias e os desafios para articulação do CAPSi com a ESF em um território específico.

O *Encontro 1* (GF1) teve o objetivo de apreender e registrar a percepção dos trabalhadores da ESF sobre problemas de SMCA. Perguntas norteadoras foram propostas como forma de facilitar o debate, conforme Quadro 1.

O *Encontro 2*, denominado Grupo Intervenção (GI), foi estruturado como ação de Educação em Saúde, baseado nas percepções registradas no Encontro 1 e sob perspectiva da Promoção da Saúde. O roteiro utilizado no GI pretendeu contribuir para o compartilhamento de conhecimento sobre temas nodais ligados à SMCA, como a noção de desenvolvimento, estatuto do sintoma e modos de organização do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes, além de outros, conforme detalhado no Quadro 1. O GI foi estruturado em três tempos: a) devolução ao grupo das próprias narrativas dos profissionais no GF1; b) discussão de princípios e diretrizes gerais para identificação de problemas de SMCA^{2,21}; e, c) discussão do papel do CAPSi no cuidado em SMCA.

O *Encontro 3* (GF2) teve a finalidade de avaliar a intervenção (GI), apontar possíveis desdobramentos para parcerias interinstitucionais e estabelecer, entre o CAPSi e as ESF, ações de sustentabilidade para um trabalho colaborativo em SMCA no território.

O material dos 9 grupos foi gravado, perfazendo 13 horas, transcrito e submetido à Análise de Conteúdo²², com ênfase na temática ou categorial que, segundo Bardin²² *funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos*, para possibilitar a *inferência de conhecimentos relativos às condições de produção* do objeto

Quadro 1. Estrutura do Grupo Focal 1 (GF1) e Roteiro do Grupo Intervenção (GI).

Eixo	Grupo Focal 1 (GF1) Perguntas orientadoras	Grupo Intervenção (GI) Roteiro
Identificação de problemas de SMCA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quais são os problemas de SMCA que chegam à unidade? ✓ Como é feita a avaliação? ✓ Quando a criança/adolescente precisa de ajuda especializada o que é feito? ✓ Existem situações do contexto de vida da criança ou adolescente que os tornam mais propensos a problemas de SMCA? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A noção do desenvolvimento na infância e na adolescência ✓ Promoção da saúde/saúde mental ✓ A criança, o adolescente e a família ✓ Vulnerabilidade e avaliação de contexto ✓ Fatores de risco e de proteção ✓ Principais problemas/sintomas na infância e na adolescência ✓ Diretrizes gerais para a identificação de problemas de SMCA
Ações de SMCA no território	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quais são as ações direcionadas para crianças/adolescentes desenvolvidas pelos profissionais da unidade? ✓ Quais dessas ações vocês identificam que envolvem questões de saúde mental? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estratégias para identificação das necessidades de crianças e adolescentes ✓ Estratégias para estimular as potencialidades de crianças e adolescentes e das famílias ✓ Reconhecer atividades de lazer e cultura que possibilitem a experiência de pertencimento e inclusão social
Articulação da rede	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quais são as ações/serviços para crianças e adolescentes no território? ✓ Vocês conhecem o papel/função de cada serviço? ✓ Para qual serviço são encaminhadas as crianças e adolescentes com problemas de SM? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Noção de rede, território e intersetorialidade ✓ Serviços disponíveis no território, suas atribuições e modos de funcionamento ✓ O que é um CAPSi e qual sua função ✓ Linha de cuidado intersetorial em saúde mental no território

investigado. A análise temática do material foi orientada pelos três temas-eixo estabelecidos na organização dos encontros: 1) Identificação dos problemas de SMCA; 2) Ações de SMCA no território; 3) Articulação da Rede. Colaboraram no processo de codificação, geração e validação das categorias de análise os integrantes do Grupo de Estudos em SMCA do Núcleo de Pesquisa do qual fazem parte os autores.

Os profissionais envolvidos consentiram com a participação na pesquisa mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O parecer substanciado do Comitê de Ética foi aprovado. Para garantir a preservação da identidade dos participantes, cada unidade foi representada por uma letra, e cada participante por um número.

Resultados e discussão

Serão apresentados por Núcleos Temáticos, conforme os eixos que orientaram o trabalho de campo e a análise do material.

Percepção dos problemas de SMCA

A percepção dos problemas de SMCA pelos trabalhadores das ESF foi delineada pela presença de alterações de comportamento – principalmente agitação e agressividade –, que ocorrem em casa, relacionadas às questões sociais e violência, e as manifestadas na escola, relacionadas à dificuldade de aprendizagem:

Tem a fase comportamental, que é a que eu levantei, dentro de casa. A criança reflete na sociedade aquilo que ela sofre em casa, que muitas das vezes é falta de atenção, é falta de carinho, é falta de cuidado, que é uma violência, né? A saúde mental, na minha visão, engloba muita coisa, desde o comportamento dentro de casa até o comportamento na escola. Isso para mim é saúde mental, porque nosso corpo funciona na base da cabeça. Se a cabeça não funciona, o corpo não funciona legal. (A-04/GF1)

O reconhecimento de problemas de SMCA a partir de mudanças no comportamento situadas em contextos de violência e vulnerabilidade

sugere não haver, por parte dos trabalhadores das ESF no território estudado, predomínio da racionalidade biomédica para compreensão de fenômenos relacionados à SMCA. Os profissionais, quando utilizam classificações diagnósticas, o fazem de forma crítica, em estreito diálogo com o contexto de vida das crianças e adolescentes.

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

O recurso discursivo às categorias diagnósticas apareceu com mais frequência na fala dos ACS que na dos médicos, contrastando com estudo de 2006, com médicos pediatras da AB, no qual a priorização de determinantes médico-biológicos foi marcante como via de entendimento dos problemas de SMCA²³. O fato de os médicos no presente estudo terem formação em Medicina da Família, na qual é enfatizada a construção de diagnósticos através da avaliação de problemas e contextos e não através de padrões classificatórios²⁴, pode contribuir para esclarecer a diferença apontada.

Alterações de comportamento e aprendizagem foram em grande medida relacionadas com situações de violência a que ficam expostas muitas crianças e adolescentes: violência intrafamiliar, abuso sexual, abandono, negligência e outras. O componente da violência foi tomado como fator desencadeante ou agravante de problemas de SMCA, confirmando que, na percepção da ESF, a gravidade das situações está mais diretamente ligada às vulnerabilidades sociais do que aos diagnósticos psiquiátricos.

[...] a gente percebe que a criança também sofre violência dentro de casa... isso é uma coisa um pouco comum aqui, e eu acho que fica meio conturbado por conta disso. As crianças ficam mais violentas na escola, chamam a atenção dos professores que chamam os pais, que são pessoas que também às vezes têm uma atitude violenta com as crianças em casa. Aí a criança não quer ficar em casa, aí ela fica na rua, aí a mãe quer ter o controle da criança, mas não tem, só tem de uma forma violenta... (B-03/GF1)

Estudos apontam que crianças submetidas à violência frequente tendem a apresentar dificuldade de aprendizagem e distúrbios de comportamento, principalmente condutas autodestrutivas,

isolamento social e baixa autoestima²⁵, nem sempre associados à experiência da violência quando avaliados nos serviços de saúde²³. Paula et al.²⁶, ao analisarem fatores de risco e proteção para saúde mental, identificaram a violência intrafamiliar como o principal fator de risco para problemas mentais em adolescentes, que, quando expostos a esta situação, teriam três vezes mais chances de apresentar problemas do que quando expostos à violência urbana.

No presente estudo, os efeitos do contexto social sobre a adolescência foram pouco tematizados, bem como houve escasso registro de problemas frequentemente associados a esse período da vida, como o uso de drogas e violência. Apenas duas referências a usuários adolescentes foram registradas: uma relacionada a um jovem com transtornos mentais graves, já acompanhado pelo CAPSi; e outra, um relato desesperançado, em que foi afirmado que o caminho da infância negligenciada é inevitavelmente uma futura carreira na marginalidade. A falta de perspectiva e de capacidade de construção de projetos de vida para jovens em alta vulnerabilidade social pareceram delimitar, no período estudado, a relação da ESF com a adolescência. A “invisibilidade” de eventos de saúde mental em adolescentes tem sido registrada em estudos²⁶.

Em síntese, é possível afirmar, em relação à percepção de problemas de SMCA: a) há, por parte da ESF, sensibilidade para as questões de SMCA, maior para os problemas da infância que da adolescência; b) os problemas de SMCA são reconhecidos a partir das mudanças de comportamento situadas em contextos de vulnerabilidade, não ficando restritos à presença de transtornos mentais diagnosticados; c) ações de cuidado, no entanto, são raras ou inexistentes, tanto no que se refere às que podem ser desenvolvidas na própria ESF, quanto em relação àquelas que dependem do estabelecimento de parcerias com outros serviços do território, o que inviabiliza um efetivo cuidado em SMCA.

Ações na Atenção Básica

Apesar da sensibilidade dos trabalhadores da ESF em relação aos problemas de SMCA e do entendimento sobre seu caráter multideterminado, ações de cuidado são praticamente inexistentes no nível básico de saúde do território estudado, o que é atribuído pelos profissionais, em grande parte, à falta de formação em SMCA e aos impedimentos originados do processo de trabalho (como tempo curto das consultas e metas assis-

tenciais pré-estabelecidas que não incluem a saúde mental, e menos ainda a SMCA). Mesmo em relação à avaliação geral de problemas de SMCA, houve registro de insegurança, sob argumento da falta de um “olhar diferenciado” para discernir questões próprias ao desenvolvimento infantil e juvenil, daquelas que sugerem necessidade de intervenção, culminando em atitudes de hesitação frente aos casos e de demanda recorrente por referenciamento para serviços especializados.

Nós, que não temos noção ou um olhar diferenciado para a coisa, como vamos dizer quais os casos mais graves e menos graves? Às vezes, a criança é aparentemente calma, aí a mãe vem aqui pedindo serviço, e a gente não oferece, porque não tem profissional para isso. (A-04/GF1)

A gente identifica, mas na hora de dar consequência às questões a gente não consegue mesmo. (B-05/GI).

Eu não tenho condição, como médico de família, de ver essa criança o suficiente pra poder me aproximar mais dela e tentar até chegar a um diagnóstico. Não tenho nem a formação pra isso e nem o tempo disponível. (C-08/GF1)

A qualificação dos profissionais da ESF para atenção em SMCA pressupõe, além da disponibilidade para acolher os problemas, reunir elementos suficientes para lidar com as situações. A construção desta condição depende da oferta de estratégias que permitam o real compartilhamento do conhecimento e das ações de cuidado entre a ESF e a saúde mental, através da construção conjunta de projetos de atenção, que contribuam para maior segurança dos trabalhadores da ESF no desenvolvimento de intervenções psicossociais, impactando positivamente o acesso e a qualificação da assistência em SMCA. Delfini e Reis⁵ apontam o trabalho conjunto entre equipes como crucial para o desenvolvimento de ações de SMCA na ESF, tanto em relação às que podem ser realizadas na própria AB – situações de menor complexidade e ações de promoção da saúde –, quanto na qualificação dos encaminhamentos necessários, garantindo maior adesão dos usuários e familiares ao processo de cuidado. Para Paula et al.²⁷, profissionais da AB necessitam da parceria com profissionais da saúde mental, menos para atendimento de patologias específicas e mais para responder às questões relacionadas aos impactos da violência e vulnerabilidade sobre crianças e adolescentes – problemática que convoca diálogos frequentes entre essas duas áreas de ação.

O cuidado de SMCA na ESF, quando existente, tem resultado mais de estratégias voluntárias

de ação do que de uma direção pública capaz de balizar ações e permitir avaliação dos resultados:

Eu comecei por conta própria, ideia minha, tratar o W. igual criança, brincando com ele, entendeu? Precisava fazer alguma coisa e não sabia o quê. (A-01/GF1)

A demanda recorrente por encaminhamento para serviços especializados, registrada neste e em outro estudo⁵, tem sido analisada como a expressão de aspectos contraditórios presentes na atuação da AB²⁸. Apesar da pertinente avaliação da complexidade dos fatores envolvidos na emergência de problemas de saúde mental, a ESF tem, de modo geral, orientado suas ações pelo modelo tradicional e hierarquizado de assistência, recorrendo ao atendimento especializado, sem alcançar a integralidade da atenção.

Os trabalhadores reconheceram a discussão conjunta de casos como ferramenta para fazer avançar as condições de cuidado em SMCA na ESF e nos demais serviços integrantes da rede de atenção. O matriciamento, entretanto, que poderia responder por essa estratégia, apareceu pontualmente no relato dos grupos, frequentemente reduzido ao encaminhamento burocratizado de casos para serviços especializados de saúde mental. A experiência do trabalho conjunto ainda é incipiente no território estudado, sendo o apoio matricial sinônimo de triagem para serviços especializados.

Foi igualmente destacado como obstáculos ao trabalho a alta rotatividade dos profissionais, que dificulta o vínculo com o usuário e a longitudinalidade do cuidado: *a gente tem um problema muito grande aqui porque a rotatividade de médico é grande, então, assim, a gente não consegue estabelecer um vínculo. Eu estou aqui há seis meses e já estou no terceiro médico* (A-03/GF1); além do estabelecimento de metas incompatíveis com a lógica de cuidado universal e integral que deveria operar na ESF. Relatos como *somos atropelados pelos programas* [diabetes, hipertensão] (C-01/GF01) ou *saúde mental não está incluída nas metas* [da ESF] (C-08/GF01) foram frequentes nos grupos. Mendonça et al.²⁹ apontam dificuldades relacionadas aos processos de trabalho como produtoras de menor disponibilidade subjetiva por parte dos profissionais para criação de estratégias de cuidado no âmbito da AB. Janssens et al.³⁰, por sua vez, afirmam que o cuidado colaborativo não pode ser realizado sem uma estrutura política e de gestão favoráveis, sob pena de se restringir a experiências pontuais e esporádicas, realizadas unicamente pela boa vontade dos profissionais.

Em síntese, no que diz respeito às ações de SMCA nas ESF do território pesquisado, pode-se afirmar que são raras, não integram o elenco de metas de cobertura da população, dependem da ação voluntária dos trabalhadores e não compõem o conjunto de pactuações entre a gestão da saúde/saúde mental e os serviços. A demanda por profissionais especializados para referenciamento dos casos foi tema prevalente entre os operadores da ESF, que não apresentaram consenso em relação à inserção desses especialistas: se integrando a equipe da ESF ou alocados em serviços de referência. O matriciamento não operava na direção do compartilhamento, gerando, contraditoriamente, mais demanda por especialização e consequente adiamento do cuidado, burocratização do referenciamento e descrença dos trabalhadores na real possibilidade de parceria para o acolhimento e cuidado compartilhado de SMCA.

Articulação da rede

Sobre a relação com os demais serviços, os profissionais da ESF citaram de maneira inespecífica e imprecisa alguns serviços da rede, dentre os quais o CAPSi. O desconhecimento dos recursos existentes e a falta de clareza em relação ao modo de funcionamento dos serviços do território foram a tônica dos relatos.

A rede é muito complicada pra gente da atenção básica. A gente se sente muito desamparado (C-01/GF1)

Fica igual pingue-pongue, manda pra lá, manda pra cá. (A-04/GF1)

A gente está tentando descobrir até agora... (B-05/GF1)

... quem pode ou não ir para o CAPSi. (B-02/GF1)

Delfini e Reis³¹ destacam que o questionamento sobre o que cabe a cada equipamento no trabalho em rede revela, por um lado, *um isolamento dos serviços em si mesmos e uma desarticulação de suas ações*³¹ e, por outro, a ausência de um direcionamento público para efetiva organização e oferta de cuidado. Pontuam também que, nesta lógica, os casos em que o manejo não é possível na ESF – e não são considerados graves ou complexos o suficiente para ser encaminhados para o CAPSi –, ficam, frequentemente, sem receber atenção e acompanhamento, submetidos à peregrinação ou à espera de um agravamento da situação para que sejam inseridos no CAPSi, constituindo o que poderia ser nomeado como dinâmica de circulação não inclusiva. No território estudado, a desarticulação e a fragmentação

da atenção foram expressas também em relação ao CAPSi: *estou aqui há 5 anos e só vim conhecer vocês mais de perto agora. Pra mim o CAPSi começou no mês passado.* (B-07/GF1)

Quanto aos intersetores, os relatos foram igualmente marcados pela presença de obstáculos, principalmente com a Assistência Social e o Conselho Tutelar. Por conta da ausência de orientação oficial e do baixo êxito no estabelecimento de parcerias, os profissionais apresentaram uma postura ambígua: reconhecem que um cuidado mais efetivo só será possível com a ação compartilhada, mas desacreditam que essa articulação possa vir a acontecer em algum momento, resultando daí um sentimento de impotência e desamparo.

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

Descrédito, descontinuidade do cuidado e falta de expectativa na articulação efetiva da rede intra e intersetorial marcam os relatos dos profissionais da ESF em relação ao funcionamento e à dinâmica da rede: *O que teria que ser uma coisa contínua, não é!* (A-03/GF1)

Couto e Delgado³² destacam que, diante dos impasses e dificuldades encontrados na construção da rede ampliada de SMCA, caberá ao setor saúde mental a função estratégica de iniciar o processo de montagem da mesma, a partir da tomada de responsabilidade sobre o problema, para que, em um segundo momento, todos os profissionais/setores envolvidos no cuidado situem-se *no mesmo patamar de igualdade, implicados que estarão em um problema verdadeiramente comum*³². A construção conjunta do problema e das estratégias de superação, ao escapar da prática comum de delegação de responsabilidade ou de soberania de um setor sobre outros, pode potencializar parcerias de trabalho e impactar positivamente o acesso e a qualificação do cuidado. No entanto, o protagonismo efetivo dos serviços de saúde mental na construção da rede ampliada de SMCA depende fortemente de uma direção pública clara e afirmada pelas instâncias de gestão locais, aspecto quase inexistente no território estudado.

Que território é esse, tão sem referências? (C-03/GF1), questionou um ACS, ao destacar sua

percepção acerca da ausência de parcerias. A falta de referências, no entanto, parece estar mais relacionada à ausência de articulação do que propriamente à inexistência de serviços. CAPSi, AB/ESF, ações de matriciamento, serviços da Assistência Social, Conselho Tutelar, escolas e outros, coexistem no território, mas não estabelecem entre si parcerias efetivas para responder às necessidades em saúde mental de crianças, adolescentes e suas famílias. As questões de SMCA não têm produzido diálogos consequentes entre os serviços do território e o cuidado tem se dado predominantemente por encaminhamentos burocratizados, sem troca regular entre os profissionais, e sem continuidade.

Propostas para superação dos desafios

A percepção do elenco de problemas e desafios para o avanço da atenção em SMCA não impediu a proposição de alternativas por parte da ESF para superação dos impasses:

Eu acho que é mais simples do que imaginamos, essa parceria. Poderiam marcar um encontro, uma vez no mês. Se a gente trabalha atendendo o mesmo público, com a mesma intenção de melhorar, acho que existem conversas, tem e-mail, tem o gerente da unidade, tem os profissionais. Mandar e-mail, pegar o caso da pessoa, saber se foi atendido: e aí, como é que foi? O que a gente pode fazer? Porque normalmente as informações se perdem (A-04/GF1).

[Se tiver parceria] *não vamos precisar, na angústia, atirar para todos os lados. Chegou no CAPSi, como está? Chegou aqui, como foi? (C-01/GI)*

A superação da lógica fragmentada do cuidado, com propostas de ações conjuntas e estabelecimento de comunicação regular e sistemática entre os diferentes atores envolvidos, indicou a possibilidade de mudanças na realidade local, através do protagonismo dos trabalhadores. O estreitamento da comunicação entre os profissionais pode reduzir a distância entre as equipes, contribuir para o estabelecimento de um cuidado continuado para crianças e adolescentes, e potencializar as ações da atenção psicossocial e intersetorial nos territórios. Parte desta estratégia foi colocada em prática nas unidades estudadas como efeito da intervenção realizada durante a pesquisa. Ao final do primeiro GF, o CAPSi orientou a ESF em relação ao funcionamento de sua porta de entrada e forneceu o contato telefônico e eletrônico do serviço, ampliando o canal de diálogo. Durante o GI, situações foram debatidas, diretrizes gerais apresentadas e algumas orienta-

ções fornecidas. No último GF, ao ser discutida a sustentabilidade do trabalho conjunto, foi sugerida a organização em curto prazo de duas ações: a) acompanhamento conjunto dos casos já atendidos no CAPSi, através da montagem de uma planilha eletrônica virtual, de acesso comum entre a ESF e o CAPSi, e de uma agenda mensal de encontros entre os serviços; b) construção de projetos colaborativos para os casos identificados pela ESF que não demandam inserção no CAPSi, mas não podem ser bem atendidos unicamente com recursos tradicionais da ESF, precisando do apoio da saúde mental para ampliação das possibilidades de cuidado. Ao final, os profissionais reconheceram já haver sido dado um passo inicial no caminho da construção do cuidado colaborativo: *Já conversou, já construiu, já desembarçou alguma coisa, inclusive o caso que a V. falou. Acho que trabalho já começou. (A-01/GF2)*

Bower e Gask³³ ratificam as vantagens do modelo colaborativo de articulação entre AB e saúde mental para o objetivo de ampliar condições de cuidado a pessoas com necessidades em saúde mental, quando comparado com o modelo tradicional, baseado na lógica do encaminhamento. No modelo colaborativo, o serviço de saúde mental, em estreita parceria com a AB, é integrado ao processo de cuidado dos casos e situações, e pode incrementar a efetividade geral do sistema de atenção em um território delimitado.

Considerações finais

A construção de redes ampliadas de atenção à SMCA, com garantia de acesso e cuidado qualificado nos territórios, é um dos principais desafios para consolidação da política de SMCA no país. Uma articulação intrassetorial potente, entre CAPSi e AB, pode constituir-se como a base de sustentação para o desenvolvimento da colaboração, compartilhamento e corresponsabilização entre diferentes setores de assistência à infância e adolescência, permitindo a instauração de novos modos de cuidar que ultrapassem a fragmentação e a dispersão.

A análise, em um território específico, das estratégias praticadas e dos desafios percebidos na aproximação entre CAPSi e AB/ESF, permitiu identificar fatores facilitadores como barreiras no processo de construção do cuidado colaborativo em SMCA. Dois fatores favoráveis se destacaram no território estudado. Primeiro: a percepção sobre problemas de SMCA por parte dos profissionais da ESF parece ancorar-se em uma visão

ampliada dos determinantes do sofrimento psíquico e no entendimento da complexidade do fenômeno mental, contrastando com estudos citados, nos quais predominou o reducionismo biomédico como chave explicativa para as questões de SMCA²³. Outro fator está relacionado ao fato de os profissionais da ESF terem respondido de maneira positiva e ágil à intervenção proposta no estudo, com foco na identificação de problemas, ações possíveis e modos de articulação em rede para SMCA, indicando existir um terreno favorável à implantação de trabalho colaborativo, sob as premissas da atenção psicossocial.

Entretanto, em concomitância com fatores facilitadores, um conjunto de barreiras foi registrado, sendo as principais: a) hesitação frente aos problemas de SMCA e consequente demanda por 'especialistas' por parte da ESF, indicando que uma compreensão mais abrangente dos determinantes do sofrimento, quando não acompanhada de compartilhamento de conhecimento, redundava em estratégias de assistência conservadoras que não superaram a fragmentação do cuidado; b) ausência de direcionalidade, por parte da gestão, para instituir a intersetorialidade e a colaboração como vias de construção da rede ampliada em SMCA, deixando aos atores da 'ponta do sistema' a responsabilidade de inovar sem que tenham uma bússola de orientação; c) desconhecimento dos recursos, dos modos de funcionamento e dos atores-chave existentes no território, incluindo o CAPSi, indicando que estratégias de difusão de informação eram frágeis ou inexistentes no território.

Apesar de o presente estudo estar restrito à AB/ESF, foi possível inferir dificuldades de ação colaborativa e territorial por parte do CAPSi, sugerindo necessidade de estudos posteriores que possam aprofundar e debater os aspectos levantados. O CAPSi era, na ocasião da pesquisa, 'invisível' à AB/ESF, apesar de estar em funcionamento há mais de uma década. Em relação à territorialização das ações, CAPSi e ESF indicaram fragilidade; o primeiro, pela baixa capilaridade no território; a segunda, por estar neste sem buscar conhecer os recursos de cuidado ali existentes.

No contexto pesquisado a representação social da criança ou adolescente é a do que sofre, padece, tem fala própria, história, e não se reduz a um conjunto de comportamentos, mostrando sensibilidade dos operadores em relação à complexidade do fenômeno subjetivo e mental. Entretanto, a inexistência de direção psicossocial clara deixa os operadores sem um saber fazer, dinâmico e corresponsável, com a criança ou adolescente que sofre. A efetivação da SMCA como política pública exige estratégias formais de difusão, avaliação, acompanhamento e compartilhamento (que incluam usuários e famílias) para que responda pelo mandato da inclusão.

Mesmo considerando as limitações deste estudo – restrito a um território específico e à AB/ESF –, espera-se que os resultados encontrados e as discussões propostas possam contribuir para o debate e o avanço da saúde mental comunitária brasileira.

Colaboradores

MR Teixeira participou de todas as fases do estudo, desde a revisão bibliográfica e coleta de dados à análise e elaboração do manuscrito. MCV Couto foi responsável pela supervisão do projeto, análise dos dados, discussão e revisão final. PGG Delgado foi responsável pela concepção e orientação do estudo, abordagem metodológica e revisão final.

Referências

- Couto MCV, Duarte C, Delgado PG. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(4):390-398.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. 2º ed. Brasília: MS; 2005.
- Duarte CD, Couto MCV, Graeff-Martins AS, Pegoraro R, Dahl CM, Cavalcanti MT. A rede pública ampliada de atenção à saúde mental da criança e do adolescente: estudo-piloto em quatro localidades do estado do Rio de Janeiro. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka O, organizadores. *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 280-302.
- Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry* 2006; 189(6):484-493.
- Delfini P, Reis A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(2):357-366.
- Salmon G. Multi-Agency Collaboration: The Challenges for CAMHS. *Child Adolesc Ment Health* 2004; 9(4):156-161.
- Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PG. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006 - 2011). *Estud psicol.(Campinas)* 2015; 32(4):695-703.
- Patel V, Flisher AJ, Nikapota A, Malhotra S. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(3):313-334.
- Gomes F, Cintra A, Ricas J, Vecchia M. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. *Saúde Soc* 2015; 24(1):244-258.
- Couto MCV, Delgado PG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia desafios atuais. *Psic clin* 2015; 27(1):17-40.
- Bower P, Garralda E, Kramer T, Harrington R, Sibbald B. The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review. *Fam Pract* 2001; 18(4):373-382.
- Tanaka O, Lauridsen-Ribeiro E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Cien Saude Colet* 2009; 14(2):477-486.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: MS; 2010.
- Athié K, Fortes S, Delgado PG. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Rev Bras Med Fam Com* 2013; 8(26):64-74.
- Paula C, Zaquie L, Vicente T, Lowenthal R, Miranda R. Atuação de psicólogos e estruturação de serviços públicos na assistência em saúde mental de crianças e adolescentes. *Psicol Teor Prát* 2011; 13(3):81-95.
- Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010.
- Jacobson N. Social Epistemology: Theory for the “fourth wave” of knowledge transfer and Exchange research. *Sci Commun* 2007; 29(1):116-127.
- Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.
- Morosini MV, Fonseca AF, Pereira IB. Educação em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, editores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 155-162.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2010: população por município*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2013.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Tanaka OY, Lauridsen-Ribeiro E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cad Saude Publica* 2006; 22(9):1845-1853.
- Gusso G, Lopes J. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007; 369(9569):1302-1313.
- Paula C, Vedovato M, Bordin I, Barros M, D’Antino M, Mercadante MT. Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of São Paulo. *Rev Saude Publica* 2008; 42(3):524-528.
- Paula CS, Nakamura E, Wissow L, Bordin IA, Nascimento R, Leite AM, Cunha A, Martin D. Primary Care and Children’s Mental Health in Brazil. *Acad Pediatr* 2009; 9(4):249-255.
- Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2010.
- Mendonça M, Martins M, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2355-2365.
- Janssens A, Peremans L, Deboutte D. Conceptualizing collaboration between children’s services and child and adolescent psychiatry: A bottom-up process based on a qualitative needs assessment among the professionals. *Clin Child psychol psychiatry* 2010; 15(2):251-266.
- Delfini P, Reis A. O cuidado da criança e do adolescente em sofrimento psíquico: articulações entre CAPSi e a Estratégia de Saúde da Família. In: Reis AOA, Fonseca FL, Rolim Neto ML, Delfini PSS, organizadores. *As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil*. São Paulo: Schoba; 2012. p. 241-258.
- Couto MCV, Delgado PG. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka O, organizadores. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 271-279.
- Bower P, Gask L. The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice. *Gen Hosp Psych* 2002; 24(2):63-70.

Artigo apresentado em 31/03/2016

Aprovado em 07/06/2016

Versão final apresentada em 09/06/2016