

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001890014>

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL: INTERFACES COM A REDE DE SAÚDE PELO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Luciane Prado Kantorski¹, Valéria Cristina Christello Coimbra², Naiana Alves Oliveira³, Cristiane Kenes Nunes⁴, Fabiane Machado Pavani⁵, Lilian Cruz Souto de Oliveira Sperb⁶

¹ Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: kantorski@uol.com.br

² Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPEL. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: valeriac Coimbra@hotmail.com

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPEL. Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da Prefeitura Municipal de Pelotas e Técnico Administrativo da UFPEL. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: naivesoli@gmail.com

⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cris_kenes@hotmail.com

⁵ Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPEL. Bolsista de Iniciação Científica do CNPq. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fabianepavani04@gmail.com

⁶ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPEL. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lica.cso@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: descrever as características da articulação entre os serviços que compõem a rede de saúde mental infantojuvenil, através do sistema de referência e contrarreferência.

Método: estudo descritivo desenvolvido em 25 serviços, a partir de informações obtidas em questionários autoaplicados aos coordenadores, através do sistema eletrônico do Ministério da Saúde. A organização e análise descritiva dos dados foram realizadas no programa estatístico *Stata* versão 12.0.

Resultados: evidenciou-se a existência de sistemas de referência e contrarreferência entre a atenção básica e os centros de atenção psicossocial infantojuvenil e uma parceria com os outros serviços de saúde mental e ampliação do cuidado. No entanto, o hospital psiquiátrico ainda é utilizado como referência no tratamento, dentre outras limitações, como dificuldades em lidar com as demandas de saúde mental, devido a encaminhamentos recorrentes e inexperiência neste tipo de acolhimento/tratamento.

Conclusão: a emergência para o cuidado em saúde mental infantojuvenil que atenda os pressupostos do paradigma psicossocial suscita novas práticas que possam contribuir para o fortalecimento das ações neste cenário. Estas ações devem ser pautadas num sistema de referência que demonstre efetividade na rede de saúde, de modo a promover um cuidado amplo, contínuo, tendo em vista o fortalecimento da rede de atenção psicossocial.

DESCRIPTORES: Serviços de saúde. Saúde mental. Assistência à saúde. Criança. Adolescente.

PSYCHOSOCIAL ATTENTION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: INTERFACES WITH THE HEALTH NETWORK BY THE REFERRAL AND COUNTER-REFERRAL SYSTEM

ABSTRACT

Objective: describing the characteristics of the articulation between the services that compose the mental health network of children and adolescents, through the referral and counter-referral system.

Method: descriptive study developed in 25 services, based on information obtained from self-administered questionnaires applied to coordinators through the Ministry of Health electronic system. Data organization and descriptive analysis were performed in the *Stata* statistical program version 12.0.

Results: the existence of referral and counter-referral systems are evidenced between the basic healthcare and psychosocial healthcare centers for children and adolescents, and a partnership with other mental-health services and expanded care. However, psychiatric hospitals are still used as a reference for treatment, among other limitations, such as difficulties in dealing with mental health demands due to recurrent referrals and inexperience in this type of care/treatment.

Conclusion: emergency services for children and adolescent mental healthcare which meet the expectations of the psychosocial paradigm need new practices that may contribute to strengthening actions in this scenario. Such actions should be based on a referral system that can demonstrate effectiveness among the healthcare network in order to promote comprehensive and continuous care focused on strengthening the psychosocial care network.

DESCRIPTORS: Health services. Mental health. Health care. Children. Adolescents.

ATENCIÓN PSICOSOCIAL INFANTOJUVENIL: INTERFACES CON LA RED DE SALUD DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA

RESUMEN

Objetivo: describir las características de la articulación entre los servicios que componen la red de salud mental infanto-juvenil, a través del sistema de referencia y contra-referencia.

Método: estudio descriptivo desarrollado en 25 servicios, a partir de informaciones obtenidas en cuestionarios auto-administrados a los coordinadores, a través del sistema electrónico del Ministerio de la salud. La organización y análisis descriptivo de los datos se realizaron utilizando *Stata* versión 12.0.

Resultados: se evidenció la existencia de sistemas de referencia y contra-referencia entre los centros de atención psicosocial infantojuveniles y la asociación con otros servicios de salud mental y la atención primaria en expansión. Sin embargo, el hospital psiquiátrico todavía se utiliza como referencia en el tratamiento, entre otras limitaciones, tales como dificultades para hacer frente a las exigencias de la salud mental debido a la falta de experiencia y referencias recurrentes en este tipo de atención/tratamiento.

Conclusión: la emergencia para el cuidado en salud mental infanto-juvenil que cumple con las condiciones del paradigma psicosocial, suscita nuevas prácticas que pueden contribuir al fortalecimiento de las acciones en este escenario. Estas acciones deben guiarse en un sistema de referencia para demostrar la eficacia del sistema de salud, con el fin de promover una atención integral, continua con el fin de fortalecer la red de atención psicosocial.

DESCRIPTORES: Servicios de salud. Salud mental. Asistencia en salud. Niño. Adolescente.

INTRODUÇÃO

Com o advento da Reforma Psiquiátrica brasileira, apostou-se em um novo modelo de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, baseado numa rede substitutiva ao modelo manicomial, que compreende diversos serviços e recursos da comunidade. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) emergem nesta perspectiva como um dos dispositivos de atenção à saúde mental.¹ Além disso, buscam oferecer um cuidado diferenciado, dentro de uma nova lógica de saúde e em regime de atenção diária, constituindo-se como instituições abertas e regionalizadas, formados por equipes multidisciplinares. Esta nova lógica/modalidade de atenção em saúde centra o cuidado e o atendimento do usuário na sua integralidade e não somente nos diagnósticos psicopatológicos e terapias medicamentosas, propondo a reintegração social do usuário.²

Nesta nova esfera política e de redirecionamento do modelo assistencial, a produção de cuidado de saúde mental assume uma nova prática particularizada pela faixa etária. Nesta linha, o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi) é dedicado ao atendimento de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico intenso e persistente.³

Nesse âmbito, considerando as especificidades e necessidades dessa população, considera-se imperativo trabalhar a articulação entre os diversos serviços na rede de cuidado em saúde mental, assumindo não apenas suas funções na assistência direta. É necessário, também, trabalhar em conjunto com outros segmentos, vinculando os recursos existentes na rede, sejam eles para atender demandas afetivas, sanitárias, sociais, econômicas, culturais, religiosas, educacionais e de lazer.²

Neste novo modelo de atenção em saúde mental, novas propostas assistenciais sugerem que o cuidado em saúde mental infantojuvenil se desenvolva em diversos serviços de saúde, implicando, de modo indissociável, o território, a intersectorialidade e a rede de cuidado, que atuam de maneira articulada e colaborativa para realizar o desafio de expandir o acesso e qualificar o cuidado. Dessa forma, é importante que os CAPSs trabalhem de maneira integrada para que sejam compartilhadas as responsabilidades das demandas, assumindo, assim, maior resolutividade ao atendimento das situações que envolvam o sofrimento psíquico.^{2,4}

O sistema de referência e contrarreferência pode ser considerado como um dos pontos importantes nesse contexto, pois a partir de sua estruturação, o fluxo de encaminhamento de usuários aos diversos níveis de atenção torna-se facilitado. Para tal, deve-se destacar a necessidade de integração dos serviços e estabelecimento de fluxos formais de encaminhamento da clientela, assim como a continuidade do cuidado ao usuário na comunidade, de forma mais comprometida e efetiva.⁵ A partir dessa perspectiva, percebe-se a importância da existência do sistema de referência e contrarreferência, que além de um mecanismo de encaminhamento mútuo entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços, é reconhecido como um importante elemento para a promoção da comunicação e integração para o fortalecimento da rede de atenção em saúde.⁶

No intuito de promover a integração entre os serviços, entende-se que o sistema de referência deve acontecer quando há a necessidade de cuidado do usuário em um maior grau de complexidade e, por isso, este é encaminhado para um atendimento de nível de especialização mais complexo.

Já a contrarreferência diz respeito ao atendimento dessa necessidade especializada finalizada, ou seja, o usuário é encaminhado para a sua unidade de origem. Essa forma de organização nos serviços de saúde possibilita o acompanhamento profissional do usuário e favorece o seu acesso a todos os níveis assistenciais de atenção.⁷

Embora seja orientação do Sistema Único de Saúde (SUS) que o acesso da população à rede de atenção ocorra através dos serviços de saúde de nível primário, para o alcance dos demais níveis de maior complexidade, ou seja, secundário e terciário, estes devem ser referenciados e contrarreferenciados.⁵ Reconhece-se algumas limitações e dificuldades da rede de referência, especialmente quanto à acessibilidade aos serviços, dificuldades de encaminhamento para a rede, bem como a resolutividade das demandas.⁸

O fluxo dos usuários dentro do sistema de saúde deve ocorrer de forma integrada e a comunicação é um fator indispensável, pois permite o elo entre serviços especializados e atenção primária, favorecendo a atenção à saúde da população. Entende-se que rupturas na comunicação e no sistema de referência, principalmente na contrarreferência, comprometem a continuidade do cuidado ao usuário no SUS.

Nesse contexto, este artigo tem como objetivo descrever as características da articulação entre os serviços que compõem a rede de saúde mental infantojuvenil, através do sistema de referência e contrarreferência. Acredita-se que o presente artigo possa contribuir na reflexão sobre as práticas em saúde mental que ainda revelam fragilidade quanto à resolutividade e fortalecimento das ações em saúde mental infantojuvenil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, que integra a pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL II), realizada nos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Esta pesquisa visou avaliar os CAPSs, independente das suas classificações (I, II, III, infantojuvenil e álcool e drogas), com acesso também às informações obtidas pelos coordenadores dos serviços participantes da pesquisa.

Esse estudo integrativo utilizou somente os dados dos questionários dos coordenadores de CAPS Infantojuvenil, o que representa ao todo 35 CAPSi dos três Estados do sul do Brasil. Todos os coordenadores dos 35 CAPSi foram convidados a responder o questionário estruturado autoaplicado,

dividido em três módulos (Parte I, Parte II e Parte III), através do sistema eletrônico FORMSUS *on-line*. Os coordenadores que referiram dificuldades em responder o questionário *on-line* foram o receberam através do correio eletrônico profissional e pessoal, quando solicitado (*e-mail*). Além disso, pesquisadores treinados e capacitados foram a 23 cidades para entregar o questionário impresso aos coordenadores que referiram, por contato telefônico, dificuldade em respondê-lo. Após todos os questionários terem sido respondidos pelo sistema *on-line*, impresso ou por *e-mail*, os dados foram inseridos no sistema eletrônico FORMSUS por pesquisadores treinados e capacitados. A amostra final desse estudo foi constituída por 25 coordenadores dos CAPSs existentes na Região Sul do Brasil. Os dados obtidos foram transferidos e analisados no programa estatístico *Stata 12.0*.

A coleta de dados ocorreu de junho de 2011 a novembro de 2012. Os critérios de inclusão foram: ser coordenador do CAPSi da Região Sul do Brasil, ter tempo de atuação superior a seis meses e formação de nível médio ou superior. Foram excluídos da pesquisa, os coordenadores que se encontravam em licença saúde, férias ou em afastamento no período da coleta dos dados. Todos os participantes que aderiram à pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na análise, para a caracterização de como esses serviços se articulam com outros serviços que compõem a rede de saúde, através do sistema de referência e contrarreferência, foram utilizadas as seguintes variáveis: possui sistema de referência para outros serviços?; referência para: redução de danos; Serviço Residencial Terapêutico; emergência psiquiátrica; unidade básica de saúde; pronto atendimento; outros CAPSs; hospital geral, no município e fora; hospital psiquiátrico, no município e fora; possui sistema de contrarreferência para outros serviços?; contrarreferência para: redução de danos; Serviço Residencial Terapêutico; emergência psiquiátrica; unidade básica de saúde; pronto atendimento; outros CAPSs; hospital geral, no município e fora; hospital psiquiátrico, no município e fora.

A análise dos dados compreendeu o uso da metodologia estatística, que se dividiu em dois momentos; no primeiro, foi realizado o estudo da distribuição das frequências para classificação e caracterização de cada variável utilizada. Com isso foi possível visualizar individualmente os valores/ eventos ocorridos a fim de agrupá-los, quando estes apresentavam características similares. Num segundo momento, realizou-se a organização dos resultados em tabelas, que permitiram obter a es-

tatística descritiva utilizada para resumir e descrever os dados coletados, com o objetivo de melhor entendimento, conforme o tipo de variável que se encontrava em estudo.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em 21 de março de 2011, ata n. 001/2011, sob protocolo interno n. 017/2011. Todos os participantes envolvidos no estudo foram informados sobre a voluntariedade e, após concordância, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, que atendeu às diretrizes das Resoluções n. 196/96 e n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS

Este artigo foi constituído de um universo de 25 coordenadores de CAPSs infantojuvenil, de um total de 35 serviços existentes na Região Sul do Brasil. O Estado do Rio Grande do Sul representou o maior percentual de participação dos coordenadores, com 64%, seguido do Paraná (20%) e de Santa Catarina (16%), conforme a tabela 1.

Conforme a tabela 1, foi possível visualizar que entre os serviços que participaram da pesquisa, 70,8% funcionam nos dois turnos – manhã e tarde – sem fechar ao meio dia, 25% fecham ao meio dia e, somente, 4,2% funcionam em um único turno, manhã ou tarde.

Tabela 1 - Distribuição de CAPSi, na Região Sul do Brasil, conforme Estado horário de funcionamento. Brasil, 2011. (n=25)

| Variável | n | % |
|-------------------------------|----|------|
| Estado | | |
| Rio Grande do Sul | 16 | 64 |
| Paraná | 5 | 20 |
| Santa Catarina | 4 | 16 |
| Total | 25 | 100 |
| Horário de funcionamento* | | |
| Dois turnos sem fechar às 12h | 17 | 70,8 |
| Dois turnos e fecha às 12h | 6 | 25 |
| Único turno | 1 | 4,2 |
| Total | 24 | 100 |

Fonte: Banco de dados da Pesquisa de Avaliação dos CAPSUL II, 2011. *Considerando o total de 24 coordenadores que responderam a esta pergunta.

Salienta-se que o instrumento utilizado nessa pesquisa, o questionário autoaplicado, possuía três módulos (parte I, II e III) e que alguns dos 25 coor-

denadores não completaram todos os módulos, os quais não foram respondidos pela própria opção do coordenador participante. Apesar de considerar um fator limitante do questionário autoaplicado, o tema que é tratado nesse estudo não sofre alterações diretamente, assim como não reduz a importância em ser debatido.

Com relação ao sistema de referência e contrarreferência, pode-se verificar que 80% (n=20) dos coordenadores de CAPS infantojuvenil do Sul do Brasil referiram possuir sistema de referência e contrarreferência, com os setores da rede de serviços de saúde brasileira. Os outros 20% (n=5) não responderam à pergunta.

A tabela 2 apresenta os dispositivos que integram a rede de serviços de saúde brasileira com os quais os CAPSs infantojuvenis realizam com mais frequência o sistema de referência – para os quais eles encaminham usuários.

Tabela 2 - Distribuição de CAPSis na Região Sul do Brasil, conforme a existência do sistema referência na rede de serviços de saúde. Brasil, 2011. (n=20)

| Serviço de referência* | n | % |
|-------------------------|----|----|
| Outro CAPS | 18 | 90 |
| Hospital geral | 17 | 85 |
| Pronto-atendimento | 17 | 85 |
| Unidade Básica de Saúde | 16 | 80 |
| Médico neurologista | 16 | 80 |
| Assistência social | 15 | 75 |
| Emergência psiquiátrica | 13 | 65 |
| Hospital psiquiátrico | 13 | 65 |
| Médico psiquiatra | 12 | 60 |
| Médico pediatra | 11 | 55 |

Fonte: Banco de dados da Pesquisa de Avaliação dos CAPSUL II, 2011; * Considerando o total de 20 coordenadores que responderam possuir sistema de referência e realizá-la com esses serviços.

No sistema de referência dos CAPSi (Tabela 2), os serviços que mais aparecem são os outros CAPSs, seguidos do Hospital geral, Pronto-atendimento, Unidade Básica de Saúde e Médico neurologista. Assim, 90% dos CAPSi do Sul do Brasil referiram encaminhar os usuários para os outros tipos de CAPSs (I, II, III e AD); 85% dos CAPSis citaram a referência ao Hospital geral e Pronto-atendimento e, 80% dos CAPSis, relataram realizar encaminhamentos à Unidade Básica de Saúde e Médico neurologista.

Já na tabela 3 são apresentados os serviços com os quais os CAPSis mais utilizam o sistema de contrarreferência, ou seja, de onde os CAPSis recebem o retorno sobre os usuários que foram atendidos.

Tabela 3 - Distribuição de CAPSis na Região Sul do Brasil, conforme a existência do sistema contrarreferência na rede de serviços de saúde. Brasil, 2011. (n= 20)

| Serviço de referência* | n | % |
|---------------------------------|----|----|
| Unidade Básica de Saúde | 18 | 90 |
| Assistência social | 17 | 85 |
| Outro CAPS | 16 | 80 |
| Hospital geral | 14 | 70 |
| Médico neurologista | 14 | 70 |
| Pronto atendimento | 13 | 65 |
| Hospital psiquiátrico | 11 | 55 |
| Emergência psiquiátrica | 10 | 50 |
| Médico psiquiatra | 10 | 50 |
| Médico pediatra | 9 | 45 |
| Redução de danos | 8 | 40 |
| Serviço Residencial Terapêutico | 4 | 20 |

Fonte: Banco de dados da Pesquisa de Avaliação dos CAPSUL II, 2011; * Considerando o total de 20 coordenadores que responderam possuir sistema de contrarreferência.

Os CAPSis no Sul do Brasil referiram possuir o sistema de contrarreferência com todos os serviços apresentados na tabela 3. Entretanto, destacou-se que 90% dos CAPSis relataram possuir uma articulação com Unidades Básicas de Saúde; 85% com os dispositivos que prestam serviços de assistência social. A articulação com outros tipos de CAPSs, no sistema de contrarreferência, não está em primeiro lugar, como no sistema de referência – encaminhamento – porém, circula entre os serviços mais citados em 80% dos CAPSis.

DISCUSSÃO

Sabendo-se que os CAPSs devem se constituir em serviços comunitários de atenção diária e funcionar segundo a lógica do território, preconizado pelo Ministério da Saúde, o horário de funcionamento dos CAPSis é das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo haver um terceiro período, alternativo ao recomendado, até às 21 horas, a fim de possibilitar maior oferta de assistência à saúde mental desses usuários.

Neste estudo, constatou-se, segundo os coordenadores, que os serviços não seguem esta organização quanto ao horário ofertado aos usuários. Observou-se, pelos dados obtidos, que os serviços funcionam na sua maioria nos turnos da manhã e tarde, não funcionando à noite. Este dado é particularmente importante para discussão do sistema de referência e contrarreferência, já que um dos primeiros desafios do serviço de saúde mental consiste em

acolher e estabelecer um vínculo de confiança com a criança ou adolescente e sua família para prestação e gestão do cuidado em saúde mental, assegurando a continuidade psicológica deste cuidado. Isto implica em um processo de responsabilização e acompanhamento intenso e contínuo, particularmente nos momentos de crise, dentro e fora do CAPSi.

Cabe destacar que, quanto mais amplo for o horário de funcionamento, no sentido de oferecer continuidade no atendimento, maior a possibilidade de acompanhamento dos usuários. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo esta lógica indica que as possibilidades de tratamento para crianças e adolescentes são ampliadas quando o atendimento tem início o mais cedo possível e se estende continuamente, sem intervalo ao longo do dia.

Nesse sentido, observou-se que o CAPSs tende a reproduzir a mesma forma de organização das unidades de saúde tradicionais, como as Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios e centros de saúde. No entanto, este dado confronta a preconização do reconhecimento do sujeito em sofrimento e do cuidado ampliado no território, do seu engajamento na sociedade e da humanização do cuidado segundo a lógica da atenção psicossocial.⁹ A organização tradicional não responde à lógica da atenção psicossocial, que é baseada na valorização das relações humanas, do contato humano com respeito e afeto.⁹ Esta lógica implica em fatores determinantes no processo de cuidado e assistência à saúde das crianças e adolescentes com transtornos mentais, que exigem alto nível de responsabilização e continuidade.

No que diz respeito aos CAPSs infantojuvenis referirem possuir articulação com outros serviços da rede – referência e contrarreferência, verifica-se que esse sistema pode funcionar de maneira formal e/ou informal com os dispositivos da rede de serviços de saúde. O sistema formal de referência e contrarreferência é aquele encaminhamento realizado de forma padronizada pela instituição, em que há normas e regulamentos estabelecidos para realizar o encaminhamento. Já o sistema informal é aquele em que o encaminhamento e o recebimento da pessoa acontecem apenas de forma verbal através de parceria mediada por relações pessoais e não institucionais.

O sistema de referência e contrarreferência formal e/ou informal tem o objetivo de aumentar a disponibilidade, acessibilidade e a aceitabilidade. Essas três características, são influenciadas diretamente pelos procedimentos formais que os profissionais realizam. No entanto, no cuidado à saúde

de pessoas, deve-se considerar que estas se veem em situações delicadas, nas quais é difícil haver expectativas, o que as direciona para um cuidado entre sua rede de contatos. Como consequência, elas acabam buscando, por si próprias, outros sistemas de saúde, informais, que aumentem a resolubilidade dos seus problemas.¹⁰

No que se refere à articulação com outros serviços, os coordenadores afirmaram que ela era realizada por eles através do sistema de referência, sempre que os profissionais dos CAPSs necessitavam encaminhar o usuário para outros serviços de saúde. Neste estudo, encaminhamentos desta natureza se destacaram como uma prática comum, principalmente para outras modalidades de CAPSs, seguido de hospitais gerais, pronto-atendimento e Unidades Básicas de Saúde. Esses dados corroboram com um estudo realizado em 2012, que investigou a articulação dos CAPSs da Região Metropolitana de Porto Alegre-RS com outros serviços da rede de saúde e como os profissionais avaliam o sistema de referência e contrarreferência. Foi constatado que nos CAPSs estudados é uma prática bastante comum em 90% dos serviços o encaminhamento, principalmente para leitos psiquiátricos em hospital geral e postos ou Unidades Básicas de Saúde.¹¹

A respeito da relação de referência dos CAPSs com outros CAPSs, a partir dessa articulação foi possível concretizar um cuidado integral ao indivíduo, pois estes serviços são unidades de saúde que convergem em um objeto em comum, o cuidado em saúde mental e a construção de um modelo que visa garantir melhores soluções de cuidado para as crianças e adolescentes. No CAPSi, como em todas as demais modalidades de atendimento ao sofrimento psíquico, o acesso e o acolhimento devem ser garantidos, já que este é um direito de todos e mais do que uma oferta de serviços. O acesso é considerado um modo de acolher, ouvir e responder a cada um e a cada situação que vive.

Ao fazer o encaminhamento para outro serviço, a orientação atual tem sido a de um encaminhamento implicado, onde aquele que encaminha se corresponsabiliza e participa ativamente de todo o processo, desde a condução do caso para outro serviço, oferta do cuidado necessário, até o retorno da pessoa de volta ao serviço inicial. Este é um passo importante, pois ao trabalhar nessa perspectiva com os demais serviços, orienta para a rede inter-setorial de atenção. Além de ser um dos princípios do trabalho em saúde mental infantojuvenil, esta prática constitui parcerias permanentes com todos os implicados, especialmente com a educação, a

assistência social, a justiça e os direitos, setores historicamente relevantes na assistência às crianças e aos adolescentes.¹²

Além dos encaminhamentos para hospitais gerais e pronto atendimentos, os coordenadores dos CAPSs referiram encaminhamentos para hospitais psiquiátricos e emergências psiquiátricas. Tais achados se comparam a outros estudos realizados com relação ao processo de referência, porém desenvolvido em CAPSs tipos I e II.¹³

Considerando-se o papel estratégico dos CAPSs na construção de uma rede comunitária de cuidados, articuladas entre si, de forma a suprimir os hospitais psiquiátricos e de modo a constituir um conjunto de referências com capacidade de absorver e acolher os indivíduos em sofrimento psíquico,¹⁴ este tipo de encaminhamento não deveria fazer mais parte desse fluxo de atendimento. Nesse caso, a situação pode ser ainda mais preocupante, pois a rede de saúde pública apresenta dificuldade em disponibilizar leitos infantojuvenis em hospitais gerais, o que acarreta em insegurança por parte do atendimento psicossocial.

Considerando que no modo psicossocial⁴ existe uma necessidade de construção de uma rede comunitária de cuidados articulada e engajada no atendimento das necessidades dos indivíduos em sofrimento psíquico, a disponibilização de leitos em hospitais gerais é uma alternativa viável, que atende as exigências do Ministério da Saúde, que prevê essas unidades. Porém, acredita-se que a principal dificuldade para a implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, tanto para adultos quanto para crianças e adolescentes, não é somente o estigma incorporado e presente na cultura de uma sociedade, mas a limitação no que se refere à falta de uma política afirmativa para essas unidades.¹⁵

Compreende-se que a internação, quando necessária fora do CAPS, em leito de um hospital geral, contribui para a mudança de paradigmas, diminuindo o preconceito e estigmas que envolvem o indivíduo em sofrimento psíquico. Ela possibilita a integração da saúde como um todo, além de dispor de outros recursos terapêuticos que atendam a integralidade da saúde da criança e do adolescente.

Na emergência psiquiátrica, ou seja, nas situações em que os usuários apresentam um sofrimento intenso, como uma crise psíquica, é preciso ampliar conceitos e superar o olhar apenas episódico, de modo a promover um cuidado continuado. A crise psíquica faz parte do cotidiano dos sujeitos que estão constantemente lidando com momentos que geram desorganização em suas vidas.¹⁶

Nesta direção, torna-se cada vez mais relevante a necessidade de um novo modo de atenção e organização, orientado pela lógica territorial comunitária e pela articulação com os outros pontos da rede de atenção à saúde responsável pelas urgências e emergências, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Unidade de Pronto-atendimento (UPA), os quais podem conferir maior qualidade no cuidado e acompanhamento.¹⁷ Esta articulação reforça o processo de expansão da rede para além dos CAPSs, minimizando ou evitando internações e ampliando os recursos terapêuticos e integrando-a aos demais serviços no desafio da atenção ao cuidado que a criança e o adolescente ocupa.

É recente o reconhecimento de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. Em função disso, tem havido esforços no sentido de ampliar a resolutividade para tais problemas, assim como se faz necessária a melhoria da rede de serviços e das ações capazes de responder pela complexidade e níveis distintos de intervenção, esforçando-se para responder com efetividade às demandas da saúde mental infantojuvenil.⁴ A Atenção Básica tem sido considerada uma nova estratégia de cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes, sendo uma parceira no sistema de referência que também é mencionada nesse estudo.

Considera-se a Atenção Básica um lugar privilegiado para a construção de uma nova lógica de cuidados em saúde mental, já que por sua proximidade com a comunidade, são propícios o manejo e a resolutividade de muitas situações que possam se apresentar. Além disso, nestes serviços os profissionais e a comunidade se conhecem, estabelecem laços pessoais e criam canais para contato. Como consequência, lidar com saúde mental de crianças e adolescentes se torna menos problemático.¹²

Deve-se salientar que, para tornar essa articulação possível e visualizar uma assistência integral e resolutiva, é necessário que os serviços trabalhem de maneira integrada, que conheçam e qualifiquem o processo de referência e contrarreferência. Só assim será possível promover uma rede integral e satisfatória que possa compartilhar responsabilidades e, dessa forma, garantir maior amplitude e qualidade no atendimento às demandas que envolvem o sofrimento psíquico.

Dentre as articulações realizadas a partir do sistema de referência, foi mencionada ainda, a presença do médico. Por mais que o desejo pela obtenção de respostas imediatas ao sofrimento continue sendo depositado no medicamento e no saber da psiquiatria, nem sempre esse funcionamento pare-

ce sustentar a continuidade do cuidado em saúde mental, já que foca em atendimentos pontuais, que sanam queixas imediatas. Para além do reforço biomédico, o movimento a ser realizado deve ser para fora dos consultórios, assistidos no seu próprio território. Para tanto, é fundamental romper as barreiras das prescrições e encaminhamentos, para intervir no espaço social onde a comunidade vive e dentro do qual é proposto o trabalho em rede.¹

Desse modo, entende-se que o atendimento centralizado no profissional médico e as perspectivas de assistência voltadas ao controle e ao direcionamento de práticas especializadas em saúde devem ser superadas.

Quanto à contrarreferência, a maioria dos coordenadores informaram obter retorno da articulação com os diversos dispositivos presentes no território no qual o CAPSi está adscrito. A contrarreferência quando realizada de forma efetiva e coerente, com acompanhamento e devolução do caso, é vista como algo relevante na articulação da rede. Contudo, vale ressaltar que no cotidiano dos serviços essa lógica de organização ainda é frágil e pouco utilizada, como constatado nesse estudo. Os serviços mais mencionados, isto é, que fazem a contrarreferência, são os das Unidades Básicas de Saúde, seguidos do serviço de assistência social e os demais CAPSs.

De maneira geral, a lógica da corresponsabilização, do trabalho compartilhado, vem sendo tencionada a se sobrepor à lógica do mero encaminhamento, o que faz com que o atendimento não seja responsabilidade exclusiva daquele que recebe, mas exige-se a responsabilidade deste em compartilhar, acompanhar e retornar com as informações dos usuários que foram atendidos.

Nesta perspectiva, o sistema de referência e contrarreferência possibilita a articulação na rede de saúde entre os serviços disponibilizados pelo SUS, de forma a garantir acesso a todos os usuários.¹⁴ Com isso, as unidades de saúde passaram a ter maiores responsabilidades, uma vez que estas ficam incumbidas de não apenas realizar o encaminhamento, mas também da necessidade de pensar a continuidade do cuidado ao usuário. Isto requer que a atuação de todos os profissionais envolvidos esteja pautada no comprometimento com o sistema de contrarreferência e o agendamento de seu retorno, garantindo a resolutividade das demandas.⁵

Nesse sentido, destaca-se a importância da articulação entre serviços enquanto um desafio para a construção de redes psicossociais, em um país marcado por diversidades regionais e impas-

ses para consolidação de um cuidado que se pautar pela intersectorialidade. Um trabalho orientado pelo princípio da colaboração, a partir da referência e contrarreferência com os demais serviços de saúde envolvidos na assistência às crianças e adolescentes, requer ações-chave para alavancar a rede ampliada de atenção em saúde mental. Esta ação deve ser apoiada na perspectiva de acolher as diferentes ordens de problemas implicados nesse âmbito e ampliar o acesso, tendo como base o fundamento ético do cuidado em liberdade e territorial.⁴

Neste estudo, ao analisar o sistema de contrarreferência, foi possível observar que os serviços que menos somam nessa parceria são Redução de Danos (RD) e Serviço Residencial Terapêutico (SRT). A ausência de comunicação entre esses serviços e/ou profissionais que compõem a rede de atenção psicossocial e os CAPSis é também um aspecto que atua diretamente como inibidor do acesso e, conseqüentemente, aponta para a fragilidade na constituição da rede assistencial.¹⁸

Pode-se evidenciar que essa fragilidade no sistema de resposta à situação de saúde do usuário ou a articulação incipiente dos serviços investigados, se deve à falta de comunicação entre os trabalhadores dos serviços, ao desconhecimento sobre os serviços da rede ou ainda à carência de fluxos de cuidados mais responsáveis.

Consonante ao estudo em questão, em outra pesquisa realizada sobre a efetividade dos processos de referência e contrarreferência nos serviços de saúde de um município do sul do Brasil, os participantes do estudo relacionaram as dificuldades para a sua efetivação à ausência de retorno dos serviços para os quais o usuário foi referenciado e à falta de responsabilização dos profissionais envolvidos no cuidado. O estudo apontou a necessidade de trabalhar em redes com vistas a oferecer ao usuário cuidado integral e de sensibilização/capacitação em atuação multiprofissional e interdisciplinar.¹⁹

Nesse contexto, emerge a defesa por um percurso terapêutico de assistência que pautar novas propostas e estratégias de cuidado aos que sofrem psicicamente, privilegie tecnologias de cuidado e valorize singularidades dos sujeitos, preconizando a inserção social. Nesse contexto psicossocial, o cuidado é orientado para a construção de vínculos, acolhimento, práticas criativas que incluem o território e as relações sociais dos sujeitos.²⁰

Desse modo, os CAPSis são locais importantes de acolhimento para crianças que necessitam de tratamento; no entanto, para que o sistema de referência e contrarreferência seja eficaz, os diferentes

serviços que as recebem devem ter conhecimento das condições clínicas da criança.

Os serviços que prestam atendimento em saúde mental infantojuvenil devem adotar uma função social que supere o fazer técnico do cuidado, ou seja, devem realizar ações de acolhimento, de escuta e cuidado. Eles devem também possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida da criança e do adolescente portadores de sofrimento mental, tendo-os como um ser integral, com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade. Isto implica em uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu estado de saúde.¹⁶

Assim, salienta-se que para que o cuidado psicossocial seja efetivo, ele depende de uma rede complexa e que, somente a saúde mental não contempla todos os recursos necessários. Por isso a necessidade de articular-se com as diversas instituições sociais,²¹ pois entende-se que percurso do sujeito e o restabelecimento de sua saúde precisa se dar na vida em sociedade, que se faz no cotidiano, nas trocas, nos envolvimento, nas negociações, nos pensamentos e nas relações entre os sujeitos. Um sistema de referência bem definido e realizado pela rede de saúde contribui para o fortalecimento de ações no campo da atenção psicossocial.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou descrever as articulações que são desenvolvidas entre os CAPSis e os demais serviços que compõem a rede de saúde, através do sistema de referência e contrarreferência. Os resultados encontrados indicam que os CAPSis estão conseguindo realizar as ações voltadas à saúde mental infantojuvenil de forma articulada com os demais serviços, destacando-se os outros CAPSs, Unidades Básicas de Saúde, hospitais gerais, unidade de pronto atendimento e emergências. Visualizou-se com isso a possibilidade da saúde mental da criança e do adolescente ser incluída no escopo das ações de cuidado para a rede de saúde e não mais ser restrita ao universo especializado do CAPSi.

Os serviços estudados apresentaram uma lógica de organização da atenção condizente com as diretrizes preconizadas pela legislação de saúde mental, que caminha para um modelo de saúde mental compatível com o modo psicossocial na maioria das articulações que estabelecem com outros serviços. Os CAPSis caminham para a construção de uma rede alternativa, que inclui outros

serviços de saúde e recursos da comunidade. Por outro lado, trabalhar na perspectiva da referência e contrarreferência vai além de realizar parcerias com os dispositivos existentes no território. Isto porque se visualiza a necessidade de compreensão de que referência não é encaminhamento, somente e que é preciso fortalecer as relações entre trabalhadores e serviços por meio do diálogo, para que se possa enxergar o sujeito e cuidá-lo de maneira integral. Ao mesmo tempo, é preciso fortalecer a organização da referência e contrarreferência para garantir coerência com a lógica da atenção psicossocial.

Torna-se evidente que o cuidado integral e a corresponsabilização das equipes de saúde, no que se refere ao sistema de referência – referência e contrarreferência, são necessários e fundamentais nos fluxos de atendimento, pois promovem um cuidado de forma mais digna, no seu território e contexto social. Desse modo, viabiliza-se o resgate de autonomia, de cidadania e do direito de ter cuidado efetivo e com apoio da rede de cuidado em saúde. Nesse sentido, considera-se que o CAPS infantojuvenil dispõe de estratégias preocupadas com a atenção integral a crianças e adolescentes, envolvendo ações, não somente no âmbito da clínica, mas que, também, promovam ações intersetoriais.

Sendo assim, este estudo trouxe contribuições para um campo teórico e prático pouco explorado, além de evidências de que existem dificuldades que precisam ser superadas pelos profissionais e gestores enquanto facilitadores que atuam na saúde mental infantojuvenil, no campo da articulação com os demais serviços da rede. Especialmente no que tange a identificar os fatores que potencializam, obstaculizam ou fragmentam a articulação entre as ações e serviços, este estudo pode ser de grande auxílio para ampliar a discussão e construir um serviço mais adequado a essa população.

Destacam-se como limitação do estudo as dificuldades envolvidas na realização da pesquisa, como limites na coleta de dados: alguns dos coordenadores não completaram todos os módulos do questionário, optando por deixar em branco, ou não responderam por opção própria; havia uma maior concentração de serviços em um dos três Estados da Região Sul; tempo dilatado de coleta de dados (um ano e cinco meses) devido à precariedade ou inexistência de rede de *internet* nos serviços ou dificuldades de preenchimento do questionário.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para se repensar o caminho a seguir, no que diz respeito à assistência integral à saúde infantojuvenil, através do sistema de referência e

contrarreferência da rede de atenção psicossocial. Isto implica em um fluxo atento de cuidados que promova projetos singulares, atendendo às demandas das crianças, adolescentes, familiares e comunidade, contribuindo para a sua [re]integração na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos FG, Cartaxo CMB. Saúde mental em rede: uma análise de território. ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 15]; 6(1):113-24. Available from: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1846/1290>
2. Macedo JQ, Lima HP, Alves MDS, Luis MAV, Braga VAB. Practices in mental health services: interface with professionals' satisfaction. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 Out-Dez [cited 2014 Jan 28]; 22(4):999-1006. Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400016
3. Bastos IT, Sarubbi Jr V, Oliveira TGP, Delfini PSS, Muylaert CJ, Reis AOA. Identity of care in a psychosocial care center for children and adolescents who uses drugs. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(Esp2):121-7.
4. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. Psicologia Clín. 2015. 27(1):17-40.
5. Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. Rev Enferm UFSM. 2011 Jan-Abr; 1(1):31-40.
6. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(Suppl 3):3579-86.
7. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. Saúde Debate. 2014 Out-Dez; 38(103):733-43.
8. Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda AC, Araújo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. Rev Bras Enferm. 2014; 67(1):104-10.
9. Kantorski LP, Jardim VMR, Quevedo ALA. Assessment of the structure and process of psychosocial care centers of southern Brazil. Cienc Cuid Saude. 2013 Oct-Dec; 12(4):728-35.
10. Poole DL, Snyder NS. Pathways to health and mental health care. In: Watkins JM. Social workers' desk reference. Oxford (US): University Press; 2015.
11. Leal BM, Antoni C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersectorialidade. Aletheia. 2013; (40):87-101.

12. Delfini PSS, Reis AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 Fev [cited 2016 Dec 30]; 28(2):357-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/14.pdf>.
13. Clementino FS, Miranda FAN, Martiniano CS, Marcolino EC, Pessoa Junior JM, Dias JA. Avaliação de estrutura organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de Campina Grande, Paraíba. *Rev Bras Cien Saúde*. 2016; 20(4):261-8.
14. Gonçalves CFG, Silva LMP, Pitanguí ACR, Silva CC, Santana MV. Network action for the care of adolescent victims of violence: challenges and possibilities. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Oct-Dec [cited 2016 Jun 23]; 24(4):976-83. Available in: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/0104-0707-tce-201500004580014.pdf>
15. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. Secondary health care: best practices in the health services network. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013 Jan-Feb [cited 2016 Jun 22]; 21(Spec):131-139. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf
16. Oliveira NA, Ribeiro MHL, Coimbra VCC. Saúde Mental infantojuvenil em Pelotas: relato de experiência. *J Nurs Health*. 2012; 2(Suppl):291-300.
17. Silva MLB, Dimenstein MDB. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arq Bras Psicol*. 2014; 66(3):31- 46.
18. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(4):1283-93.
19. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Hallenges of referral and counter-referral in health care in the Workers' perspective. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 Jan-Mar [cited 2016 Jun 23]; 21(1):1-8. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/758/43350-174717-1-pb.pdf>
20. Dutra VFD, Oliveira RMP. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Aquichan* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 23]; 15(4):529-40. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n4/v15n4a08.pdf>
21. Souza J, Kantorski LP, Pinho LB. Reforma Psiquiátrica, movimento antimanicomial e o modelo de reabilitação psicossocial: conversando sobre liberdade e cidadania. *Rev Enferm UFPE*. 2009 Jul-Set; 3(3):330-6.

Correspondência: Naiana Alves Oliveira
Faculdade de Enfermagem
Rua: Gomes Carneiro, n. 1
96010-610 – Pelotas, RS, Brasil
E-mail: naivesoli@gmail.com

Recebido: 18 de julho de 2014
Aprovado: 12 de maio de 2015