



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

**BEATRIZ ROCHA MOURA**

***FAZENDO HISTÓRIA: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
INFANTOJUVENIS III DA CIDADE DE SÃO PAULO***

São Carlos

2022



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

**BEATRIZ ROCHA MOURA**

***FAZENDO HISTÓRIA: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
INFANTOJUVENIS III DA CIDADE DE SÃO PAULO***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos para a obtenção do título de Doutora em Terapia Ocupacional.

Linha de Pesquisa: Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental.

Orientação: Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura

Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

São Carlos

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

---

Folha de Aprovação

---

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Beatriz Rocha Moura, realizada em 16/09/2022.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura (UFSCar)

Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto (UFRJ)

Profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin (USP)

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado (UFRJ)

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

Dedico este trabalho a toda a rede IJ paulistana, por todos os encontros, construções, aprendizados e lutas vivenciadas em prol de uma atenção psicossocial para crianças e adolescentes justa, libertária, inventiva, afetiva e territorial

## AGRADECIMENTOS

*Primeiramente, agradeço aos 10 anos de experiência como trabalhadora e gestora em serviços públicos de saúde mental na rede paulistana. Sem as construções, inquietações e afetações vivenciadas nessa caminhada esta tese não seria possível.*

*A todas as pessoas que participaram da pesquisa, que se colocaram muito receptivas e disponíveis, compartilharam suas vivências com muito afeto, abertura e transparência. Foi um prazer e uma alegria ouvir cada uma e cada um de vocês.*

*À minha querida orientadora, Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura, que com presença e amorosidade me ensinou os caminhos para a realização de pesquisas qualificadas tanto metodologicamente, quanto ética e politicamente. A ela, toda minha gratidão.*

*Aos componentes da banca, Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto, Profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin, Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado e Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid, que com respeito, seriedade e cuidado, trouxeram preciosas contribuições, guiando os caminhos para a construção deste trabalho.*

*À Universidade Federal de São Carlos, por ser minha casa desde a graduação, e ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, por oportunizar e sustentar minha trajetória como pesquisadora.*

*Às professoras e colegas do La Follia – Laboratório de Terapia Ocupacional e Saúde Mental, por todas as trocas e contribuições desde a concepção desta pesquisa.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por todo o apoio, incentivo e financiamento.*

*Aos meus amigos e familiares que foram afeto, apoio e incentivo e que compreenderam minhas ausências em tantos momentos deste percurso.*

*Aos meus pais, Dolores e Daniel, por sempre acreditarem em mim. À minha avó Gracinda e minha mãe que durante minha criação sempre me inspiraram a estudar e me ensinaram a lutar pelos meus sonhos.*

*Ao Beto, meu companheiro de vida, por todo apoio, amor e compreensão nesses anos de Doutorado. Sua presença amorosa e divertida deixou muito mais leve essa caminhada.*

*À tão sonhada notícia da minha gestação, que chegou como um presente no processo de finalização desta tese.*

## RESUMO

As políticas públicas de saúde mental infantojuvenil se consolidaram tardiamente no cenário da saúde pública brasileira, iniciando sua construção apenas no ano de 2002, com a criação dos Centros Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij). Apesar dos avanços realizados nas últimas duas décadas, verifica-se que a atenção à crise de crianças e adolescentes é brevemente abordada nos documentos norteadores do Ministério da Saúde, evidenciando uma lacuna de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial a essa população. O CAPSij III, com funcionamento 24 horas, tem se apresentado como um potente equipamento para esse cuidado e, apesar de não ser previsto nas portarias ministeriais, a cidade de São Paulo tem investido na implantação destes serviços. Esta pesquisa objetivou resgatar a história de implantação dos CAPSij III na cidade de São Paulo e compreender a função destes equipamentos na atenção à crise de crianças e adolescentes na RAPS paulistana. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que faz uso da Triangulação de Métodos e que é composta por dois estudos. No estudo 1, utilizou-se o método História Oral Híbrida e contou-se com a participação de nove componentes da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e uma das primeiras gerentes do primeiro CAPSij III. O estudo 2 é do tipo levantamento, exploratório e descritivo, e contou com a participação de seis gerentes dos CAPSij III da cidade de São Paulo. Para ambos os estudos, o método de análise de dados utilizado foi a Análise de Conteúdo. Os resultados do estudo 1 revelam que o primeiro CAPSij III foi idealizado por componentes da Área Técnica que apostaram na construção deste equipamento como um substitutivo à internação de crianças e adolescentes, possibilitando a oferta de um cuidado integral e territorial. Após essa primeira experiência foi proposta a expansão dos CAPSij III, com a implantação de um CAPSij III por Coordenadoria Regional de Saúde. Este estudo revelou também que a decisão e implicação do gestor com a Reforma Psiquiátrica, a presença de governos democráticos participativos, o encerramento de convênios com Hospitais Psiquiátricos, juntamente ao investimento nos CAPSij III, foram pontos-chaves para que se efetivasse um processo de transformação no cuidado à crise. Já o estudo 2 traz em seus resultados uma caracterização dos atuais CAPSij III da cidade de São Paulo, explícita como se dá o processo de acolhimento integral nos serviços, o fluxo de acesso, a dinâmica de trabalho, as estratégias de cuidado e o compartilhamento dos casos com os CAPSij II, desvelando as potencialidades e as dificuldades vivenciadas pelos CAPSij III na atenção à crise de crianças e adolescentes. São elencados, ainda, alguns pontos importantes para a efetivação de boas práticas nos CAPSij III, como compreensão psicossocial da crise, a presença de profissionais de equipe multi à noite e aos fins de semana, o protagonismo e a participação dos usuários e familiares em todo o processo de cuidado, construção de um cuidado efetivamente compartilhado entre CAPSij II e CAPSij III e investimento em espaços coletivos como reuniões e supervisão clínico-institucional a todos os profissionais da equipe. Por meio do diálogo entre os resultados de ambos os estudos, também foram destacadas as complexidades presentes no cuidado a esta população como a internação de crianças e adolescentes, o uso da contenção nos CAPSij III, as dificuldades vivenciadas com a rede e a judicialização dos casos. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o avanço do campo, inspirar e apoiar a implantação de mais CAPSij III em todo Brasil, oferecendo respaldo para a construção de políticas públicas condizentes com as necessidades de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, além de apontar questões para estudos futuros.

**Palavras-chaves:** políticas públicas; serviços comunitários de saúde mental; centro de atenção psicossocial infantojuvenil; intervenção na crise; criança; adolescente; terapia ocupacional.

## ABSTRACT

Public policies on children's and youth mental health were consolidated late in the Brazilian public health scenario, starting their construction only in 2002, with the creation of the Children and Youth Psychosocial Care Centers III (CAPSij). Despite the advances made in the last two decades, it is verified that attention to the crisis of children and adolescents is briefly addressed in the guiding documents of the Ministry of Health, evidencing a gap in the Psychosocial Care Network for this population. CAPSij III, with 24-hour operation, has been presented as a powerful equipment for this care, and despite not being provided in the ministerial ordinances, the city of São Paulo has invested in the implementation of these services. The research aimed to rescue the history of implementation of CAPSij III in the city of São Paulo and to understand the function of these tools in the attention to the crisis of children and adolescents at the RAPS from São Paulo. It is a qualitative research that utilizes the Triangulation of Methods and is composed of two studies. In the study 1, the Hybrid Oral History method was used and had the participation of nine components of the Technical Area of Mental Health of the Municipal Health Department of São Paulo and one of the first managers of the first CAPSij III. The study 2 is a survey, exploratory and descriptive study, with the participation of six CAPSij III managers from the city of São Paulo. For both studies, the data analysis method used was Content Analysis. The results of the study 1 reveal that the first CAPSij III was conceived by components of the Technical Area who believe in the construction of this equipment as a substitute for the hospitalization of children and adolescents, enabling the provision of comprehensive and territorial care. After this first experience, the expansion of CAPSij III was proposed, with the implementation of one CAPSij III per Regional Health Coordination. This study also revealed that the decision and involvement of the manager with the Psychiatric Reform, the presence of democratic-participatory governments, the closing of agreements with Psychiatric Hospitals, together with the investment in CAPSij III were key points for a process of transformation in crisis care to be effective. The study 2, on the other hand, presents as results a characterization of the current CAPSij III in the city of São Paulo, it explains how the process of integral reception in the services takes place, the access flow, the work dynamics, the care strategies and the sharing of cases with CAPSij II, revealing the potential and difficulties experienced by CAPSij III in the attention to the crisis of children and adolescents. Also, some important points are listed for the implementation of good practices in CAPSij III, such as psychosocial understanding of the crisis, the presence of multi-team professionals at night and on weekends, the protagonism and participation of users and family members throughout the care process, construction of care effectively shared between CAPSij II and CAPSij III and investment in collective spaces such as meetings and clinical-institutional supervision for all team professionals. Through the analysis of the results of both studies, the complexities present in the care of this population were also highlighted, such as the hospitalization of children and adolescents, the use of restraint in CAPSij III, the difficulties experienced with the network and the judicialization of cases. It is expected that this research might contribute to the advancement of the field, inspire and support the implementation of more CAPSij III throughout Brazil, offering support for the construction of public policies consistent with the needs of children and adolescents in psychological distress, in addition to address important issues to future studies.

**Keywords:** public policies; community mental health services; child and adolescent psychosocial care center; crisis intervention; child; adolescent; occupational therapy.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Informações sobre os gestores participantes .....	87
Quadro 2 - Informações sobre os CAPSij III .....	88
Quadro 3 - Dados gerais dos CAPSij III .....	184
Quadro 4 - Faixa etária e serviços encaminhadores .....	185
Quadro 5 - Composição das equipes .....	187



## **SIGLAS**

AB - Atenção Básica

AD - Álcool e outras drogas

AMA - Assistência Médica Ambulatorial

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAC - Autorização de Procedimentos de Alto Custo

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial Tipo 1

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial Tipo 2

CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial Tipo 3

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência

CAPSij II - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Tipo 2

CAPSij III - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Tipo 3

CAPSij - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Tipo 3

CAPS AD IV - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Tipo 4

CAPSij AD III- Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Álcool e Drogas Tipo 3

CAPS Adulto - Centro de Atenção Psicossocial Adulto

CECCO - Centro de Convivência e Cooperativa

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CID - Classificação Internacional de Doenças

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CONANDA - Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional dos Direitos das crianças e dos adolescentes

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

COVID – Doença do coronavírus (*Coronavirus disease*)

CR - Consultório na Rua

CRAS - Centro de Referência em Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CRM - Conselho Regional de Medicina

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

DEIJ - Departamento de Execuções Infância e Juventude

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF - Estratégia Saúde da Família

FEBEM - Fundação para o Bem-Estar do Menor

HDi - Hospital Dia Infantil

HG - Hospital Geral

IJ - Infantojuvenil

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NPJ - Núcleo de Proteção Jurídico

OSS - Organização Social de Saúde

PA - Pronto Atendimento

PAI - Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental

PAS - Plano de Atendimento à Saúde

PICs - Práticas Integrativas Complementares

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PS - Pronto-Socorro

RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RD - Redução de Danos

RH - Recursos Humanos

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAICA - Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMADS - Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social

SM - Saúde Mental

SMIJ - Saúde Mental Infantojuvenil

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SPVV - Serviço de Proteção a Vítimas de Violência

SMS/SP - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

SRT - Serviço de Residência Terapêutica

STS - Supervisão Técnica de Saúde

SUDS - Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TO - Terapeuta ocupacional

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TLP - Tabela de Lotação Pessoal

UA - Unidade de acolhimento

UAij - Unidade de Acolhimento Infantojuvenil

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UNAD - Unidade de Atendimento ao Dependente

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VII - Vara da Infância e Juventude

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	16
INTRODUÇÃO .....	19
1. CAPÍTULO 1 - REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	21
1.1. Reforma Psiquiátrica Brasileira .....	21
1.2. Atenção psicossocial e suas dimensões .....	25
2. CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.....	38
2.1. Políticas Públicas em Estados Democráticos .....	38
2.2. Antecedentes históricos para a constituição de uma política pública de saúde mental infantojuvenil no Brasil .....	42
2.3. A inserção da infância e adolescência no cenário das Políticas Públicas de Saúde Mental....	46
2.4. Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil e os princípios da Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes .....	48
2.5. A Rede de Atenção Psicossocial e o cuidado de crianças e adolescentes .....	56
3. CAPÍTULO 3 - ATENÇÃO À CRISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES .....	64
3.1. O lugar da atenção à crise de crianças e adolescentes na RAPS .....	64
3.2. Crise psicossocial na infância e adolescência .....	67
3.3. Revisão de literatura: Atenção à crise de crianças e adolescentes em serviços comunitários de saúde mental.....	69
4. CAPÍTULO 4 - OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III .....	73
4.1. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis III .....	74
4.2. Levantamento sobre CAPS III.....	76
OBJETIVOS .....	80
1. Geral.....	80
2. Específicos .....	80
DELINEAMENTO E CONDUÇÃO DA PESQUISA .....	81
1. Tipo de estudo e abordagem.....	81
ESTUDO 1 - História dos CAPSij III da cidade de São Paulo .....	82
1. Método .....	82
2. Participantes .....	82
3. Local .....	84
4. Instrumentos.....	84
4.1. Roteiros de Entrevistas Semiestruturadas .....	84
5. Procedimentos .....	85
5.1. Procedimentos éticos.....	85
5.2. Localização e contato com os participantes .....	85

6. Coleta dos dados .....	86
7. Análise dos Dados.....	86
ESTUDO 2 – Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis III.....	87
1. Método .....	87
2. Participantes .....	87
3. Local .....	88
4. Instrumentos e Materiais .....	89
4.1. Ficha de Caracterização.....	89
4.2. Roteiro de entrevista semiestruturada.....	89
4.3. Materiais.....	89
5. Procedimentos .....	90
5.1. Procedimentos éticos.....	90
5.2. Elaboração e Adequação dos instrumentos.....	90
5.3. Localização dos participantes e contato com as unidades.....	91
6. Coleta dos dados .....	91
7. Análise dos Dados.....	91
RESULTADOS E DISCUSSÃO ESTUDO 1 - HISTÓRIA DOS CAPSIJ III DA CIDADE DE SÃO PAULO .....	92
1. IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CAPSIJ III DO BRASIL .....	94
1.1. Antecedentes históricos da atenção à saúde mental infantojuvenil paulistana .....	95
1.2. Processo de implantação dos primeiros CAPS III da cidade de São Paulo .....	97
1.3. Proposta de construção do primeiro CAPSij III.....	105
1.4. O primeiro CAPSij III .....	109
2. EXPANSÃO DOS CAPSIJ III .....	130
2.1. Motivadores para ampliação dos CAPSij III .....	131
2.2. Facilitadores para ampliação dos CAPSij III.....	134
2.3. Cenário social e político que favoreceu a expansão dos CAPSij III .....	138
2.4. Processo político para implantação dos CAPSij III .....	140
2.5. Processo de ampliação dos CAPSij III .....	143
2.6. Hospitais Gerais e a Saúde Mental Infantojuvenil .....	146
2.7. Protocolos, fluxos e a construção da Portaria Municipal de CAPSij III.....	150
2.8. Habilitação e estrutura dos CAPSij III .....	165
3. INFORMAÇÕES ATUAIS CAPSij III.....	169
3.1. Número atual de CAPSij II e CAPSij III .....	170
3.2. Documentos norteadores e parâmetros CAPSij III .....	171
3.3. Referências Hospitalares .....	173
3.4. Função dos CAPSij III na RAPS .....	173

4. OUTRAS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO À CRISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES .	179
RESULTADOS E DISCUSSÃO ESTUDO 2 - OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS III .....	184
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CAPSIJ III .....	184
2. DINÂMICA DE TRABALHO DOS CAPSij III.....	190
2.1. Rotina de trabalho .....	190
2.2. Estratégias de Comunicação entre os profissionais do noturno e do diurno.....	193
2.3. Relação equipe técnica e equipe de enfermagem.....	200
3. ACOLHIMENTO INTEGRAL EM CAPSij III .....	204
3.1. Principais razões de solicitação do acolhimento integral .....	204
3.2. Fluxograma de encaminhamento ao CAPSij III .....	209
3.3. Construção do PTS e compartilhamento do cuidado entre CAPSij II e CAPSij III .....	219
3.4. Estratégias de cuidado no acolhimento integral.....	227
3.5. Articulações com a rede durante o período de acolhimento integral.....	234
3.6. Decisão do término do período de acolhimento integral.....	240
4. POTENCIALIDADES E DIFICULDADES DOS CAPS IJ III.....	243
4.1. Potencialidades dos CAPSij III .....	244
4.2. Dificuldades dos CAPSij III .....	253
4.3. Sugestões dos gerentes .....	262
DIALOGANDO NAS COMPLEXIDADES.....	273
1. REPRODUÇÕES DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO .....	273
1.1. Internação de crianças e adolescentes.....	276
1.2. Uso da contenção nos CAPSij III.....	295
2. REPRODUÇÕES DO PARADIGMA MENORISTA TUTELAR.....	305
2.1. Dificuldades vivenciadas com a rede ampliada .....	308
2.2. Judicialização dos casos .....	312
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	323
REFERÊNCIAS.....	328
APÊNDICES.....	342

## APRESENTAÇÃO

Esta tese é resultado das experiências vivenciadas ao longo da minha trajetória profissional no campo da saúde mental. Minha aproximação com a saúde mental se inicia durante minha graduação em Terapia Ocupacional, mas a escolha por essa área de atuação se deu em 2008, com meu ingresso no Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental do CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira.

Em 2009, inicio minha primeira experiência profissional, compondo uma equipe de saúde mental na Atenção Básica na periferia da zona leste de São Paulo. Foi ali que meus olhos começaram a brilhar mais intensamente para a saúde mental infantojuvenil, tornando-me referência, na equipe, para os casos de crianças e adolescentes. Desde lá, as questões que envolviam as realidades dos territórios, da rede, das escolas e das famílias produziam muitas inquietações, levando-me a buscar novos conhecimentos e ferramentas que pudessem contribuir com a minha prática profissional, como a Terapia Comunitária e a Especialização em Intervenção e prática sistêmica com famílias.

Durante o período da Especialização, além desse trabalho na Atenção Básica, também comecei a atuar em um CAPS Adulto, e essa experiência me moveu a escrever, como tema do meu trabalho de conclusão de curso de especialização, sobre o trabalho com famílias realizado nos CAPS.

Em 2012, assumo a coordenação de um CAPS Infantojuvenil, também na zona leste de São Paulo. Estive nessa função de 2012 a 2019, e posso dizer que essa foi certamente a experiência mais potente, intensa e desafiante de toda a minha trajetória profissional.

Durante esses 7 anos no CAPSij, a atenção à crise sempre foi uma das questões que mais me inquietou, tanto pela dificuldade da rede em acolher efetivamente as crianças e os adolescentes, quanto pelas próprias dificuldades vivenciadas com nossa equipe em ofertar um cuidado psicossocial nessas situações.

Eu me lembro que, muitas vezes, nossa equipe não conseguia sustentar a complexidade e a intensidade das situações de crise e acabava caindo em respostas biomédicas que simplificavam o sofrimento, como “deve ser a medicação, vamos agendar uma consulta com psiquiatra” ou “não dá para cuidar aqui, ele precisa de uma internação”.

Foi um longo processo de investimento em discussões, reflexões e desconstruções para que nossa equipe pudesse reconhecer a potência do cuidado territorial à crise, construindo um



trabalho coletivo alinhado à lógica psicossocial, capaz de sustentar as situações de crise sem violar direitos ou reproduzir violências.

E foi mobilizada por essa experiência que, em 2016, ingressei no mestrado no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar, desenvolvendo o tema “A Atenção à Crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis” sob a perspectiva de gerentes e familiares.

Durante o período de realização do mestrado, mantive-me na coordenação do CAPSij. Então, em 2017, passamos a contar com a presença de um CAPSij III em nossa região para compor o cuidado às situações de crise de nossos usuários. A inserção deste equipamento na RAPS melhorou significativamente a atenção à crise do nosso território e reduziu drasticamente o uso de serviços de emergência. A principal potência que vivenciamos com esse serviço era a inclusão da lógica psicossocial no cuidado à crise, não somente no acolhimento ofertado diurnamente pela nossa equipe, mas para aqueles usuários que também demandavam que este acolhimento fosse estendido para o período noturno.

Trabalhando na rede, foi visível para mim como a presença do CAPSij III qualificou o cuidado às situações de crise de crianças e adolescentes. Nas ocasiões que os usuários demandavam uma intensidade de cuidado, o CAPSij III era acionado para compor esse cuidado conosco. Durante o dia, o usuário ficava intensivo no nosso serviço e, à noite, no CAPSij III. Com isso, mantínhamos o usuário próximo à equipe com a qual ele já possuía vínculo, e conseguíamos ofertar a continuidade do cuidado, por meio da acolhida noturna em um serviço que também operava na lógica psicossocial. Esse compartilhamento do cuidado enriquecia o olhar para a dinâmica dos usuários, de suas relações e contextos de vida, ampliando as possibilidades de cuidado territorial.

Além de toda essa potência, também vivenciávamos dificuldades de comunicação entre os serviços, atravessamento dos casos pelo Poder Judiciário, falta de parceria com alguns equipamentos da rede, entre outros desafios.

E assim, vivendo no meu dia a dia as transformações no cuidado aos usuários promovidas pelos investimentos na rede de saúde mental infantojuvenil paulistana, é que decido, em 2018, ingressar no doutorado (Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos) e pesquisar sobre a função dos CAPSij III na RAPS, além de resgatar a história de implantação destes equipamentos na cidade de São Paulo.

A escolha por este Programa de Pós-Graduação se deu pelo importante vínculo que possuo com a UFSCar (universidade na qual me graduei) e também pela presença do La Follia,

Laboratório de Terapia Ocupacional e Saúde Mental, cujas pesquisas têm se debruçado tanto sobre o núcleo da TO quanto sobre o campo da saúde mental, com um destaque especial à infância e adolescência. Apesar de a presente pesquisa não focalizar especificamente o núcleo da TO, ela traz avanços significativos para o campo da saúde mental. Um campo interdisciplinar, com o qual a TO tem contribuído desde o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental até os dias atuais, propondo uma prática centrada no sujeito, em sua autonomia, cidadania, cotidiano e território. Uma prática que se encontra alinhada aos pressupostos da atenção psicossocial, contribuindo sobremaneira para os avanços no campo da saúde mental, avanços estes que são objetivos da presente pesquisa.

Para mim, esta tese é um presente em minha trajetória profissional e acadêmica, pois ela representa um significativo caminho de crescimento e aprendizado, vivenciado coletivamente com a equipe do CAPSij, os usuários, os familiares, o território e toda a rede. Esta tese também é uma maneira de agradecer à rede de saúde mental infantojuvenil paulistana por todas as discussões, compartilhamentos e lutas que pudemos tecer juntos ao longo desses anos, e também a todos os profissionais da Área Técnica que estiveram à frente da gestão municipal e que desejaram, sonharam, lutaram e investiram na construção de uma rede capaz de sustentar o cuidado psicossocial a crianças e adolescentes.

Desta forma, venho apresentar, aqui, a versão final da pesquisa intitulada “*Fazendo história: Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis III da cidade de São Paulo*” orientada pela Professora Doutora Thelma Simões Matsukura.

## INTRODUÇÃO

Para responder aos objetivos propostos, a presente pesquisa de doutorado é composta de 2 estudos: *Estudo 1 – A história dos CAPSij III da cidade de São Paulo*; *Estudo 2 – Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis III*.

O material apresentado está dividido da seguinte maneira: capítulos iniciais (1, 2, 3 e 4) Objetivos, Métodos (Estudo 1 e Estudo 2), Resultados e Discussão (Estudo 1, Estudo 2 e Dialogando nas Complexidades), Considerações Finais e Referências.

Em relação aos capítulos iniciais, o capítulo 1 apresenta a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Dimensões da Atenção Psicossocial; o capítulo 2 se debruça sobre as Políticas Públicas, trazendo as diferenças entre os Projetos Políticos; faz uma retomada histórica da Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) e a constituição das Políticas Públicas para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico no Brasil.

O capítulo 3 tece reflexões sobre a atenção à crise de crianças e adolescentes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), apresenta uma compreensão sobre crise psicossocial na infância e adolescência, além de trazer os resultados de uma revisão de literatura nacional e internacional sobre atenção à crise de crianças e adolescentes em serviços comunitários de saúde mental. O capítulo 4 aborda a função dos CAPS III na RAPS, o pioneirismo da cidade de São Paulo ao implantar os CAPSij III, e traz ainda um levantamento da literatura sobre os CAPS III, que complementa o conjunto de justificativas que sustentam a relevância desta pesquisa. Este montante de capítulos compõe o referencial teórico e conceitual utilizado pela pesquisadora na discussão dos resultados apresentados nos estudos.

Na sequência, são apresentados os Objetivos Gerais e Específicos do trabalho, o Delineamento e Condução da Pesquisa e os Métodos utilizados em cada um dos estudos.

Em seguida, são apresentados separadamente os Resultados e Discussões do Estudo 1 e do Estudo 2.

O Estudo 1 traz a história dos CAPSij III da cidade de São Paulo, apresentando o processo de implantação do primeiro serviço e também o processo de expansão e implantação de outros CAPSij III na cidade. Além de revelar os pontos-chaves que possibilitaram uma transformação social a partir da atenção à crise de crianças e adolescentes em uma cidade da complexidade de São Paulo.

O Estudo 2 caracteriza os CAPSij III da cidade, apresentando a dinâmica de trabalho dos serviços, como se dá o acolhimento integral, a parceria com os CAPSij II e outros

equipamentos da rede, além das potencialidades e dificuldades vivenciadas pelos serviços. Os resultados deste estudo também evidenciam pontos importantes para a efetivação de boas práticas em CAPSij III.

O capítulo final propõe a discussão de temas complexos da SMIJ, dialogando com os resultados dos Estudos 1 e 2 e refletindo sobre as reproduções do paradigma psiquiátrico e do paradigma menorista tutelar, a partir da internação de crianças e adolescentes, do uso da contenção nos CAPSij III, das dificuldades vivenciadas com a rede e da judicialização dos casos.

Por fim, são apresentadas as Considerações Finais, as referências utilizadas nesta pesquisa, assim como os Apêndices.

## **1. CAPÍTULO 1 - REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

### **1.1. Reforma Psiquiátrica Brasileira**

Em meados da década de 1970, o surgimento de lutas sociais por melhorias nas condições de vida na periferia das grandes cidades, como transporte, moradia, saneamento básico e saúde, aqueceram o cenário político brasileiro, mobilizando ações coletivas e o surgimento de novos sujeitos políticos, que fortaleceram a luta contra a ditadura militar e em prol da democracia (YASUI, 2010).

O Movimento da Reforma Sanitária surge nesse contexto, como um processo político que apresenta três direcionamentos e estratégias de luta: a politização da questão da saúde, compreendendo que transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social; a alteração da legislação vigente, a fim de viabilizar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e a necessidade de mudanças nas práticas institucionais, com perspectivas democráticas (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995 apud YASUI, 2010)

No interior desse processo mais amplo, surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica, a partir da mobilização de trabalhadores no cotidiano das instituições psiquiátricas e nas universidades, buscando politizar a questão da saúde mental, por meio de questionamentos dos conceitos fundantes da psiquiatria, suas instituições e sua função ideológica de controle (YASUI, 2010).

As experiências de reformas psiquiátricas em outros países, como a antipsiquiatria na Inglaterra e psiquiatria democrática na Itália, bem como a vinda de importantes autores como Michel Foucault, Robert Castel, Erving Goffman, Felix Guatarri e Franco Basaglia a congressos brasileiros, inspiraram os trabalhadores da saúde mental a tornar visíveis para a sociedade as práticas de violência cometidas no interior das instituições psiquiátricas. A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) foi sendo construída por esses atores, que vivenciaram a violência nessas instituições, as contradições de suas práticas, e acreditavam na transformação dessa realidade (YASUI, 2010).

Surge então, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, após uma greve realizada por médicos psiquiatras na Divisão Nacional de Saúde Mental, agregando trabalhadores de outras instituições, que passaram a participar de eventos, congressos e encontros, divulgando seus protestos e denúncias (AMARANTE, 1998). Um movimento que contestou o modelo psiquiátrico clássico e as práticas desumanas, violentas e abusivas que

ocorriam nas instituições manicomiais, propondo a desinstitucionalização como estratégia de superação do modelo asilar (AMARANTE, 1995).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e em 1987 foi criado o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), que abriu possibilidades para que estratégias locais inovadoras surgissem. Todo esse processo deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, em 1990 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

Após essa importante Conferência, o estado de São Paulo investiu em Hospitais Psiquiátricos próprios, contratando profissionais e ampliando a rede extra-hospitalar. Esses jovens profissionais, repletos de entusiasmo e desejo de transformação, implantaram os novos serviços e organizaram na cidade de São Paulo a Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental, somando a luta com diversas entidades. Parte desses trabalhadores esteve presente na construção do CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, o primeiro CAPS do Brasil, inaugurado em 1987 (YASUI, 2010).

Em 1987, também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual a RPB mostrou sua força de articulação, aprovando suas proposições na quase totalidade dos tópicos da conferência, mesmo com todas as divergências e conflitos presentes.

No mesmo ano, foi realizado o II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental em Bauru, com a presença de profissionais, familiares, usuários e estudantes, no qual foi inaugurado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e estabelecido o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 1998).

O Movimento da Luta Antimanicomial é um movimento social que, articulado com outros movimentos sociais e com a luta pela redemocratização do país, congregou pessoas, trabalhos, e lugares que se identificam com essa utopia ativa da transformação social, incluindo tanto as pessoas vinculadas à saúde mental (profissionais, usuários e familiares) quanto estudantes, intelectuais, artistas e jornalistas (YASUI, 2010).

Essa união de lutas parte da premissa de que o manicômio é a expressão de uma estrutura que se expressa nos diversos mecanismos de opressão da sociedade, presentes em fábricas, instituições para “menores”, cárceres, entre outros espaços sociais. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais é também incorporar outras lutas pelos direitos de trabalhadores, negros, homossexuais, índios e mulheres (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 1997).

Outro evento bastante marcante na história da RPB foi o Fechamento da Casa Anchieta, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos em 1989, devido às atrocidades cometidas no interior dessa instituição psiquiátrica. A grande inovação dessa experiência foi a organização de serviços e ações que, de fato, substituíssem o Hospital Psiquiátrico, como os Núcleos de Atenção Psicossocial 24 horas regionalizados, o Pronto-Socorro Psiquiátrico, a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência e o Lar Abrigado. Essa experiência emblemática se desenvolveu entre 1989 e 1994, mas foi desarticulada pelos governos conservadores que estiveram no poder nos anos subsequentes (YASUI, 2010).

Em 1989, a cidade de São Paulo também passou por um importante processo de mudança da assistência em saúde mental, construindo uma rede de serviços composta por centros de convivência, hospitais-dia, serviços de emergências psiquiátricas e leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais. Os serviços eram organizados de forma hierarquizada e cada equipamento tinha a responsabilidade por um determinado nível de complexidade de atenção em saúde mental (YASUI, 2010).

Neste mesmo ano, foi aprovada pela Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 3.657, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que propunha extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros serviços e recursos (AMARANTE, 1998).

Em resumo, a década de 1980 foi marcada pelo fortalecimento dos movimentos sociais e sua importante influência política, pela proposição de um Sistema Único de Saúde, por experiências inovadoras no campo da saúde mental, pelo surgimento da luta antimanicomial e pela proposição de um projeto de lei (YASUI, 2016).

Já a partir da década de 1990, tem-se a institucionalização da RPB, uma vez que os novos paradigmas e práticas de cuidado inspiraram a criação das portarias e normativas do Ministério da Saúde, constituindo assim como uma política pública de saúde (YASUI, 2010).

Como exemplo, tem-se a portaria nº 189/1991, que modificou a remuneração das internações hospitalares, reduzindo o tempo de internação e criando procedimentos que visassem contemplar as ações assistenciais dos NAPS/ CAPS, e a portaria nº 224/1992 que estabeleceu diretrizes e normas para a assistência em saúde mental. Essas portarias incentivaram a criação de diversas unidades assistenciais – NAPS e CAPS – em todo o país, além de ampliar a fiscalização e intervenção dos estados e municípios nos Hospitais Psiquiátricos que tinham parceria com o SUS (YASUI, 2010).

Apesar da década de 1990 ser marcada por um importante avanço neoliberal, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, não trouxe tantas críticas ao modelo econômico e político vivenciados nesse período, focando nas mudanças do modelo assistencial, na consolidação das conquistas e apontando os caminhos para onde se deveria avançar (YASUI, 2010).

A RPB implicou diversos atores na luta pela desconstrução do manicômio, rompendo paradigmas, inventando novas estratégias assistenciais e conquistando espaços para sua efetivação. A década de 1980 marcou a construção desse grande projeto político de transformação social e a década de 1990 a consolidou como política pública oficial do Ministério da Saúde (YASUI, 2010).

Já o novo milênio se inicia com a aprovação da lei 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Para Yasui (2016), o texto final está muito distante do projeto original que propunha a “extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços”, já a lei aprovada aponta apenas um redirecionamento do modelo.

Em 2001, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a participação de milhares de pessoas em todo o país. O relatório final aborda os seguintes tópicos: reorientação do modelo assistencial, recursos humanos, financiamento, acessibilidade, direitos e cidadania e controle social, revelando a complexidade na qual se transformou o processo da RPB (BRASIL, 2002a; YASUI, 2016).

Outro importante marco é a publicação da Portaria nº 336/2002, que estabelece as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por complexidade e abrangência populacional. Os CAPS I, para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; os CAPS II, para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; os CAPS III, para municípios com população acima de 200.000 habitantes; os CAPS AD (Álcool e Drogas) II, para municípios com população superior a 70.000 habitantes; e os CAPSi (Infantojuvenis) II, para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos. Todas as modalidades devem estar capacitadas para o atendimento de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva (BRASIL, 2002b).

Além disso, essa Portaria também alterou o modo de financiamento dos serviços, que passou a ser realizado por Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), levando a um aumento significativo de implantação de novos serviços em todo país.



A fim de compreender essa complexidade do processo da RPB, compreendido aqui como um Processo Social Complexo, serão apresentadas a seguir as quatro dimensões que compõem a atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

## **1.2. Atenção psicossocial e suas dimensões**

A RPB é marcada por um campo heterogêneo e complexo, composto de diferentes dimensões. Um processo que marca a ruptura com o paradigma psiquiátrico, produzindo novos saberes e fazeres, a partir de uma prática técnica e política que cria novas instituições e estratégias de cuidado ao sofrimento psíquico e que luta pela construção de um novo lugar social para a loucura, apostando na transformação social (YASUI, 2016).

O modelo brasileiro de atenção à saúde mental, nomeado como *atenção psicossocial*, insere-se no campo da RPB e é constituído por um conjunto de práticas substitutivas ao modo asilar e psiquiátrico, compostas de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas que buscam responder às diretrizes e princípios do SUS, pautando-se na territorialidade, integralidade do cuidado e na participação dos usuários e dos trabalhadores para o planejamento, gestão e controle dos dispositivos e ações em saúde (MORATO, 2019; COSTA-ROSA; YASUI, 2009).

Inspirado nas ideias de Franco Rotelli, Amarante (2007) aponta que RPB e a atenção psicossocial se caracterizam como um processo social complexo, “que se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora, se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões” (p. 63), composto por quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural, que serão apresentadas separadamente, a seguir.

### **1.2.1. Dimensão teórico-conceitual<sup>1</sup>**

A partir do século XVIII, com o advento da racionalidade científica, um novo modo de produzir verdades e conhecimento é imposto. Os objetos de estudo passam a ser retirados da complexidade da natureza, para serem isolados em laboratórios, quantificados e simplificados (YASUI, 2010).

Com essa tendência científica, proveniente das ciências naturais, a medicina passou a compreender a doença como um fenômeno da natureza a ser observado, descrito e classificado, e o hospital passou a ser o *locus* de produção dessa verdade objetiva. A psiquiatria clássica

---

<sup>1</sup> Também nomeada como Dimensão Epistemológica, em outras publicações de Paulo Amarante e Silvio Yasui.

também acompanhou essa tendência, utilizando a anatomia patológica e a necropsia na prática asilar, a fim de encontrar lesões no corpo que justificassem os sinais e sintomas (AMARANTE, 2007, YASUI, 2008), “era a psiquiatria em busca de um corpo para sua doença” (YASUI, 2010, p. 102).

A psiquiatria passa a se ocupar com a classificação das doenças mentais como um objeto natural, descolado do corpo social e da existência global e complexa dos sujeitos. Como Franco Basaglia dizia, a psiquiatria colocou os sujeitos entre parênteses para que pudesse se debruçar sobre a doença. Este autor propõe colocar “a doença entre parênteses” para que seja possível se ocupar do sujeito em sua experiência. Não se trata de negar a existência de uma vivência que produza dor e sofrimento, mas romper com um modelo teórico-conceitual que acabou por objetificar a experiência humana (AMARANTE, 2007).

Esse modelo global e totalitário da racionalidade científica foi se renovando ao longo do tempo na psiquiatria e ganhou um novo status científico, com o advento dos psicofármacos, na década de 1950, e das neurociências, nas décadas de 1980 e 1990. O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 5ª Edição (DSM V) e o Código Internacional de Doenças 10ª edição (CID 10) refletem esse esforço de unificação e classificação dos diagnósticos de doenças mentais (YASUI, 2010).

Porém, no século XX, os avanços da própria ciência abriram campo para se questionar esse modelo de ciência moderna, positiva e funcionalista. Muitos cientistas<sup>2</sup> demonstraram em suas pesquisas os limites e insuficiências estruturais deste modelo, desfazendo o mito de uma ciência neutra objetiva, apontando para um momento de crise da ciência moderna e instaurando um processo de transição paradigmática<sup>3</sup> (SANTOS, 1987; SANTOS, 2001 apud YASUI, 2010).

E é nesse contexto de crítica ao paradigma científico que a RPB rompe com a racionalidade psiquiátrica, recusando-se a reduzir o sofrimento humano ao simples objeto da doença mental, compreendendo-o em sua complexidade por meio do diálogo entre as diferentes disciplinas que se debruçam a construir um novo olhar e uma nova maneira de cuidar do sofrimento (YASUI, 2010).

---

<sup>2</sup> “Teoria da relatividade e da simultaneidade” de Einstein; estudos de física quântica de Heisenberg e Bohr; “teorema da incompletude” do matemático Göden; “teoria das estruturas dissipativas” do físico-químico Ilya Prigogine.

<sup>3</sup> Entende-se por paradigma as “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (KUHN, 2000, p.13).

Para Amarante (2003) a dimensão teórico-conceitual (ou epistemológica) se caracteriza pelo rompimento com os conceitos fundantes da psiquiatria e a construção/invenção de um campo teórico-conceitual, que descortine a complexidade das dimensões do real, instigando a produção de novos conceitos e conhecimentos.

A dimensão epistemológica é composta por diferentes planos: ferramentas teórico-conceituais contra-hegemônicas; experimentações e invenções de práticas construídas em diálogo com diferentes núcleos de saberes; e formulação de políticas (YASUI, 2016).

Este conjunto de conceitos e práticas fomentados pela RPB é nomeado como Modo Psicossocial por Costa-Rosa (2000) e é definido por quatro parâmetros.

O primeiro se refere às concepções de ‘objeto’ e ‘meios de trabalho’. O objeto passa a ser considerado a existência-sofrimento, e a loucura deixa de ser um fenômeno exclusivamente individual para ser compreendido como um fenômeno social. Os ‘meios de trabalho’ utilizados no processo saúde-doença devem ser complexos incluindo suas múltiplas dimensões (orgânica, subjetiva, familiar, grupal, social, cultural), além de propor a desospitalização e a desmedicalização como metas radicais (COSTA-ROSA, 2000).

O segundo parâmetro dispõe sobre a forma de organização institucional e das relações entre os profissionais, que possibilitam a metabolização das relações de poder por meio do trabalho interprofissional. O terceiro reflete a forma de relacionamento da instituição com os usuários e a população, por meio da interlocução, livre trânsito e territorialização aliada à integralidade. O quarto se refere aos efeitos terapêuticos e éticos das práticas, devendo prezar pela implicação subjetiva e sociocultural, e pela singularização do cuidado (COSTA-ROSA, 2000).

O modo psicossocial propõe uma radical ruptura com o modo asilar hegemônico, apresentando-se como um novo paradigma científico ético e político (YASUI, 2010).

Não se coloca a andar esse processo social complexo sem ferramentas que possam martelar a realidade, abrir fendas, inventar dispositivos e fazer funcionar modos diversos de existir. Essa é a dimensão conceitual ou epistêmica da Reforma Psiquiátrica. Trata-se aqui de pensar a construção da Atenção Psicossocial como um paradigma (YASUI, 2016, p. 82).

Um paradigma que considere o sofrimento humano em sua diversidade e complexidade, incluindo seus múltiplos planos, singulares, familiares, comunitários, sociais, culturais e macroestruturais (YASUI, 2016).

Assim, a atenção psicossocial define-se por uma série de transformações político-ideológicas ao lutar pelo resgate da dignidade humana e dos direitos de cidadania, e por ações teórico-

técnicas, que propõem a invenção e a construção de novos dispositivos de cuidado, radicalmente pautadas em sua ética (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p.34).

### **1.2.2. Dimensão técnico-assistencial**

A clínica da atenção psicossocial é uma clínica do encontro, da invenção, da produção de sentidos e da defesa radical da vida. É no cotidiano, na experiência, nos encontros que se tece e se ativa uma rede de cuidados, capaz de produzir uma potência criativa e inventiva na construção de possibilidades (YASUI, 2016).

A estratégias de cuidado da atenção psicossocial são produzidas em rede, nos cenários da vida cotidiana com todos os atores que dela fazem parte, profissionais, familiares, amigos, entre outros, por meio de práticas concretas que afirmem esse caminhar ético, estético e político (YASUI, 2016).

Yasui (2016), apresenta conceitos-ferramentas que visam contribuir com a articulação conceitual e prática da atenção psicossocial, são eles: território, cuidado, responsabilização, acolhimento, equipe, projeto terapêutico singular, rede e cotidiano.

#### **Território**

O território é um conceito-chave apresentado nos documentos e portarias e um norteador para as ações realizadas pelos serviços de saúde mental.

É o lugar psicossocial do sujeito, tecido por instâncias pessoais e institucionais que compõem as experiências singulares nos diferentes cenários da vida cotidiana, casa, escola, trabalho, igreja, praça, mercado, serviços de saúde, etc. (BRASIL, 2005a).

A vida cotidiana se desenvolve no território e os limites impostos por sua materialidade se relacionam a uma estrutura econômica e social, historicamente determinada (LEÃO; SALLES, 2016). Oliveira (2004 apud LEÃO; SALLES, 2016) aponta que o território é o espaço da ação, onde as relações exercem seu poder tanto de manutenção quanto de resistência, é também onde os processos de inclusão e exclusão social se desvelam, onde as mudanças sociais acontecem.

Para Yasui (2016) o conceito de território deve ser compreendido em sua complexidade, como espaço, processo e composição, e como potencializador da produção do cuidado. Os modos de habitar o território impactam na produção da subjetividade e essa relação entre território e subjetividade é denominada como territórios existenciais. Baseando-se em Felix Guatarri, o autor traz a importância de sustentar e construir territórios existenciais na

atenção psicossocial, utilizando os recursos materiais e afetivos do próprio meio, a fim de que sejam estabelecidas outras relações, outros mundos, outros lugares para viver.

Milton Santos fala de um território que é material, mas que é também relacional, “o território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence” (SANTOS, 2000, p. 97).

O autor utiliza o conceito de *território usado* como um conceito híbrido, resultado da materialidade e de seu uso pela ação dos homens - trabalho, história e política, é o território humano e habitado. Compreende a estrutura global e a complexidade de seu uso no espaço da vida comum, composto por um sistema de objetos e ações indissociáveis em um quadro único onde a história acontece, incluindo todos os atores sociais que dela fazem parte, suas interações e relações de poder, tanto complementares quanto conflitantes (SANTOS, 2006 apud BIANCHI, 2019). De acordo com Bianchi (2019) o conceito de território usado possibilita um olhar que contemple as macro e microestruturas humanas em seu espaço de vida.

Desta forma, acredita-se que o conceito de território usado permite aproximações com a atenção psicossocial, atravessando as suas dimensões. O território é o *locus* do cuidado em saúde mental; desta forma, sua compreensão ampliada permite o fortalecimento da dimensão teórico-conceitual. A atenção psicossocial desloca o cuidado para esse território que é vivo, relacional, social, histórico e cultural, complexificando as ações de cuidado da dimensão técnico-assistencial. O território também se expressa nas leis, portarias e documentos norteadores, evidenciando sua influência na dimensão jurídico-política. Além de integrar a loucura ao território e seus cenários sociais, ampliando a convivência e a tolerância à diferença, refletindo, assim da dimensão sociocultural.

Portanto, o conceito de território ganha uma centralidade na atenção psicossocial. Território é onde a vida cotidiana acontece, é o terreno das relações, é onde as possibilidades e impossibilidades se materializam. E é exatamente nesse terreno, de potências e desafios, que podemos provocar a transformação social que se deseja. É por meio das microestruturas, das micropolíticas, que tecemos redes de cuidado junto aos atores que dela fazem parte, e é também pela compreensão da influência que as macroestruturas exercem sobre a vida das pessoas que tomamos consciência política e social, construindo ações contra-hegemônicas, que tecem lugares solidários de pertencimento ao diferente, que lutam pela conquista dos direitos de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, construindo um novo lugar social para a loucura.

Assim, a fim de que os objetivos da atenção psicossocial sejam atingidos, faz-se necessário que a transformação social se materialize na vida das pessoas, nos territórios reais, tornando-os assim territórios psicossociais.

Outro conceito trabalhado por Milton Santos, que compõe as discussões da atenção psicossocial, é o conceito de *lugar*, uma fração microssocial do espaço total, que contempla os acontecimentos solidários e horizontais, onde a vida é coletivizada e as tarefas e ações compartilhadas. Os lugares compõem o campo comum das relações sociais solidárias, um espaço de existência e coexistência, que produzem usos e valores culturais, sociais e econômicos (SANTOS, 2005; SOUZA, 2005; apud BIANCHI, 2019)

“No lugar, portanto, reside a única possibilidade de resistência aos processos perversos do mundo, dada a possibilidade real e efetiva da comunicação, logo da troca de informação, logo da construção política” (SOUZA, 2005, p. 253 apud BIANCHI, 2019).

E é nessa dinâmica que a atenção psicossocial atua, na construção de lugares, no apagamento de não lugares e na coletivização do cuidado à saúde mental que atua nessa geração do lugar comum, compartilhado, entendendo a loucura não como um processo individual, mas como um processo social, que compõe um cenário maior, do qual todos fazem parte.

Construir esses lugares solidários na saúde mental é um grande objetivo, possibilitando a construção de valores comuns, que acolham e que deem espaço para a diferença, combatendo práticas hegemônicas, que insistem em objetificar corpos loucos, pobres, negros, em prol da manutenção do *status quo*. Precisamos construir lugares não hegemônicos, que sustentem a diferença, como parte do cenário social, construindo, assim lugares solidários e territórios psicossociais.

### **Cuidado**

O cuidado é uma condição que possibilita a continuidade da vida humana, uma condição que se dá em ato, em relação. O cuidado em saúde significa responsabilização e envolvimento, é a atitude de estar com o outro, com sua alteridade, sua diferença e seus modos de viver (YASUI, 2016).

A clínica da atenção psicossocial é uma clínica demasiadamente humana, na qual as relações, os vínculos, os encontros, os afetos são as ferramentas mais importantes nesse trabalho. Merhy e Franco (2003) nomeiam essas tecnologias relacionais como tecnologias leves.

De acordo com Silva Júnior e Mascarenhas (2004), o vínculo é composto de três dimensões: a *afetividade*, constituída pela disponibilidade afetiva do profissional em estar com o outro, marcada por uma postura interessada e aberta; a *relação terapêutica* se refere a uma atitude de cuidado, envolvimento e responsabilização tanto do profissional, quanto do usuário; já a *continuidade* implica a responsabilização do profissional em sustentar o cuidado durante o percurso do usuário, evitando encaminhamentos burocráticos a outros serviços.

Outro conceito trabalhado por Yasui (2016), com base em Baruch Espinosa, é o *encontro*. Os bons encontros aumentam nossa potência para existir, agir e pensar, e os maus encontros decompõem nossa potência. É a potência que fortalece ou enfraquece os encontros, é o afetar e ser afetado que produz os movimentos da vida.

“Cuidado é uma dimensão da vida que se faz nas relações cotidianas. O cuidado na atenção psicossocial é essa busca de produzir atos de cuidado como efeitos de bons encontros, que potencializem e expandam a vida” (YASUI, 2016, p. 104).

### **Responsabilização**

Outro conceito da atenção psicossocial, e que também é um princípio, é a responsabilização. Para que o cuidado aconteça é necessário que o serviço se responsabilize pelas demandas de saúde mental de seu território, ofertando recursos e articulando os equipamentos necessários para a garantia do cuidado (YASUI, 2016).

Na experiência italiana, este conceito foi nomeado como “tomada de responsabilidade”, uma vez que o serviço territorial deveria se colocar no lugar de referência para toda e qualquer situação de sofrimento, reduzindo as barreiras de acesso ao serviço e os períodos de latência entre necessidade e busca pelo cuidado (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991)

É importante que as práticas do serviço sejam reflexo dessa responsabilização. Assim, alguns conceitos-ferramentas são essenciais nessa construção, como “porta aberta para garantir o acesso; acolhimento para garantir uma escuta das necessidades; rede para articular projetos terapêuticos; coletivos para tecer e sustentar os atos” (YASUI, 2016, P. 106).

É necessário, também, que o serviço funcione com um bom nível de integração, adotando um estilo de trabalho que invista em um alto consumo afetivo, intelectual e organizativo, com flexibilidade e disponibilidade de recursos, permitindo que o serviço esteja organizado para responder as necessidades de seus usuários (SARACENO, 2001).

Acolhimento, escuta qualificada, vinculação e responsabilização promovem um reordenamento da lógica de organização do serviço e de recepção em saúde, rompendo com a burocratização e mantendo-a centrada nas necessidades do usuário (SILVEIRA; VIEIRA, 2005; MANGIA et al., 2002).

Outro conceito apresentado por Saraceno<sup>4</sup> (2001), é a *contratualidade*, que é compreendida como a capacidade de realizar trocas afetivas, simbólicas e materiais. Desta forma, é essencial que os serviços promovam práticas que intervenham na dinâmica dessas trocas, favorecendo a urdidura de uma rede de negociação que, articulada e flexível, possibilite o aumento do poder de participação nos processos das trocas sociais e de contratualidade real dos sujeitos.

### **Acolhimento**

De acordo com a Política Nacional de Humanização, o acolhimento é uma diretriz ética, estética e política, baseada na tecnologia do encontro, da afetabilidade e da produção de saúde por meio do reconhecimento do usuário como sujeito participante e ativo em seu processo de cuidado (BRASIL, 2010).

O acolhimento pode ser compreendido em três dimensões: *como uma postura*, possibilitando uma atitude humanizada, na qual a equipe recebe, acolhe e escuta aquele que busca o serviço; *como uma técnica*, através da qual, utilizando os conhecimentos técnicos, são avaliadas as demandas e necessidades apresentadas pelo usuário e quais as possibilidades de cuidado que serão ofertadas a ele; e *como uma forma de acessar o serviço*, reduzindo as barreiras de acesso ao serviço, ampliando a disponibilidade de recursos, além de promover um reordenamento de todo projeto institucional (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004)

Complementarmente, para Franco, Bueno e Merhy (1999) o acolhimento opera uma mudança do modelo tecno-assistencial, invertendo a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal, deslocando a centralidade do lugar do médico no cuidado para uma equipe multiprofissional, além de qualificar e humanizar a relação técnico-usuário.

Na atenção psicossocial, o acolhimento é considerado um dos conceitos-ferramentas mais importantes, uma vez que possibilita o abandono de respostas pré-moldadas que simplificam o sofrimento, buscando construir respostas ágeis, flexíveis e plásticas, que

---

<sup>4</sup> Autor italiano que se debruçou sobre a Reabilitação Psicossocial e inspirou as experiências brasileiras e os autores da atenção psicossocial. O conceito de contratualidade apresentado pelo autor é bastante presente nos textos brasileiros sobre atenção psicossocial, e por esta razão é trazido aqui.



considerem a dinamicidade das subjetividades, das histórias de vida, dos contextos e de todas as questões que envolvem o adoecer (SILVEIRA; VIEIRA, 2005; MANGIA et al., 2002).

Yasui (2016) aponta que o acolhimento se revela na organização de fluxos ágeis e flexíveis, que possibilite ao serviço receber prontamente aquele que chega de forma espontânea e também na construção de uma relação, que implica escutar as necessidades do sujeito, colocar a doença entre parênteses e ampliar o olhar para a complexidade de sua existência.

### **Equipe**

Outro conceito essencial para a atenção psicossocial é a interdisciplinaridade, a diversidade de saberes e trocas constantes entre os membros da equipe favorece o rompimento com a fragmentação dos saberes e das especialidades, proporcionando a sustentação e a construção de uma prática de cuidado ampliada, articulada e integrada (MORORÓ, 2007).

Já o conceito de transdisciplinaridade se refere ao intenso diálogo entre as diferentes disciplinas, produzindo um borramento de seus limites e fronteiras, que possibilita a construção de saberes e práticas inventivas e criativas na produção do cuidado (YASUI 2016).

Yasui (2016) reflete que as equipes encontram dificuldades em superar o modelo médico hegemônico, organizado em torno de práticas de saúde curativas, individuais, assistencialistas e especializadas. Deste modo, o desenvolvimento de equipes que trabalhem na lógica interdisciplinar e transdisciplinar constitui um grande desafio.

Apesar do desafio que se apresenta, a equipe é também um dos recursos mais potentes na atenção psicossocial. De acordo com Saraceno (2001), os recursos humanos e seus instrumentos não padronizados como o acolhimento, a escuta, a solidariedade, a afetividade e a negociação são os recursos mais potentes no cuidado em saúde mental (SARACENO, 2001).

Para que a equipe exprima sua potência, é essencial a construção e o fortalecimento de espaços coletivos e democráticos de cogestão, negociação e decisão que garantam a horizontalidade das relações, o compartilhamento de afetos e saberes e a sustentação conjunta das estratégias de cuidado.

### **Projeto Terapêutico Singular**

Há uma complexa teia de aspectos biográficos, familiares, sociais, políticos, econômicos e históricos que incidem sobre o sujeito e produzem sua singularidade. A clínica ampliada considera todos os aspectos para compor as estratégias de cuidado, que se produzem

no encontro com o usuário, sua rede, seu território, construindo seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) (YASUI, 2016).

O PTS é a pactuação entre usuário, familiar e outros serviços do território, que são acionados a partir da necessidade do usuário. Por meio de um processo de negociação são construídas ações de cuidado que objetivarão muito mais do que a melhoria dos sintomas, mas a ampliação da rede social e o aumento de espaços de contratualidade (MORORÓ, 2010).

Kinker (2006) alerta que o PTS não deve se confundir com um conjunto de procedimentos que os serviços oferecem aos usuários. Para o autor, é no tecer a vida junto com os usuários em seus cotidianos e em suas relações que as cenas que geram sofrimento poderão ser modificadas, transformando assim todos os atores envolvidos.

Considerando a complexidade que habita a experiência do sofrimento, é essencial que as ações de cuidado reflitam essa complexidade, incluindo radicalmente os recursos do território, dos cenários reais da vida e da rede intra e intersetorial.

### **Rede**

Para Yasui (2016) as redes de cuidados são formatadas a partir dos recursos do território, possibilitando que a complexidade das relações e trocas sejam ativadas e se materializem nos diferentes cenários da vida. São “tramas e conexões que provoquem, instiguem, convidem a construir coletivamente modos de habitar o território, atravessados por planos mais solidários” (p. 114).

Segundo Saraceno (2001), as variáveis mais importantes no processo de reabilitação são o entorno social, os contextos de vida e as relações sociais. Assim, é fundamental que os serviços de saúde mental reconheçam a comunidade como uma fonte inexaurível de recursos potenciais, tanto formais quanto informais, que quando agenciados possibilitam a ampliação da contratualidade nos grandes cenários da vida cotidiana: casa, rede social e trabalho.

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004, p. 11).

As redes são formadas por muitos nós, a articulação com a rede de saúde, rede intersetorial e outras redes sociais se faz essencial para responder à complexidade das demandas de inclusão das pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico (BRASIL, 2004).

## **Cotidiano**

O sofrimento psíquico é um fato marcante na vida das pessoas e desencadeia mudanças no cotidiano, transformando o que estas pessoas fazem, como e com quem se relacionam e também seus projetos de vida, levando a rupturas nas relações sociais, familiares e de trabalho (SALLES, BARROS, 2013).

Desta forma, acredita-se que é no cotidiano que estão os maiores desafios da atenção psicossocial, assim como as maiores oportunidades de transformação social, de mudanças nas histórias de sofrimento, de construção de novos caminhos e possibilidades de ser e estar no mundo. Devendo, assim, ser um importante foco no cuidado ofertado pelos serviços de saúde mental.

O conceito de cotidiano abarca tanto dimensões singulares quanto coletivas. É o modo como cada sujeito vive o seu dia a dia, os pequenos acontecimentos e sua história de vida, além de refletir o contexto social e cultural, as formas de produção e a organização social. Assim, este conceito se coloca na relação entre micro e macro, possibilitando tanto compreender as diferentes singularidades e formas de viver como os processos de produção social (SALLES; MATSUKURA, 2013).

É no cenário da vida cotidiana que ocorre a inserção no mundo compartilhado, social e cultural, no qual o sujeito é reconhecido pelo outro, construindo sua história pessoal e social. É composto por uma sucessão de acontecimentos, espaços sociais, tempos, relações e objetos (TAKATORI, 2001, 2003).

Para Heller (2000, 2002), o cotidiano é a vida de todos os dias, de todos os homens. O homem nasce inserido em sua cotidianidade e por meio da repetição de suas atividades a vida social é recriada. É na vida cotidiana que formamos o mundo e a nós mesmos. Para a autora, o cotidiano está no centro do acontecer histórico e apresenta uma heterogeneidade, uma vez que varia conforme contexto, classe, gênero e idade. É composto das seguintes esferas: trabalho, família, lazer e relações sociais.

Para Santos (2009) o cotidiano é o espaço-tempo da complexidade da vida social. É no cotidiano que encontramos práticas sociais invisibilizadas pela hegemonia do pensamento moderno, permitindo seu acesso e sua desinvisibilização. É mergulhando na vida cotidiana que encontramos existências invisíveis, fazendo emergir tudo que existe marginalmente, esquecido e soterrado e construindo práticas emancipatórias reais.

A estratégia da atenção psicossocial objetiva dar luz ao que foi invisibilizado pelas práticas manicomiais e pelos processos sociais que compõem o adoecer. Ao nos debruçarmos

sobre o cotidiano de cada sujeito, são descobertas as potências que foram invisibilizadas e desqualificadas pelo saber fazer hegemônico, possibilitando a criação de novos arranjos na vida cotidiana, capazes de produzir saúde e emancipação social.

Assim, conhecer lugares na cidade por onde nunca se andou; experimentar sensações de fruição estética inéditas (ouvir música clássica, ir a um museu, assistir a uma ópera ou a uma peça de teatro); aprender a cozinhar e degustar novos sabores; descobrir, no ato de fazer algo novo, habilidades para atividades e para expressão inimagináveis, são todos exemplos de dispositivos para ampliar e intensificar modos diversos de estar no mundo. Redescobrir a dimensão do cotidiano como produção criativa da vida (...) (YASUI, 2016, p. 120).

### **1.2.3. Dimensão jurídico-política**

Para que se garantam os avanços no campo da saúde mental é necessário que toda a legislação seja revisada, já que tanto o código penal quanto o civil e as outras leis e normas sociais estão repletos de referências negativas sobre as pessoas em sofrimento psíquico, o que representa um importante obstáculo à efetivação da cidadania (AMARANTE, 2007).

Essa dimensão visa a construção de leis que garantam o acesso aos direitos sociais, como trabalho, estudo, lazer, esporte e cultura. “Trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direitos e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental” (AMARANTE, 2007, p. 69,70)

A promulgação da lei das 10216/2001, apresenta-se como um importante avanço na luta pelos direitos às pessoas em sofrimento psíquico. Este e outros avanços legais e políticos foram apresentados no tópico anterior, *Reforma Psiquiátrica Brasileira*.

Porém, é importante ressaltar que a efetivação da cidadania não se dá apenas pela aprovação de leis, é um processo social que exige a mudança das mentalidades, das atitudes e das relações estabelecidas entre a sociedade e a pessoa em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007).

### **1.2.4. Dimensão sociocultural**

Amarante (2007) define a dimensão sociocultural como um conjunto de práticas sociais que buscam transformar o imaginário social e a relação da sociedade com loucura, por meio do envolvimento da sociedade com as discussões da RPB e da própria produção cultural e artística dos atores envolvidos nesse processo (usuários, familiares, técnicos e parceiros).

A fim de alcançar essa importante dimensão da RPB, foi instituído o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, a Parada do Orgulho Louco, entre outras atividades culturais, políticas,

acadêmicas e esportivas diversas que abrem espaço para a participação e reflexão da sociedade (AMARANTE, 2007).

Grandes eventos protagonizados por usuários, familiares, profissionais e ativistas de movimentos sociais também promovem bastante visibilidade a esta dimensão, assim como a participação social desses atores nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, que colocam em pauta suas necessidades, discutindo e construindo ativamente as políticas públicas de saúde mental (AMARANTE, 2007).

Além dessas ações, as produções culturais e artísticas como pinturas, esculturas, literatura, poesias, filmes e documentários abrem espaço para que a sociedade entre em contato com as complexas questões que envolvem a loucura, assim como suas diversas formas de cuidado, provocando um novo olhar social para a diferença e a alteridade (YASUI, 2016)

Inspirado no discurso de Sergio Arouca na XII Conferência Nacional de Saúde, Yasui (2016) reflete que uma cultura é ‘civilizada’ quando, independentemente de sua riqueza científica, técnica ou a sofisticação de seus atos, ela é tolerante à diversidade de crenças e práticas. Uma cultura bárbara acredita que sua forma de humanidade é a única possível, sendo intolerante ao convívio com a diferença e com o estrangeiro. O autor reflete que essa postura bárbara não está distante de nós, mas faz parte de nosso cotidiano, habitando lugares e pessoas.

Assim, compreende-se que a atenção psicossocial é um processo civilizatório, uma vez que aposta na produção de novos mundos, numa micropolítica que afirma o desejo pela vida e pela diferença, que faz nascer práticas e saberes que agenciam coletivos, que geram encontros alegres, que produzem vida com liberdade, equidade, solidariedade, diálogo e justiça (YASUI, 2016).

As políticas de estado e as políticas públicas refletem os compromissos e os posicionamentos assumidos sobre a visão de justiça, progresso e direitos revelados nos diferentes projetos políticos. Assim, vale ressaltar que os marcos civilizatórios apontados por Arouca e Yasui só podem se tornar possíveis em um Estado Democrático de Direito. Por essa razão, o capítulo a seguir, que tratará sobre as *Políticas Públicas de Saúde Mental Infantojuvenil*, dedicará sua primeira seção a apresentar a potência presente no processo de construção de *Políticas Públicas em Estados Democráticos*, trazendo como contraponto os dificultadores impostos por projetos políticos autoritários e neoliberais.

Após essa breve abordagem, serão apresentados os antecedentes históricos para constituição de uma política pública de saúde mental infantojuvenil no Brasil, e na sequência

serão apresentados os documentos, portarias e manuais que embasaram a constituição desta política, a partir dos pressupostos da atenção psicossocial de crianças e adolescentes.

## **2. CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL**

### **2.1. Políticas Públicas em Estados Democráticos**

Antes de abordarmos as políticas públicas em estados democráticos, é importante compreendermos os diferentes projetos políticos presentes no Brasil e como estes interferem na construção das políticas públicas em diferentes tempos históricos do Estado brasileiro<sup>5</sup>.

Os projetos políticos são projetos coletivos constituídos por um conjunto de crenças, interesses, concepções de mundo e por uma dimensão societária, que revela como a vida em sociedade deve ser, orientando, assim, as ações políticas (DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006).

As diversas dimensões que configuram os projetos políticos evidenciam a complexidade em que o terreno da democracia se encontra e a variedade dos processos de articulações, negociações e disputas que acontecem entre eles (DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006).

De acordo com Dagnino, Olvera e Panfichi (2006), a construção democrática no Brasil é marcada por uma disputa de projetos políticos, autoritário, neoliberal e democrático-participativo: “todos compartilham de um patamar mínimo em relação ao processo democrático, dado pela filiação à democracia representativa e às instituições elementares do Estado de Direito” (p. 43).

Com a abertura política, a partir da década de 1980, tem-se a coexistência de dois projetos políticos, provocando inúmeras contradições no cenário democrático brasileiro. Por um lado, tem-se a ascensão de um projeto político democrático-participativo, concretizado pela Constituição de 1988, que instaura o princípio da participação social em seu primeiro artigo, abrindo espaço para instâncias participativas como conselhos gestores e orçamentos participativos. Por outro lado, a instalação de projetos neoliberais, com a privatização de amplas

---

<sup>5</sup> Utilizaremos como base para essa explanação o capítulo 1 do livro de Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) que aborda a *Disputa pela construção democrática na América Latina*. Por se tratar de um capítulo que aprofunda essa discussão e traz subsídios para a compreensão dos diferentes projetos políticos, foi utilizado como referência no início deste item (2.1), sendo, deste modo, citado de forma recorrente.

áreas das políticas públicas, discurso participacionista e de valorização simbólica da sociedade civil, por meio do Terceiro Setor (DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006).

Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) apontam que este cenário político levou a uma decepção coletiva devido ao baixo rendimento social das democracias (tanto no Brasil, como em toda América Latina) e ao fracasso do neoliberalismo em termos de redistribuição da riqueza, fragilizando as democracias latino-americanas e criando condições para uma possível aceitação popular de algum tipo de restauração autoritária. Lembrando que a matriz cultural do autoritarismo ainda se faz presente em nossa sociedade, hierarquizando classes e grupos sociais e organizando-os em categorias de acordo com sua filiação de classe, raça, gênero, região e país.

E é nesse cenário cultural e político que, mesmos em estados democráticos, governos autoritários ganham a cena. Como exemplo, temos o governo Bolsonaro (2019-2022) que, após uma crise política, abriu espaço social para sua escalada ao poder. Governo esse que fragilizou os processos democráticos e destruindo as possibilidades de avanços na construção da cidadania, com importantes desmontes nas políticas públicas conquistadas em governos anteriores.

No projeto autoritário, o estado é forte e centralizado e assume traços personalistas, no qual o presidente ou ditador se coloca como o ator político mais importante das ações políticas. Além disso, anula o princípio da cidadania, suprimindo os direitos políticos. Neste projeto, a participação cidadã é entendida como aclamação e apoio político ao governo/regime e toda manifestação ou protesto é considerada uma violação à autoridade e um ataque ao estado (DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006).

Já o projeto democrático-participativo é marcado pela radicalização da democracia, na qual a participação social assume um papel central para a democratização, tanto nos processos de decisão quanto na formulação de políticas públicas que promovam uma maior igualdade e cidadania (SANTOS; AVRITIZER, 2002; FALS BORDA, 1996 apud DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006).

Para O'Donnell (2004 apud DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006), apenas com uma cidadania integral (acesso plenos aos direitos civis, políticos e sociais) é possível garantir uma verdadeira democracia.

Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) sinalizam que nesse projeto político há “a emergência de uma nova noção de cidadania, que procure articular lutas por demandas específicas por direitos, com a luta mais ampla pela construção democrática” (p. 52), afirmando

o direito à igualdade e o direito à diferença, e criticando o caráter homogeneizador da visão liberal.

Este projeto político encontrou inúmeras dificuldades, principalmente relacionadas com a escassez de recursos para as políticas sociais, decorrentes de fatores como o pagamento da dívida externa, o custo fiscal das crises bancárias, a corrupção, a incapacidade fiscal do estado, entre outros (DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006).

O projeto político neoliberal tem como objetivo principal ajustar a economia do terceiro mundo para que o grande capital internacional se expanda, liberando o mercado para funcionar como um organizador da vida em sociedade (DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006).

As características vigentes do Estado, como o gigantismo, a ineficiência, o burocratismo e a corrupção, são consideradas obstáculos à efetivação desse projeto. Deste modo há um enxugamento e uma redução do Estado como alternativa ao seu déficit fiscal, por meio da transferência de suas responsabilidades sociais para a sociedade civil e para o setor privado, juntamente com a privatização das empresas. Por meio de uma perspectiva privatista e individualista, a sociedade como um todo é chamada a participar, assumindo responsabilidades frente às carências sociais em nome da solidariedade, fragilizando o significado coletivo da participação social (DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006).

No projeto neoliberal, as concepções de cidadania, sociedade civil e participação expressam uma mesma intenção despolitizadora, substituindo as reivindicações por participação e cidadania, no campo dos diversos movimentos sociais, por uma participação restrita ao Terceiro Setor (DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006).

Nesta perspectiva, realiza-se uma “democracia gerencial” por meio das parcerias com o Terceiro Setor, que dispõem de organizações com capacidades para assumir com eficiência as políticas públicas voltadas para as demandas sociais. Retirando da formulação das políticas públicas o processo de publicização do conflito, de discussão, de negociação e de deliberação, que são fundamentais à constituição da democracia (DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006).

A partir da lógica da “democracia gerencial” apresentada pelos autores, vale um destaque para as Organizações Sociais de Saúde, às quais grande parte dos serviços de saúde da cidade de São Paulo está sob gestão, inclusive os serviços focalizados nesta pesquisa, apontando um cenário político de avanço do projeto neoliberal e conseqüentemente da despolitização das políticas públicas de saúde.



Deste modo, faz-se necessário aprofundarmos sobre o que são as políticas públicas e como são implementadas de acordo com os projetos políticos que se encontram em vigor.

Políticas Públicas são um conjunto de medidas, disposições e/ou procedimentos do Estado que visam atender a finalidades sociais e econômicas, efetivando direitos. Regulam as ações governamentais que se relacionam ao interesse público e necessitam de viabilidade econômica e política para que haja a efetivação dos resultados esperados (LUCCHESI, 2004).

Em estados democráticos a política pública é uma coprodução entre o estado e a sociedade; a participação popular e o controle social são essenciais na identificação das demandas, na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas (SIRAQUE, 2004).

A fim de compreender como se dá o ciclo das políticas públicas, Secchi (2010) o divide em 6 etapas: a primeira etapa é a identificação da existência de um problema público; a segunda fase é a formação da agenda, na qual são incluídos os problemas considerados como prioritários para aquele órgão público ou governo; na terceira etapa são formuladas alternativas para a resolução do problema; na quarta etapa é realizada a tomada de decisão de como será enfrentado o problema, sendo institucionalizada por uma sanção presidencial, um decreto legislativo ou decisão judicial; a quinta etapa é a implementação, na qual política pública é colocada em prática, é o momento em que as diretrizes, as rotinas e os processos sociais são transformadas em ações realizadas por administradores, servidores públicos, profissionais a fim de reduzir efetivamente o problema; a sexta etapa é a avaliação e tem a finalidade de verificar se a política pública alcançou os objetivos planejados, auxiliando na decisão de sua continuidade e de quais pontos devem ser melhorados.

É importante ressaltar que nem sempre o desenvolvimento de políticas públicas se deu de maneira democrático-participativa. Até o início da década de 1980, a descentralização financeira e a centralização das decisões no âmbito federal colocavam os municípios como participantes de políticas específicas e executores das políticas formuladas, favorecendo relações clientelistas, com trocas de favores entre governos federal, estaduais e municipais. Além disso, havia uma fragmentação institucional e uma setorialidade que promovia ações desintegradas e descoordenadas em diversos órgãos desarticulados dos demais, perdendo assim a necessária ação conjunta que potencializa o alcance dos objetivos desejados. Outra característica era a exclusão da sociedade civil do processo de formulação e implementação das políticas públicas, no qual sua participação era restrita ao clientelismo e ao corporativismo (FARAH, 2001).

Características, estas, que marcam um Estado não democrático, no qual a ausência de mecanismos de controle social é determinante para a exclusão de amplos segmentos da sociedade, ficando à margem do acesso a direitos, bens e serviços. Somente a partir da abertura democrática no país e da promulgação da Constituição Federal de 1988 foram introduzidas a descentralização, a participação cidadã, a democratização dos processos decisórios e o princípio da equidade nas políticas públicas (FARAH, 2001).

Com a descentralização, os municípios tornaram-se o *locus* privilegiado para a participação direta da sociedade civil e sua articulação com o Estado, por meio dos Conselhos Gestores, legitimando a construção democrática das políticas públicas (SANTOS, 2016).

Os Conselhos Gestores são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, que atuam em diferentes áreas, como saúde, educação, criança e adolescente, assistência social e meio ambiente. São compostos por representantes do poder executivo e da sociedade civil (metade dos membros são provenientes da sociedade civil, enquanto a outra metade são representantes do Estado). As principais funções dos conselhos gestores são propor diretrizes, fiscalizar, controlar e deliberar sobre as políticas públicas (SIRAQUE, 2004).

A ampliação da participação social também possibilita que as políticas públicas sejam adequadas às necessidades locais, além de facilitar a integração dos diferentes setores, órgãos e serviços na implementação das mesmas, mostrando-se essencial para a garantia de decisões democráticas (SANTOS, 2016).

E é nesses ares democráticos de importante participação e transformação social que muitas políticas públicas se estabeleceram, entre elas a da saúde mental.

Antes de tratarmos especificamente sobre as políticas públicas de saúde mental infantojuvenil, faz-se necessária a apresentação dos antecedentes históricos que influenciaram sua constituição. Tal tema será apresentado no item a seguir, a fim contextualizar social e historicamente o processo de construção dessa política pública.

## **2.2. Antecedentes históricos para a constituição de uma política pública de saúde mental infantojuvenil no Brasil**

A história da saúde mental infantojuvenil no Brasil é marcada por uma lacuna assistencial, pela institucionalização da infância pobre e pela ausência de políticas públicas a essa população (COUTO; DELGADO, 2015; RIZZINI, 2005). Essa falta estrutural e o desenvolvimento tardio de uma assistência a essa população é reflexo de um processo histórico e social.

Primeiramente, cabe dizer que apenas no século XIX as crianças passaram a ser reconhecidas em suas necessidades. Até então, eram consideradas apenas como um apêndice do sistema familiar patriarcal presente no Brasil colônia (RIBEIRO, 2006).

No final do século XIX e início do século XX, ocorreu a transformação da organização familiar colonial juntamente com o advento da medicina científica, que inaugurou ações de cuidado, proteção e educação para essa parcela da população, com o objetivo de extinguir muitas das práticas coloniais danosas à infância e reduzir a mortalidade infantil (RIBEIRO, 2006).

A libertação dos escravos, seguida da vinda de imigrantes europeus e o processo de urbanização decorrente da industrialização que ocorria nesse período, levou a problemas como a pobreza, as epidemias e a criminalidade (RIBEIRO, 2006).

Este cenário favoreceu que as ideias higienistas pudessem se propagar por toda a sociedade. Os higienistas compunham um pequeno grupo de médicos e intelectuais que objetivavam sanar as problemáticas que tornavam o Brasil uma nação atrasada, intervindo no ordenamento de muitas esferas da vida social (BOARINI; YAMAMOTO, 2014; RIBEIRO, 2006).

Neste contexto de epidemias e ameaças sanitárias, os higienistas, em parceria com o Estado, obtiveram investimentos para atuarem em diversas instituições, como escolas, hospitais, prisões, quartéis, entre outras, determinando condutas sociais, costumes e padrões de comportamento que buscavam a higienização da sociedade. A infância e as escolas eram o principal alvo dessas ações pelo seu potencial de consolidação de novos hábitos (MACHADO, et al., 1978; RIBEIRO, 2006).

Essa parceria Estado-Medicina modificou toda organização da família brasileira e sua relação com a infância, que passou a ser mais dinâmica e participativa (RIBEIRO, 2006; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Cabe ressaltar que o higienismo trazia em seus discursos e em sua prática a “medicalização da vida social”. A maior incidência de doenças e da mortalidade infantil na classe trabalhadora era compreendida como decorrente da falta de cuidados pessoais e da ignorância, que precisariam ser sanadas pela educação higiênica. A saúde é entendida como uma questão de ordem individual e não social, negando a repercussão dos fatores sociais e do acesso aos recursos em sua produção (BOARINI; YAMAMOTO, 2014).

Esses ideários também se encontraram na psiquiatria, que compreendia a doença mental como uma ameaça social que, transmitida de geração em geração, teria o potencial de degenerar

progressivamente a população. Assim, baseados nos princípios eugenistas de degeneração racial, nas noções de higiene psíquica e racial, nos conceitos das ciências naturais e nos métodos das ciências exatas, o higienismo na psiquiatria propunha-se a explicar e prevenir a incidência das doenças mentais, sendo criada em 1923 a Liga Brasileira de Higiene Mental (BOARINI; YAMAMOTO, 2014; SEIXAS, 2009).

Especificamente em relação às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, em meados do século XIX, há registros de crianças de classes menos favorecidas internadas em manicômios juntamente com adultos. Já na República Velha (1889-1930), as ações destinadas a essa população eram realizadas por iniciativas privadas, filantrópicas e assistencialistas, sem intervenção ou iniciativa do Poder Público (RIBEIRO, 2006.).

No início do século XX, são inaugurados pavilhões infantis no Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha (Rio de Janeiro) e no Hospital Psiquiátrico do Juqueri (São Paulo). Posteriormente, foi inaugurado o instituto Pestalozzi (Minas Gerais) para crianças com deficiências mentais e, em Pernambuco, as reformas assistenciais de Ulisses Pernambuco também se estenderam ao público infantojuvenil (RIBEIRO, 2006; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Em todas essas experiências, havia uma estreita relação entre a psiquiatria, a deficiência mental, a psicologia e a pedagogia. Vale ressaltar que a vivência do sofrimento psíquico na infância e adolescência era atravessada pelos diagnósticos de deficiência mental e distúrbios de conduta (REIS et al., 2010; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Ao longo da história, crianças e adolescentes em sofrimento psíquico viveram um cenário de desassistência e descuido pelo campo da saúde mental e uma delegação silenciosa a outros setores como Educação e Justiça. O sofrimento psíquico ficou sob o viés da deficiência mental, e suas práticas alicerçadas na educação, pedagogia e na adaptação do sujeito, assim como sob o poder da Justiça e suas estratégias de proteção e tutela (COUTO, 2001).

Couto (2001) reflete que o ideário de uma infância inocente, pura e feliz, desfavoreceu incluir a loucura como uma das possíveis condições de existência da criança, negando assim seu sofrimento e deixando-as à margem de tentativas de construção de uma assistência.

No Brasil, a institucionalização foi a principal resposta dada às problemáticas sociais que envolviam crianças e adolescentes e, apesar de ocorrerem fora dos manicômios, reproduziam a mesma lógica asilar de exclusão (COUTO, 2001).

O primeiro Código de Menores, também conhecido como Código Mello Mattos, sancionado em 1927, marca a doutrina da situação irregular. É produto da forte aliança entre

médicos e juristas sob o discurso de proteção e assistência, foi fundamentado em parâmetros morais e higienistas e tinha por finalidade “o saneamento social”, levando à institucionalização de crianças em perigo - pobres e abandonadas - e crianças perigosas - delinquentes (BRASIL, 1927; COIMBRA; AYRES, 2009; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2012).

Já o segundo Código de Menores, em 1979, caracterizou-se pela compreensão que as situações de risco vivenciadas pela população infantojuvenil deveriam ser controladas com internações em massa, justificando a internação de um número expressivo de crianças e adolescentes na Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (FEBEM), o que acarretou em violentas repercussões no processo de desenvolvimento de crianças e adolescentes, sendo incluído aqui, o aumento de agravos à saúde mental (BRASIL, 1979; BRASIL, 2014; COIMBRA; AYRES, 2009; TAÑO; MATSUKURA, 2015; RIZZINI, 2005).

Todo esse contexto social, político, jurídico e ideológico que se iniciou nos primeiros anos da República construiu uma matriz de leitura sobre a relação do Estado, sociedade, família e criança que perdurou por quase oito décadas. Nessa matriz de leitura, a criança e o adolescente são representados socialmente como menores, a legislação é baseada na doutrina da situação irregular e o Estado exerce uma função de tutela e controle, respondendo com a institucionalização da infância pobre às complexas questões que atravessam essa população (COUTO; DELGADO, 2015; RIZZINI, 2005). Para fins de informação, neste trabalho essa matriz de leitura será nomeada como paradigma menorista tutelar.

Os movimentos da Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e o Movimento em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – que participou ativamente da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - contribuíram com as bases legais e ideológicas para as mudanças no campo da saúde mental infantojuvenil do país (REIS et al., 2010).

O ECA mudou radicalmente o papel do Estado, inaugurando uma política de proteção integral a crianças e adolescentes, que passam a ter prioridade absoluta nas políticas públicas (BRASIL, 1990b; REIS et al., 2010).

A década de 1980 inaugurou uma nova matriz de leitura para os problemas da infância e adolescência. Crianças e adolescentes passaram a ser sujeitos de direitos, sustentados por uma doutrina jurídica de proteção integral, já o Estado passou a exercer uma função de proteção e garantia de bem-estar social. O cuidado em saúde mental se baseou no cuidado em liberdade e na atenção psicossocial. Todo esse cenário político possibilitou que a saúde mental infantojuvenil encontrasse possibilidades de inserção na agenda das políticas públicas de saúde (COUTO; DELGADO, 2015).

Porém, Couto (2001) reflete que, apesar de todos os avanços políticos e legais, a infância e adolescência se mantiveram à margem das propostas do campo da saúde mental. Ao longo da história, a responsabilização a outros setores pela institucionalização de crianças e adolescentes manteve as questões da saúde mental infantojuvenil distantes das pautas da saúde mental, criando uma falsa impressão que os objetivos da RPB não cabiam a essa população.

Compreende-se o equívoco que esteve implicado nesse distanciamento, já que, apesar da maioria de crianças e adolescentes se encontrarem fora dos manicômios, sofreram uma arrebatadora institucionalização, estando sob a ação de práticas asilares na mesma medida, apesar de outras roupagens institucionais. Desta forma, cabe refletir que toda e qualquer forma de institucionalização, medicalização e violação dos direitos fundamentais pode se configurar como produção manicomial na infância e adolescência e reprodução do paradigma psiquiátrico.

Deste modo, compreende-se que as transformações em curso no campo da saúde mental infantojuvenil são marcadas por uma dupla transição paradigmática, que se refere à mudança do paradigma menorista tutelar, para o paradigma da proteção integral e do paradigma psiquiátrico para o paradigma psicossocial, revelando uma importante complexidade no campo (MOURA, et al., PRELO).

Verifica-se que houve uma inserção tardia da saúde mental infantojuvenil na agenda da saúde pública brasileira e no processo da RPB. Cabe ressaltar que apenas no século XXI uma política começa a ser traçada para a população de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, revelando mais que a superação do modelo hospitalar, mas sim a superação da desassistência a essa população (COUTO; DELGADO, 2015).

Na seção a seguir, será apresentado como se deu a inserção das questões da infância e adolescência na política pública de saúde mental.

### **2.3. A inserção da infância e adolescência no cenário das Políticas Públicas de Saúde Mental**

A aprovação da lei 10.216 (BRASIL, 2001) marca um período de mudanças significativas na política pública de saúde mental brasileira.

Especificamente sobre a construção de uma política de saúde mental destinada a crianças e adolescentes, esta começa a ser tecida em 2001 com a incorporação das propostas do Seminário Nacional de Política de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência pela III Conferência Nacional de Saúde Mental. O referido Seminário foi realizado no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e contou com a participação de 74

profissionais dos campos da saúde mental, educação, assistência social, justiça e direitos, de várias regiões do país, e teve como objetivo engendrar diretrizes ético-políticas a fim de embasar a proposição da rede de atendimento psicossocial para crianças e adolescentes no SUS (COUTO; DELGADO, 2015).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002a) priorizou o tema da saúde mental infantojuvenil, convocando o Estado brasileiro para a construção de uma política orientada pelos princípios do ECA, da Lei 10.216 e da Reforma Psiquiátrica, considerando crianças e adolescentes sujeitos psíquicos e de direitos e orientando a construção de uma rede de cuidados, de base territorial, notadamente intersetorial, e que respeite as particularidades dessas fases da vida. A lógica do CAPS deveria ser estendida ao cuidado de crianças e adolescentes, e as práticas de atenção deveriam se opor à medicalização, à institucionalização, ao controle e à adequação de conduta.

Outro importante marco para a infância e adolescência é a publicação da Portaria nº 336/2002, que cria, dentre as modalidades de CAPS, o CAPSi, para crianças e adolescentes (BRASIL, 2002b). Dessa forma, é inaugurado o primeiro equipamento público de atenção à saúde mental infantojuvenil da Política Nacional de Saúde Mental, o CAPS Infantojuvenil (CAPSij<sup>6</sup>). Atualmente são 278 CAPSij habilitados em todo o território nacional<sup>7</sup>.

De acordo com o Manual *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*, os CAPSij são caracterizados como serviços de atenção diária destinados a crianças e adolescentes com grave comprometimento psíquico, incluindo “nessa categoria portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais” (p. 23). Além de ressaltar que os CAPSij devem trabalhar de maneira intersetorial, em parceria com os equipamentos ligados ao cuidado de crianças e adolescentes como a rede de saúde, educação e assistência social.

Este documento também tece algumas recomendações, como a necessidade de participação das famílias no tratamento e a manutenção de crianças e adolescentes em seu ambiente doméstico e familiar, a fim de aumentar a probabilidade de sucesso do tratamento. O cuidado deve ser integral e envolver, além de ações clínicas, ações no território e na rede, incluindo os contextos e as relações das crianças e adolescentes, já que melhorias nas condições ambientais podem se associar a uma melhor evolução clínica. Atividades de inclusão social e

---

<sup>6</sup> Apesar de ser nomeado na Portaria como CAPSi, este trabalho optou por nomear esses serviços como CAPSij, a fim de marcar o espaço da população adolescente e jovem neste serviço.

<sup>7</sup> Dados do Desinstitute (2021). Em 2022, a pesquisadora solicitou dados atualizados ao Ministério da Saúde; porém, não obteve resposta.

escolar devem fazer parte dos projetos terapêuticos. As equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, com enfoque ampliado (BRASIL, 2004a).

A seção a seguir apresentará cronologicamente os documentos publicados que teceram os princípios e diretrizes para a constituição do campo da saúde mental infantojuvenil em nosso país.

## **2.4. Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil e os princípios da Atenção**

### **Psicossocial para crianças e adolescentes**

Desde o início de sua proposição, a atual política de saúde mental de crianças e adolescentes foi protagonizada por atores dos diversos campos que atuam na infância e adolescência, configurando seu caráter intersetorial desde sua concepção (COUTO; DELGADO, 2010).

Compreendendo a complexidade que configura a atenção a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, não haveria sentido na construção de diretrizes e saídas efetivas para a desconstrução do modelo centrado na institucionalização de crianças e adolescentes sem a participação de todos esses atores.

A implantação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil – Portaria nº 1.608/2004 – cria um espaço de discussão permanente que considera as diferentes interfaces necessárias para o fortalecimento da Política de Atenção em Saúde Mental infantojuvenil, pautado na intersetorialidade e na constituição de redes de atenção como diretrizes norteadoras. Tem caráter representativo e deliberativo, sendo um importante instrumento de gestão (BRASIL, 2004b).

O Fórum se constituiu marcadamente intersetorial, com cadeiras garantidas a representantes de Áreas Técnicas do Ministérios da Saúde, além de outros Ministérios do governo federal (Saúde, Educação, Justiça, Cultura, Esportes, Desenvolvimento Social), Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional dos Direitos das crianças e dos adolescentes (CONANDA) representantes de associações e movimentos sociais, representantes de CAPSij e de coordenadores de saúde mental (BRASIL, 2013a).

As cartas provenientes desses encontros foram agrupadas no documento *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil – Recomendações*, e trazem orientações, além de pressupostos éticos, políticos e organizacionais para o campo da saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2013a).



Pela sua importância para a constituição do campo, serão apresentadas a seguir as recomendações presentes em cada uma das reuniões realizadas.

Na Recomendação nº 1/2005, o Fórum reconhece que há institucionalização de crianças e adolescentes e dá providências para a reversão desse quadro. Reforçam a necessidade de que as iniciativas da Reforma Psiquiátrica se estendam à população infantojuvenil, por meio do reconhecimento de que há 19.400 crianças e adolescentes institucionalizados em abrigos, incluindo os abrigos para deficientes, 11.000 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação e da existência de crianças e adolescentes internados em Hospitais Psiquiátricos voltados para a população adulta, principalmente por determinação judicial. Reafirma a importância dos serviços de saúde mental, com destaque aos CAPSij, no desenvolvimento de ações de desinstitucionalização (BRASIL, 2013a).

Na ocasião desta reunião, o Fórum recomendou ainda que, para a reversão do quadro existente, fossem criados serviços de base territorial, compatíveis com a lógica territorial e em articulação corresponsável entre os equipamentos da rede assistencial, reestruturação de toda a rede de atendimento a fim de alinhá-la às diretrizes da política pública de saúde mental, e o fortalecimento das redes de apoio familiares e comunitárias. Diálogo permanente com os Operadores do Direito, a fim de se alinharem aos princípios que norteiam as ações de cuidado em saúde mental. Consideração das diferenças étnico-raciais na análise dos fatores de institucionalização e no acesso à rede de atenção. Realização de estudos e pesquisas sobre as razões e os efeitos da institucionalização. Construção de dados qualificados sobre as condições clínicas e psicossociais dessas crianças e adolescentes, com censos populacionais e mapeamento das instituições governamentais, não governamentais e filantrópicas que instrumentalizem a política de desinstitucionalização. Tomada de responsabilidade com ações imediatas por parte dos gestores municipais, estaduais e federais (BRASIL, 2013a).

Na Recomendação nº 2/2005 o tema central foi “A Articulação dos Campos da Saúde e do Direito nas Políticas Públicas de Atenção à Infância e Adolescência”. Esta recomendação reforçou o alto número de institucionalização de crianças e adolescentes em todo o país, a maioria dos casos determinada pelas instâncias judiciais, apontando o fracasso histórico das ações de confinamento e da necessidade de criação de mecanismos mais eficazes para uma interlocução eficaz entre os campos da saúde mental e do direito. Esta recomendação trouxe também a mudança de modelo de assistência promovida pela Reforma Psiquiátrica como a criação dos CAPSij que operam na lógica territorial e comunitária, substituindo a lógica hospitalocêntrica, permitindo cuidar dos seus usuários sem afastá-los de sua vida cotidiana.

Reforçou que, de acordo com a Constituição de 1988 e a operacionalização da Doutrina de Proteção Integral pelo ECA, crianças e adolescentes são prioridade absoluta nas políticas públicas e têm direitos assegurados, ocupando o lugar de sujeitos de direitos. Destacou, ainda, o reconhecimento do quadro histórico de desassistência e ausência de políticas públicas eficazes para crianças e adolescentes, verificando um quadro de abandono decorrente de um longo processo histórico de privação global, e apontou a necessidade de mudança da mentalidade punitiva e tutelar para a uma mentalidade promotora de direitos e garantias. Posicionaram-se contra a redução da maioria penal, pois constitui ameaça à efetivação dos direitos humanos (BRASIL, 2013a).

Na Recomendação nº 3/2006, foi apresentada uma pesquisa que teve como objeto a investigação do nível de incidência de transtornos mentais de acordo com o CID-10 em jovens que estão cumprindo medida socioeducativa de internação. O Fórum alertou para o risco da patologização do fenômeno da infração e do envolvimento de jovens em situações de violência, sob pena de desconsiderar o processo histórico de exclusão social da população pobre em nosso país. Assim, recomendou o desenvolvimento de pesquisas científicas na área da saúde mental infantojuvenil com permanente avaliação crítica em termos éticos e metodológicos, evitando a patologização de problemas sociais complexos (BRASIL, 2013a).

Nas recomendações da VI Reunião Ordinária (2006) foi pactuado um conjunto de diretrizes que deveriam nortear o trabalho em todo o território nacional, visando a consolidação da rede pública ampliada de saúde mental para crianças e adolescentes. As instâncias gestoras e os CAPSij ficaram responsáveis por agenciar ações de integração com as redes da Saúde, Educação, Assistência Social, instituições do Direito e da Justiça, Cultura, Lazer e os Conselhos Tutelares, garantindo formação e qualificação aos profissionais que compõem a rede ampliada, a fim de que se efetivasse a construção de uma rede embasada nos princípios da então atual Política Pública de Saúde Mental para crianças e adolescentes. Foi proposta também a constituição de fóruns locais em todos os municípios, de caráter interinstitucional, intersetorial e deliberativo, assim como a ampliação de recursos financeiros para a saúde mental infantojuvenil nas três esferas da gestão (BRASIL, 2013a).

O tema central da VII Reunião Ordinária (2007) foi a “Rede de Cuidados na Perspectiva da Intersetorialidade” e teve o objetivo de trazer diretrizes norteadoras para a gestão e para a organização dos serviços de saúde mental e da rede ampliada de cuidados à criança e ao adolescente, embasando a construção de políticas intersetoriais. Em relação à Educação, recomendou-se ao CAPSij a parceria com as famílias e as escolas a fim de auxiliar no processo

de inclusão escolar, além de pautar o tema da medicalização e a patologização das questões de aprendizagem, comportamento e disciplina. Com a Assistência Social, foi orientado aos CAPSij que se aproximassem dos abrigos e dos CRAS, além do mapearem crianças e adolescentes em situação de abrigamento e em regime de internação por cumprimento de medida socioeducativa. Já em relação à Atenção Básica, ressaltou-se como fundamental sua articulação por meio de ações de matriciamento, que promovessem um fluxo de comunicação e encaminhamento entre os profissionais da rede. Foi orientado que as internações psiquiátricas deveriam ocorrer em leitos em Hospitais Gerais, com acompanhamento dos CAPSij do início até o seu retorno ao território (BRASIL, 2013a).

A VIII Reunião Ordinária (2009) teve como tema central “Álcool e Outras Drogas: Atenção Integral e Inclusão”. Considerou-se fundamental o reconhecimento da vulnerabilidade a que essa população em questão está exposta, em especial aquela que se encontra em situação de rua, além do reconhecimento da complexidade presente nos casos de crianças e adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas, sendo essencial a inclusão dos contextos socioculturais e econômicos na compreensão e na construção de estratégias para o enfrentamento desta problemática (BRASIL, 2013a).

Foi então indicada a Redução de Danos (RD) como proposta de atenção integral, intersetorial e corresponsável, pois a mesma fomenta o reconhecimento da autonomia do indivíduo e da singularidade de cada situação. Destacou-se que o uso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes deve ser considerado uma demanda de cuidado ampliado, sendo necessário o conhecimento de suas realidades e as múltiplas causas envolvidas na questão, despatologizando o consumo dessas substâncias e auxiliando na desconstrução de preconceitos que levam à exclusão social. Apontou-se também que a responsabilidade de acolhimento do usuário é de qualquer serviço que ele venha buscar, além de ter-se reforçado que as internações devem ocorrer em Hospitais Gerais. Para adolescentes que se encontravam no sistema socioeducativo, foi afirmada a garantia de atendimento na rede de saúde mental, em especial nos CAPS (BRASIL, 2013a).

Esta reunião também registrou a indignação e repulsa pelas internações involuntárias em Hospitais Psiquiátricos que extrapolassem 45 dias ou internações em unidades de medidas socioeducativas que extrapolassem três meses, constituindo-se como práticas abusivas e que violam os direitos de crianças e adolescentes. Além disso, também reafirmou sua posição contrária à redução da maioria penal (BRASIL, 2013a).

Na IX Reunião Ordinária<sup>8</sup> (2012), que teve como tema central “Desafios para o campo da infância e juventude no âmbito da RAPS”, alguns caminhos foram propostos, como o fortalecimento e a resolutividade da Atenção Básica por meio de equipes de saúde mental, matriciamento e equipes NASF; inserção da RAPS na Rede de Proteção da criança e do adolescente e oferecimento de Educação Continuada aos trabalhadores da RAPS e do Sistema de Garantia de Direitos, incentivando a formação de juízes, promotores e defensores públicos; a articulação com a ANVISA<sup>9</sup> para discutir a comercialização de psicotrópicos para crianças e adolescentes, além da criação de um Grupo de Trabalho sobre Medicalização; a realização de um Censo Psicossocial para crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional e privação de liberdade; estímulo e fortalecimento de ações intersetoriais e aproximação da saúde mental infantojuvenil com o setor educação tanto na micro quanto na macroestrutura política; garantia de cuidado na rede de saúde para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e regulamentação do uso de algemas como excepcionalidade; construção de mecanismos eficientes de divulgação da política nacional de saúde mental infantojuvenil e formação de jovens como multiplicadores em atenção psicossocial infantojuvenil; construção de mecanismos de sustentabilidade para os CAPSij, como garantia de supervisão clínico-institucional, número adequado de profissionais, ações de matriciamento, ações no território e implantação de fóruns regionais e locais (BRASIL, 2013a).

Em 2005, ocorreu a publicação do documento *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil*, que marca a efetivação de uma política específica para a saúde mental infantojuvenil que considere as particularidades e especificidades dessa população, traçando princípios embasados na ética e na lógica do cuidado (BRASIL, 2005a).

Este material aponta que, primeiramente, é preciso considerar que crianças e adolescentes são sujeitos, responsáveis por suas vivências, que precisam ter voz, serem escutados e terem seus sofrimentos reconhecidos como próprios. São também sujeitos de direitos, dentre os quais está o direito ao cuidado. A singularidade deve estar presente no cuidado ofertado a essa população, evitando ações homogeneizantes que os massificam e os indiferenciam (BRASIL, 2005a).

---

<sup>8</sup> Vale destacar que, entre 2009 e 2012, há um hiato na realização dos fóruns, e que após a mudança de coordenador de saúde mental, foi realizada apenas uma reunião, em 2012, sendo observado um desinvestimento na SMIJ. Isso possivelmente se deve ao fato de essa gestão estar focalizada na atenção às pessoas usuárias de substâncias psicoativas, em especial de crack, e de as ações da SMIJ estarem focalizadas em ações de prevenção, realizadas pelos Programas *Tamo Junto*, *Elos* e *Famílias fortes*.

<sup>9</sup> Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Couto e Delgado (2015) contribuem para a compreensão desse princípio ao reforçarem que sujeitos carregam histórias de vida e experiências singulares passíveis de serem atravessadas pelo sofrimento e adoecimento psíquico. Como sujeitos também têm o direito de expressarem seu sofrimento de diferentes maneiras e de receberem os cuidados necessários quando este sofrimento se fizer insuportável.

Outro importante princípio explicitado é o do acolhimento universal, que preconiza que os serviços de saúde mental infantojuvenil devem ter suas portas abertas para acolher todos aqueles que buscam cuidado. Este princípio considera que nem toda demanda que chega ao serviço deverá ser absorvida, mas que o acolhimento, a escuta e o reconhecimento da legitimidade da procura já se configuram como uma forma de cuidado (BRASIL, 2005a).

O acolhimento busca eliminar as barreiras burocráticas de acesso ao serviço, rompendo com a lógica do encaminhamento e com a peregrinação de serviço em serviço que os usuários fazem em busca de cuidados (BRASIL, 2005a).

Todo acolhimento deve levar a uma resposta, que pode ser assumir o cuidado, encaminhar de forma implicada a outro serviço ou desconstruir a demanda como demanda de tratamento (por exemplo, nos casos de questões escolares). O encaminhamento implicado se refere à responsabilização de quem encaminha, com o acompanhamento do caso até o seu novo destino (BRASIL, 2005a).

A construção permanente da rede se configura como um importante princípio, pois marca que o mandato dos serviços não se limita apenas às suas ações técnicas, mas inclui o trabalho construído com os demais atores e equipamentos da rede (BRASIL, 2005a).

Esta concepção de rede se articula com a noção de território. O território é compreendido para além de seu recorte geográfico, configurando-se como o lugar psicossocial do sujeito, que é tecido por instâncias pessoais e institucionais que compõem sua vida, incluindo sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas e os serviços de saúde (BRASIL, 2005a).

Já o princípio da intersetorialidade na ação do cuidado se refere às ações realizadas pelos serviços de saúde mental infantojuvenil em conjunto com os equipamentos do território, tanto clínicos quanto não clínicos, que apresentam relação com a vida de crianças e adolescentes (BRASIL, 2005a).

Esses princípios apresentados trazem o que Couto e Delgado (2015) chamam de duplo mandato, no qual os CAPSij incorporam em seu trabalho tanto ações clínicas quanto gestoras

das demandas territoriais, implicando o território, a intersetorialidade e a rede como montagens articuladas e colaborativas, na busca da ampliação do acesso e qualificação do cuidado.

Além dos princípios apresentados, também são apontadas diretrizes operacionais para as ações de cuidado ofertadas pelos serviços de saúde mental infantojuvenis, principalmente os de caráter territorial e cuidado intensivo, como é o caso dos CAPSij.

A primeira se refere ao reconhecimento da legitimidade do pedido de quem busca serviço, o que necessariamente deverá se desdobrar em uma ação de acolhimento por parte do serviço. A segunda diretriz é a tomada de responsabilidade pelo agenciamento do cuidado, seja no próprio equipamento ou em outro serviço da rede. A terceira se refere à sustentação do lugar de sujeito de direitos ocupado pela criança e adolescente em todo processo de cuidado. A quarta situa os familiares e responsáveis como sujeitos de demandas e que devem ser incluídos nas ações de cuidado. A quinta reforça que as ações de cuidado sejam sempre fundamentadas em recursos teóricos-técnicos, produto de discussões em equipe e baseados nas diretrizes da política pública de saúde mental. A sexta diretriz aponta a importância de manter aquecidas as articulações com os equipamentos da rede, a fim de operar na lógica de rede ampliada de atenção (BRASIL, 2005a).

Em 2010, temos a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, que estabeleceu as seguintes deliberações para a saúde mental infantojuvenil: a expansão e qualificação das estratégias de desinstitucionalização para crianças e adolescentes; o fortalecimento de políticas intersetoriais orientadas para a promoção de saúde e saúde mental e para a atenção integral; a efetivação de articulações intrasetoriais, particularmente com a atenção básica e Hospitais Gerais; consolidação do fundamento intersetorial na montagem da rede de cuidados, especialmente com os setores da educação, assistência social, justiça e direitos; destinação financeira compatível com as exigências da atenção psicossocial para infância e adolescência (BRASIL, 2010).

Já em 2014 foi publicado o documento *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS – Tecendo redes para garantir direitos*, uma construção conjunta entre técnicos do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional do Ministério Público, que tem o objetivo de colocar em pauta o desenvolvimento de ações efetivas na promoção, na proteção e na defesa dos direitos de crianças e adolescentes, nos âmbitos jurídicos e de atenção à saúde, com ênfase na atenção psicossocial (BRASIL, 2014).

Este material reafirmou o compromisso pela efetivação dos direitos de crianças e adolescentes, reconhecendo que são seres em desenvolvimento e, como tal, necessitam de mais direitos garantidos para realizar o seu por vir em toda a sua potência (BRASIL, 2014).

Além disso aponta que

(...) é importante que, no processo de desenvolvimento humano, crianças e adolescentes tenham acesso ao convívio com adultos acolhedores, preferencialmente familiares; ao sentimento de pertença a um grupo social; à educação formal; às ações de promoção, proteção e recuperação da sua saúde; ao desenvolvimento e à qualificação profissional; e à possibilidade de realização de seus projetos de vida, reconhecendo os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam sua exequibilidade (BRASIL, 2014, p. 14).

Posto isso, fica claro que o cuidado no território se faz essencial para a garantia dos direitos previstos no ECA. O SUS trabalha com uma concepção integral de saúde, incluindo os múltiplos determinantes sociais envolvidos no processo saúde doença e preconizando o acesso a outras políticas intersetoriais para a promoção do bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 2014).

Neste sentido, é importante reconhecer que os riscos produzidos pelo contexto social e todas as desigualdades decorrentes de processos históricos de exclusão e discriminação influenciam no acesso e garantia de direitos de crianças e adolescentes e, por conseguinte, na produção de sua saúde (BRASIL, 2014).

Compreende-se que o cuidado em saúde envolva as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos. Assim, não há como produzir saúde sem incluir a saúde mental. É necessário que crianças e adolescentes em sofrimento sejam vistos integralmente, por exemplo, compreendendo que sintomas físicos têm estreita relação com sofrimentos emocionais e relacionais, ou que muitas vezes o uso de álcool e outras drogas pode ser uma maneira de escamotear um sofrimento (BRASIL, 2014).

Vista a complexidade que se apresenta o sofrimento psíquico em crianças e adolescentes, faz-se indispensável a construção de uma rede comunitária e territorial de serviços que garanta cuidados em saúde mental de maneira singular, ampliada, integral e em articulação intersetorial, enfrentando os estigmas e os determinismos e promovendo a inclusão social (BRASIL, 2014).

Com o objetivo de constituir uma atenção em rede à saúde mental no Brasil, foi proposta a Rede de Atenção Psicossocial, que será apresentada a seguir.

## **2.5. A Rede de Atenção Psicossocial e o cuidado de crianças e adolescentes**

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), foi instituída pela Portaria nº 3.088 de 2011 e tem como objetivo a criação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS; a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral; a vinculação dos usuários e suas famílias aos pontos de atenção; e sua articulação com as redes de atenção à saúde do território, garantindo acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às situações de urgência (BRASIL, 2011).

Em relação aos objetivos específicos da RAPS, aponta-se a promoção de cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis, como crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas; prevenção e redução de danos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas; promover a reabilitação e a reinserção por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; produzir e ofertar informações sobre os direitos das pessoas e sobre os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RAPS; monitorar e avaliar a qualidade dos serviços (BRASIL, 2011).

A RAPS é composta pelos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial, que serão apresentados a seguir, enfocando as necessidades decorrentes da população infantojuvenil (BRASIL, 2011).

Yasui (2016) reconhece a importância da RAPS na constituição de uma rede territorial ampla e diversa, que favorece a integração e a qualificação do cuidado. Porém, tece uma crítica ao apontar a falta da inclusão dos componentes da intersetorialidade. Muito embora as ações intersetoriais sejam citadas nas diretrizes, os equipamentos da Assistência Social, Educação e Cultura não foram citados; é incluído apenas o componente da reabilitação psicossocial associada a projetos de geração de trabalho e renda. “A RAPS é, na portaria, uma rede da política dos serviços de saúde e não da saúde como produção da vida” (p. 74)

Apresentando os componentes da RAPS um a um, o componente da Atenção Básica (AB) é composto pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) que cumprem a função de ordenar os cuidados no SUS. Os equipamentos da AB realizam o acompanhamento longitudinal das famílias e, por sua capacidade de capilarização nos



territórios, favorecem a proximidade com escolas e outros espaços de convivência, apresentando um importante potencial para a formação de vínculos e para desenvolvimento de ações junto à população infantojuvenil (BRASIL, 2014).

Na série de Cadernos de Atenção Básica, o número que aborda a Saúde Mental, publicado em 2013, realiza algumas orientações sobre o trabalho com crianças e adolescentes. A primeira se refere à compreensão que crianças e adolescentes são sujeitos em desenvolvimento, que apresentam uma subjetividade própria. Por isso, conhecer sua história, dinâmica familiar e as características de cada ciclo da vida são tão importantes para a identificação de necessidades de cuidado. É essencial o trabalho com as famílias, seja para a identificação precoce ou para a desconstrução do estigma relacionado aos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, presentes em falas como “é coisa da idade”, “com o tempo passa” ou “meu filho não é louco”. Deve ser dada especial atenção às famílias expostas a situações de risco e violência e cuidadores com transtornos mentais, a fim de que sejam propostas ações que fortaleçam os fatores protetivos. A avaliação inicial deve ser ampla e integral, compreendendo a criança ou adolescente, a família, a escola e a comunidade e os vários recursos do território que possam integrar o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Alerta também sobre a importância de escutar a criança, por menor que ela seja, já que essa postura interessada possibilita que a criança se expresse (BRASIL, 2013b).

Este documento também apresenta um roteiro que facilita a construção de um caminho de acolhimento e avaliação por parte dos profissionais de atenção básica para as questões de saúde mental em crianças e adolescentes, incluindo a investigação de problemas emocionais, relacionais, de desenvolvimento, de conduta, de uso de drogas e de contextos de vida (família, escola e comunidade). Além de orientarem sobre identificação de sintomas mais graves e sobre a necessidade de conhecer a quais serviços e profissionais da rede devem recorrer em casos mais complexos, como as equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), CAPS, CAPSij, CAPS AD ou outras equipes especializadas do território. Nestes casos é essencial que a AB mantenha o acompanhamento e a responsabilização pelo cuidado (BRASIL, 2013b).

As equipes de Consultório na Rua (CR) também fazem parte dos equipamentos da AB e são compostas por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações de cuidados à população em situação de rua. Para as crianças e adolescentes, essas equipes são estratégicas, pois sua presença sistemática no território possibilita o acolhimento, a construção de vínculos e o acesso aos serviços de saúde, privilegiando assim o princípio da proteção integral do ECA (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Outro componente da AB são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família<sup>10</sup> (NASF), que é constituída por profissionais de saúde de diferentes categorias que atuam de maneira integrada, apoiando as Equipes de Saúde da Família e as Equipes de Atenção Básica. Ofertam apoio especializado (apoio matricial), com discussões de casos, cuidado compartilhado e manejo de situações, favorecendo a inclusão dos usuários com demandas em saúde mental na AB. Para crianças e adolescentes, podem compor o cuidado por meio de grupos terapêuticos, intervenções familiares, além de apoio e suporte nas proposições de projetos terapêuticos (BRASIL, 2014).

Já a Atenção Psicossocial Estratégica é composta pelos CAPS que são constituídos por equipes interdisciplinares que prestam acompanhamento longitudinal a pessoas com sofrimento psíquico intenso, por meio do desenvolvimento de um PTS construído conjuntamente com a equipe, o usuário e sua família. Devem funcionar com suas portas abertas às demandas de saúde mental do território e operar prioritariamente em espaços coletivos como grupos, assembleias e reuniões, além da articulação com os demais pontos da rede de saúde e de outros setores (BRASIL, 2014).

Vale ressaltar que o acolhimento e o cuidado das pessoas em situações de crise é um dos principais objetivos de um serviço CAPS, que deve articular e coordenar o cuidado caso seja necessário acionar algum ponto de urgência e emergência. As situações de crise são momentos de maior fragilidade, por isso é essencial que o usuário seja cuidado por quem já possua vínculo e confiança. Assim, o acompanhamento longitudinal realizado pelos CAPS e pelas UBS apresentam um grande potencial de cuidado nesses momentos, pois esses profissionais conhecem a história de vida do usuário, seu contexto familiar e o contexto que desencadeou a crise (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2014).

Os CAPS III, com funcionamento 24 horas, ofertam acolhimento integral, diurno e noturno, a usuários em situações de crise, que demandam um cuidado intensivo em saúde mental ou que necessitam se afastar de situações conflituosas em seu cotidiano (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2011, BRASIL, 2014).

Observa-se que o CAPSij III não é citado nos documentos e portarias ministeriais; porém, o município de São Paulo publicou a Portaria Municipal nº 342 de 2019 (SÃO PAULO,

---

<sup>10</sup> Vale ressaltar que os NASF e as normativas que definem os parâmetros e custeio foram revogados em janeiro de 2020, com a publicação na Nota Técnica nº 3 do Departamento de Saúde da Família, vinculado à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. Desta forma, a partir de 2020, o Ministério não realizará mais o credenciamento de equipes NASF. Esta revogação é um dos muitos retrocessos protagonizados pelo Governo Federal de Jair Bolsonaro.

2019a) que regulamenta esses serviços. O pioneirismo de São Paulo e os objetivos do CAPSiJ III serão apresentados no Capítulo 4.

Já no capítulo 3, será retomada a temática da atenção à crise, aprofundando os aspectos presentes nas políticas e na literatura.

A Atenção Residencial de Caráter Transitório é representada pela Unidade de acolhimento (UA), que apresenta funcionamento 24 horas por dia e tem o objetivo de ofertar cuidados em ambiente residencial às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que vivenciam acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar, demandando acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O acolhimento na UA é um recurso do PTS, definido pelo CAPS de referência e o tempo de permanência para crianças e adolescentes é de até seis meses. A UA Infantojuvenil (UAij) tem o objetivo de evitar internações desnecessárias, construindo ações de cuidado pautadas no direito ao convívio familiar e comunitário e favorecendo novos projetos de vida, a inserção social, a autonomia e a emancipação (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014).

Salienta-se que o cuidado a crianças e adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas deve ser ampliado, contextualizado, singular, incluindo sua rede de relações e a rede intersetorial, a fim de evitar intervenções reducionistas que levam a respostas de controle social como a medicalização e a internação. Deve respeitar a diretriz da redução de danos e os princípios da Reforma Psiquiátrica. O uso de substâncias nem sempre se relaciona a uma patologia, podendo se apresentar como uma forma de lidar com situações de vida muito adversas, como a falta de moradia e acesso à escola, situações de violência, frustrações pessoais, entre outras razões (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

Os pontos de Atenção de urgência e emergência são compostos pelo SAMU, Sala de estabilização, UPA 24 horas, Pronto Atendimento, Pronto Socorro, UBS, entre outros. São responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Caso o primeiro acesso do usuário à RAPS se dê por um ponto de atenção de urgência e emergência, o CAPS de referência deve ser acionado, a fim de favorecer a vinculação do usuário com o serviço territorial. É importante reconhecer que crianças e adolescentes também estão sujeitos às urgências e emergências clínicas e de saúde mental, tanto por questões decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas quanto por alguma condição psíquica.

Assim, precisam ser acolhidos em todos os pontos de atenção disponíveis e terem suas demandas de cuidado atendidas no menor tempo possível (BRASIL, 2014).

Os pontos de Atenção hospitalar são compostos pelo Serviço Hospitalar de Referência e pela Enfermaria Especializada em Hospital Geral (BRASIL, 2011).

O Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluídas aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas é constituído de leitos em enfermarias da clínica médica, da pediatria ou da obstetrícia<sup>11</sup> que oferecem cuidado hospitalar em saúde mental, respeitando as determinações da lei nº 10.216/2001. As internações devem ocorrer de forma pontual, em regime de curtíssima ou curta permanência, devendo estar articulado aos demais pontos de atenção a fim de garantir o acompanhamento longitudinal (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2014).

A Enfermaria Especializada em Hospital Geral é composta por equipe interdisciplinar e tem o objetivo de oferecer cuidado nos momentos de agravamento que exigem acesso à tecnologia hospitalar. A internação deve estar articulada ao PTS elaborado pelo serviço de referência do usuário, devendo ocorrer de forma pontual, com curta ou curtíssima duração. Em caso de necessidade, crianças e adolescentes devem ser acolhidos nos leitos disponíveis, mesmo que não haja no território leitos específicos para essas faixas etárias, uma vez que são prioridade absoluta para a garantia de cuidado, proteção e socorro. Em caso de internação hospitalar, vale lembrar que crianças e adolescentes têm direito a ter um acompanhante (BRASIL, 2014).

Uma das deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental se refere à ampliação do número de leitos em Hospital Geral para atenção à crise de crianças e adolescentes por questões de saúde mental ou decorrente do uso de álcool e outras drogas, assegurando acolhimento e acompanhamento nos Hospitais Gerais a essa clientela, com equipe de saúde mental articulada com os serviços territoriais e em consonância aos princípios da Reforma Psiquiátrica e do ECA (BRASIL, 2010).

Cabe evidenciar que, de acordo com a lei 10.216, a internação deve ser o último recurso a ser acionado, quando todas as possibilidades de cuidado em serviços territoriais tiverem se esgotado. É um recurso que deve compor o PTS, sendo negociado com o usuário e sua família, sua indicação deve se embasar nas condições clínicas do usuário, que deverá permanecer o menor tempo possível, objetivando sempre a inserção social e a intervenção nos contextos reais de vida. Destaca-se que essa mesma lei veda qualquer internação em instituições de características asilares (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014).

---

<sup>11</sup> Também nomeados como Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental em Hospitais Gerais.

A intersetorialidade é parte constituinte da rede ampliada de atenção à saúde mental infantojuvenil, não há como cuidar de crianças e adolescentes sem a articulação e a parceria com os setores envolvidos diretamente com essa população. Devido a sua importância e centralidade na atenção psicossocial de crianças e adolescentes, a intersetorialidade é abordada nos documentos norteadores e seus principais pontos de discussão serão apresentados a seguir.

O primeiro ponto se refere ao papel estratégico da Educação. As escolas concentram a maior parte da população infantojuvenil brasileira e são espaços potenciais para o desenvolvimento de crianças e adolescentes e suas famílias, auxiliando na promoção de fatores protetivos e na detecção de riscos. Vale ressaltar que a identificação e o diagnóstico de transtornos mentais não fazem parte das atribuições dos profissionais da Educação, mas sim a promoção de ambientes saudáveis, acolhedores e reflexivos que possibilitem o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes (BRASIL, 2014).

Além disso, o relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010) aponta a importância de se garantir a toda rede escolar a estratégia de educação permanente, abordando a temática da saúde mental da infância e adolescência, segundo os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, assim como estabelecer um trabalho efetivo de integração e corresponsabilização entre os profissionais da saúde mental e da educação frente às situações problema vivenciadas no espaço escolar, envolvendo crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, evitando a estigmatização dos alunos com transtornos mentais e/ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Com os Conselhos Tutelares, é apontada a necessidade de capacitação dos conselheiros tutelares nas questões relativas à saúde mental de crianças e adolescentes (BRASIL, 2010).

Outro ponto a ser discutido é o acolhimento institucional promovido pela Política de Assistência Social e destinado a famílias e/ou crianças e adolescentes com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir a proteção integral. É uma medida de excepcionalidade que deve ser utilizada apenas quando os recursos para manutenção do convívio em sua família de origem, família extensa ou comunidade tiverem se esgotado, a fim de proteger a criança ou o adolescente de graves riscos a sua integridade física ou psíquica. Em caso de afastamento, a rede de serviços públicos deve garantir condições para potencializar um ambiente seguro de convivência. Vale ressaltar que a falta de recursos materiais não constitui em si motivo para encaminhamento ao serviço de acolhimento ou inviabilização de sua reintegração familiar (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2014).

Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa também constituem uma demanda importante a ser discutida, uma vez que a relação de causalidade entre uso de drogas e ato infracional é bastante frequente. É importante frisar que qualquer abordagem a crianças e adolescentes deve ser capaz de singularizar e considerar as várias dimensões da sua vida, compreendendo sua história, os contextos em que ocorre o ato infracional ou uso de substâncias e seus sentidos presentes na vida do usuário, fugindo assim de qualquer reducionismo. Cabe aos profissionais do sistema socioeducativo e de outros sistemas que atuem com esses adolescentes, não se focar no ato infracional em si, mas compreender as circunstâncias de vida que os levaram a praticar esse ato, evitando que se reproduzam cotidianamente novos tribunais (BRASIL, 2014).

Em relação à atenção a crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2010, a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias em Situação de Violência”, que oferece diretrizes aos profissionais de saúde para a identificação dos sinais e sintomas de violência, além do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de saúde, garantindo a continuidade do cuidado na rede de proteção social. A atenção psicossocial a esse público é de responsabilidade de todos os pontos da RAPS, sendo essencial para um cuidado de qualidade fundamentado nos princípios da humanização e da proteção integral (BRASIL, 2014).

Apesar de todos os avanços vivenciados na Política Nacional de Saúde Mental, vale ressaltar que desde o Golpe de 2016, que ocasionou o *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, muitos retrocessos e ataques conservadores vêm ocorrendo em muitas políticas públicas brasileiras (BRAZ; 2017), entre elas a da saúde mental.

De acordo com Yasui (2016), inicia-se um movimento abertamente anti-SUS, que ampliará a precarização da saúde e a flexibilização dos princípios do SUS, que usará o déficit público fiscal como justificativa para impor de modo autoritário o desinvestimento aos direitos sociais, além das ameaças de discursos conservadores no legislativo, dificultando os avanços no processo civilizatório como reconhecimento das famílias homoafetivas, estatuto da criança e violência doméstica.

Amarante (2021) aponta que, a partir de 2016, um novo cenário é anunciado, evidenciando retrocessos ideológicos e civilizatórios. As narrativas favoráveis a internações compulsórias, Comunidades Terapêuticas, proibicionismo, intolerância, estigmas e preconceitos passam a ser acentuadas. Deste modo, o autor problematiza que, mais do que uma

contrarreforma sanitária e psiquiátrica, estamos de frente a um processo de desmonte do estado de direito no Brasil.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), ao estudarem as reorientações da Política Nacional de Saúde Mental de 2016 a 2019 identificaram o incentivo às internações psiquiátricas, o financiamento às Comunidades Terapêuticas, o foco em ações proibicionistas, uma tendência à estagnação na implantação de serviços de base territorial, evidenciando retrocessos nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Os autores refletem que este forte retorno ao paradigma manicomial é compreendido como um efeito da anômala situação política do país.

Também apontam que estas mudanças representam a antítese do referencial ético e técnico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, desenvolvido ao longo dos seus 35 anos de existência. As implementações foram impostas sem nenhuma legitimidade social, política e legal, foram realizadas sem qualquer consulta ou debate com os profissionais e pesquisadores do campo, ignorando toda a legislação nacional e internacional que ampara o processo de reforma, o Conselho Nacional de Saúde e as orientações realizadas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Deste modo, a atenção psicossocial sofre importantes retrocessos, como a expansão de convênios com as Comunidades Terapêuticas de cunho religioso, desinvestimento em experiências exitosas como o *Programa De Braços Abertos* em São Paulo, foco em ações de caráter higienista, segregador e hospitalocêntrico (YASUI 2016).

Destacamos a Portaria nº 3.588 de 2017, que altera os serviços componentes da RAPS, incluindo a Unidade Ambulatorial Especializada, o Hospital Psiquiátrico Especializado, o Hospital Dia e o CAPS AD IV (BRASIL, 2017) e a publicação da Nota Técnica nº 11/2019 emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas que, após fortes pressões sociais, foi revogada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a).

Outros relevantes retrocessos se deram na área de álcool e outras drogas, como a publicação da portaria nº 563/2019, que cria o cadastro de credenciamento das Comunidades Terapêuticas junto ao Ministério da Cidadania e a Resolução nº 3/2020<sup>12</sup> que regulamenta no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, o acolhimento de adolescentes em

---

<sup>12</sup> A Defensoria Pública da União entrou com uma Ação Civil Pública contra a União Federal solicitando a revogação desta resolução. Em julho de 2021, o Tribunal Regional Federal deferiu uma decisão liminar suspendendo o acolhimento de qualquer adolescente em Comunidades Terapêuticas de todo o país e solicitando o desligamento em 90 dias dos adolescentes que se encontram acolhidos, retirando o financiamento federal após esse período. Cabe destacar que em tempo de publicação desta tese, em setembro de 2022, a Resolução nº 3/2020 foi revogada, representando uma importante vitória política para o campo da SMII.

Comunidades Terapêuticas, impactando diretamente no cuidado ofertado a adolescentes que apresentam problemas decorrentes do uso de substâncias (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2020).

Uma proposta que fere integralmente os direitos humanos e os direitos preconizados pelo ECA, que contraria a evidência que isolamento e exclusão não produzem cuidado, que nega toda as conquistas da Reforma Psiquiátrica e que ignora todas as denúncias de violações e maus tratos ocorridas no interior das Comunidades Terapêuticas, forjando novas formas de manicômio e reproduzindo uma história de institucionalização da juventude pobre, que reduz toda a complexa dinâmica que envolve o uso de substâncias por adolescentes a uma resposta que segrega e individualiza o problema.

### **3. CAPÍTULO 3 - ATENÇÃO À CRISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

#### **3.1. O lugar da atenção à crise de crianças e adolescentes na RAPS**

Apesar dos avanços realizados na implantação das políticas públicas de saúde mental a crianças e adolescentes nas últimas duas décadas, é essencial discutirmos as lacunas existentes nas políticas, assim como os desafios e fragilidades presentes em sua implementação.

São muitos os desafios vivenciados no campo da saúde mental infantojuvenil. Entre eles, destacamos o baixo número de CAPSij em todo o território nacional, em comparação as outras modalidades de CAPS<sup>13</sup>; a dificuldade da Atenção Básica se responsabilizar pelo cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes; os entraves para que os serviços de urgência e emergência acolham essa população, respeitando suas singularidades e necessidades; as fragilidades para que os serviços da RAPS efetivem a atenção à crise de crianças e adolescentes no território dentro da lógica psicossocial; a medicalização e a patologização de questões sociais e escolares; fragilidade da intersetorialidade como instrumento e possibilidade de ampliação do cuidado, assim como a presença da institucionalização como uma resposta social e judicial a muitos dos problemas vivenciados por crianças e adolescentes pobres. Esta última questão é

---

<sup>13</sup> De acordo com dados Ministério da Saúde, de abril de 2021, o Brasil possui 331 CAPS AD, 128 CAPS AD III, 2 CAPS AD IV, 1.366 CAPS I, 526 CAPS II, 121 CAPS III e 274 CAPSij. Já de acordo com dados do Desinstitute (2021) o Brasil possui 369 CAPS AD, 106 CAPS AD III, 1.388 CAPS I, 532 CAPS II, 112 CAPS III e 278 CAPSij. Vale ressaltar que desde 2015 não foi lançado mais nenhum *Saúde Mental em Dados*. Os dados obtidos junto ao Ministério da Saúde se deram por uma solicitação realizada por e-mail pela pesquisadora. No mesmo ano (2021), foi publicado pelo Desinstitute, uma organização da sociedade civil que luta pelo cuidado em liberdade, em parceria com Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (UFRJ), um documento com um levantamento realizado em 2020 que revela dados sobre a RAPS. Observa-se que estes dados são diferentes dos coletados junto ao Ministério da Saúde. Essa divergência de dados é um dos muitos frutos decorrentes da ausência de esforço do governo Bolsonaro em trabalhar em prol das políticas públicas e entregar dados com transparência à sociedade civil.



exemplificada pelos pedidos de internação psiquiátrica a usuários de substâncias psicoativas, pelo alto número de acolhimentos institucionais e de internação de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

A despeito de todos os esforços para a transformação da lógica asilar para a lógica psicossocial no cuidado em saúde mental infantojuvenil, estudos mostram que a internação de crianças e adolescentes em Hospitais Psiquiátricos (BLINKSTEIN; VICENTIN, 2016; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015; SCISLESKI; MARASCHIN; SILVA, 2008) e em instituições filantrópicas para deficientes (BLIKSTEIN, 2019) ainda é uma realidade em nosso país.

Frente a essa realidade, destacamos a urgente necessidade de que a atenção à crise de crianças seja pautada de forma mais evidente nas políticas públicas de saúde mental, além da implementação de uma rede territorial continente que responda às necessidades decorrentes desse momento de fragilidade que atravessa a vida de crianças, adolescentes e suas famílias, ofertando cuidados psicossociais efetivos que façam frente às respostas reducionistas, medicalizantes e institucionalizadoras.

A partir dos documentos, portarias e diretrizes apresentados, observa-se que a atenção à crise de crianças e adolescentes é brevemente abordada. O único equipamento específico para esse público são os CAPSij, que apresentam um funcionamento diurno e, por isso, uma limitação do cuidado ofertado, revelando uma importante lacuna na RAPS.

Apesar dos outros equipamentos da RAPS terem a responsabilidade de atender as demandas de crianças e adolescentes em situações de crise, como as UBS e os serviços de urgência e emergência, o que vemos na prática é uma grande dificuldade desses equipamentos responderem ao cuidado dessa população, o que leva muitos usuários e suas famílias a iniciarem uma intensa peregrinação na rede em busca de cuidado.

Um equipamento que apresenta um grande potencial de cuidado psicossocial nas situações de crise de crianças e adolescentes são os CAPSij III (AMORIM, 2020; MOURA, 2018). Porém, estes serviços não foram previstos nas portarias ministeriais, o que revela novamente que as demandas de crianças e adolescentes nas políticas públicas de saúde mental ainda se encontram à margem.

Além da inserção tardia da saúde mental infantojuvenil na agenda da saúde pública brasileira, acredita-se que essa lacuna seja reflexo do tardio reconhecimento, pela sociedade e pela ciência, que crianças e adolescentes sofrem psiquicamente, além da compreensão que qualquer expressão de sofrimento nessa fase da vida é reflexo de seu meio, em geral do contexto familiar, levando à negação da subjetividade e da existência de experiências de crises nessa

população. É comum ainda ouvirmos questionamentos como “mas crianças sofrem psicologicamente?”, “existe crise na infância e adolescência?”.

Considera-se que o sucesso do acolhimento à crise é um dos principais objetivos de um serviço CAPS, que tem como missão essencial atender às pessoas em sofrimento psíquico intenso e evitar as internações (BRASIL, 2004a).

Os CAPS devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade (BRASIL, 2004a, p.17).

É reconhecido que os CAPSij exercem um papel estratégico na atenção à crise de crianças e adolescentes, ao se constituírem como equipamentos territoriais inseridos na rede, fundamentados numa ética de cuidado psicossocial, que inclui os contextos e as relações em suas ações de cuidado, possibilitando a construção de estratégias singulares e coletivas, que rompam com a individualização do sofrimento e construam uma atenção corresponsável com toda a rede serviços e atores que compõem a vida a crianças e adolescentes (MOURA et al., 2021).

De acordo com Dell’Acqua e Mezzina (1991), os múltiplos contatos dos serviços territoriais com os usuários, seus locais de vida e sua rede de relações, possibilitam que a crise seja incluída em um *continuum* histórico, tornando-a compreensível e evitando qualquer simplificação desse fenômeno (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991).

Para isso, é essencial que os serviços de saúde mental adotem um estilo de trabalho com alto consumo afetivo, intelectual e organizativo e que esteja voltado às necessidades dos usuários e não às do próprio serviço. A equipe deve operar com máxima disponibilidade e flexibilidade no uso de recursos, sendo o acolhimento, a escuta, a solidariedade, a afetividade e a negociação os instrumentos mais úteis na condução do cuidado ofertado (SARACENO, 2001).

A fim de se afirmarem como protagonistas na atenção à crise, é imprescindível que as equipes de CAPSij operem na lógica psicossocial, exercendo sua presença no território e a tomada de responsabilidade pelas situações de crise crianças e adolescentes. Para isso, faz-se necessária a configuração da equipe com olhar interdisciplinar e intersetorial, articulado com a rede, estruturado com um acolhimento porta aberta e com a oferta de recursos de cuidado que possam responder imediatamente às demandas decorrentes das situações de crise, tanto com

recursos institucionais quanto com a oferta de atendimentos e de acolhimento diurno e noturno, como o acesso a outros recursos da rede e do território que componham esse cuidado.

### **3.2. Crise psicossocial na infância e adolescência**

Compreender a crise pela perspectiva psiquiátrica, considerando-a apenas expressão aguda de sintomas, apresenta-se insuficiente para responder à complexidade que se apresenta às situações de crise vivenciadas por crianças e adolescentes.

Saraceno (2001) aponta que o sofrimento psíquico está relacionado a uma constelação de variáveis, mais ligadas aos contextos microssociais (família e comunidade) do que à própria doença. Assim, compreender o sofrimento psíquico apenas como expressão de uma doença revela a insuficiência do modelo psiquiátrico, fazendo-se necessária a ampliação do olhar para a experiência do sofrimento.

A crise é uma complexa situação existencial inserida num *continuum* histórico de vida do sujeito (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991). É composta de dimensões singulares e coletivas (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2017) e deve ser compreendida de forma complexa e psicossocial, incluindo as dinâmicas presentes nas redes de relações e nos contextos de vida. Assim, a perspectiva psicossocial inscreve a crise como um fenômeno que é singular, mas também relacional e social.

Moura et al. (2021) contribuem com essa compreensão psicossocial para a infância e adolescência.

(...) Quando uma criança ou adolescente vivencia uma situação de crise, ela traz consigo sua família, sua escola, sua comunidade, suas relações, sua história de vida, sua condição socioeconômica, sua cultura. Uma situação de crise não fala somente sobre o sofrimento individual daquela criança ou adolescente mas sobre a capacidade ou incapacidade de suporte de sua rede e do sofrimento vivenciado ou produzido por todos os atores que compõem suas relações e seus cenários de vida (p. 108).

Moura e colaboradores (PRELO), apontam que a noção de crise psicossocial estaria relacionada aos contextos microssociais (família, escola, comunidade e outras instituições) e aos contextos macrossociais (estrutura social, econômica, política e cultural).

Os contextos microssociais apresentam estreita ligação com o curso do desenvolvimento de crianças e adolescentes. Desta forma, compreende-se que qualquer prejuízo nestes cenários, como, por exemplo, dificuldades escolares, de socialização e conflitos familiares, apresenta um

importante potencial de interferir nos processos saúde-doença desta população (MOURA, et al., PRELO).

A inclusão dos contextos macrossociais marca um posicionamento ético e político, ao reconhecer o impacto das acentuadas desigualdades sociais, raciais e de gênero na produção do sofrimento em crianças, adolescentes e suas famílias, rompendo com uma lógica medicalizante e individualizante (MOURA, et al., PRELO).

Compreende-se que os contextos micro e macrossociais podem tanto contribuir para a produção do sofrimento, quanto para a sustentação do cuidado. A atenção psicossocial de crianças e adolescentes reivindica ações que extrapolem a dimensão individual, marcando sua singularidade pelo intenso trabalho com as famílias e com os serviços intersetoriais. Assim, a experiência da crise nessa população pode revelar um “intrincado entrelaçamento de crises familiares, institucionais e sociais, complexificando ainda mais todo esse cenário” (MOURA, et al., PRELO. p. 13).

Outro conceito que pode ajudar a compreender como a experiência da crise e do sofrimento psíquico atravessa a vida de crianças e adolescentes é o conceito da interseccionalidade que, segundo Crenshaw (2002), busca apresentar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação e poder, entre eles o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios que criam desigualdades básicas que geram posições relativas de gêneros, raças, etnias, classes e outras. Grupos marcados por múltiplas opressões se localizam nas intersecções desses eixos e estão sujeitos a serem atingidos de forma intensa, em razão de suas identidades específicas.

Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico podem se encontrar em diferentes intersecções desses eixos de poder, por isso é essencial um olhar sensível e singular a cada realidade. O primeiro eixo a ser considerado é a própria faixa etária que já as coloca em situação de desvantagem, uma vez que sua expressão e seu lugar de sujeitos de direitos são atravessados pelo poder do adultocentrismo. Outro eixo é constituído pelo poder médico e toda sua influência nos fenômenos sociais, o que pode levar a processos de medicalização, patologização e estigmatização do sofrimento, criando barreiras para o acesso aos direitos e a convivência social. Os outros eixos se referem a gênero, classe e raça, que produzem mais desigualdades e complexificam ainda mais a experiência do sofrimento. Como exemplo, crianças e adolescentes LGBT, negros e pobres estão atravessados por intersecções que os expõem a múltiplas violências (MOURA et al., PRELO).

A fim de apreender a vivência da crise, é urgente reconhecer que as infâncias e adolescências são singulares e plurais, compreendendo de forma crítica como o sofrimento afeta cada grupo em suas diferentes realidades sociais, culturais, políticas e econômicas, além de promover a desinvisibilização das diferenças e a construção de estratégias de cuidado, que produzam garantia e acesso aos direitos, buscando responder às profundas desigualdades vivenciadas por crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (MOURA et al., PRELO).

### **3.3. Revisão de literatura: Atenção à crise de crianças e adolescentes em serviços comunitários de saúde mental**

Será apresentada, a seguir, uma revisão de literatura realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, realizada em julho de 2021, considerando as produções nacionais e internacionais sobre atenção à crise de crianças e adolescentes em serviços comunitários de saúde mental, dos últimos 15 anos.

Foram utilizados os seguintes descritores:

*((Psychosocial Care Center\* OR Community Mental Health Service\* OR Mental Health Service\*) AND ((Crisis Intervention OR psychiatric crisis OR crisis) AND (Mental Health)) AND (child\* OR adolescent\* OR Young\*))*

Como resultados, foram obtidos 120 trabalhos; destes, foram selecionados 13, que estavam de acordo com o objeto dessa revisão, *atenção à crise de crianças e adolescentes em serviços comunitários de saúde mental*. Foram excluídos trabalhos que tratavam de ações para quadros de saúde mental específicos (como estresse pós-traumático, psicose e suicídio); serviços de urgência; ações referentes à pandemia de COVID-19; ações para refugiados; e avaliações psicométricas específicas.

Os estudos incluídos (AMORIM, 2020; BUUS et al., 2019; JANSSENS et al., 2013; LAMB, 2009; MCNICHOLAS, 2018; MOURA, 2018; MUSKENS et al., 2019; PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2017; PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014; RODRIGUES-MORAIS; COUTO, 2019; ROSSI; CID, 2019; ROSSI et al., 2019; SHEPPERD et al., 2014; VUSIO et al., 2020) apresentam alternativas às internações, evidenciando serviços e estratégias de cuidado que buscam responder às necessidades decorrentes das situações de crise de crianças e adolescentes em ambientes abertos, o mais próximo da família e da comunidade.

Os estudos nacionais que focalizaram a atenção à crise nos CAPSij desvelam as percepções, noções e representações da experiência da crise por adolescentes, familiares e profissionais, e revelam as estratégias de cuidado ofertadas pelos CAPSij.

O estudo de Moura (2018), sobre atenção à crise nos CAPSij, identificou que as noções de crise apresentadas pelas equipes apresentam uma tendência a uma concepção psicossocial, porém aspectos da concepção psiquiátrica ainda se fazem presentes no discurso das equipes. Em relação às estratégias de cuidado, são ofertadas principalmente o acolhimento imediato ao usuário, acolhimento diurno, acolhimento à família, encaminhamentos para rede, intensificação do projeto terapêutico singular e avaliação e intervenção da equipe, revelando que as situações de crise exigem ações imediatas de cuidado e que o investimento no vínculo e na relação terapêutica são as principais ferramentas de trabalho nesse campo. Ações médico-centradas, como a medicação e a contenção, foram menos citadas pelas equipes. Dentre os principais equipamentos acionados pelas equipes estão o CAPSij III e os Hospitais Gerais.

Já no estudo de Amorim (2020), que buscou apreender as noções de crise e as práticas de cuidado de trabalhadores e gestores de CAPSij, identificou que as noções de crise são múltiplas e complexas e que há uma dicotomia entre a dimensão psicopatológica e a psicossocial. As práticas de cuidado à crise são priorizadas nos serviços por meio da intensificação do cuidado ofertado. As principais estratégias são o vínculo, a escuta e o acolhimento, revelando um alinhamento à perspectiva psicossocial. Porém, a autora aponta que estratégias com maior ênfase no modelo asilar/psiquiátrico, como a internação e a medicalização, ainda se fazem presentes nos serviços.

O estudo de Rodrigues-Morais e Couto (2019), que buscou analisar os cuidados prestados às situações de urgência e crise no CAPSij de Betim, aponta que os trabalhadores do CAPSij compreendem que as situações de urgência e crise demandam acolhimento e cuidado imediato, mostrando-se condizentes com a lógica da atenção psicossocial. Os casos podem chegar ao CAPSij pelo SAMU, polícia, família, escola ou conselho tutelar. O serviço se organiza com plantonistas, que desenvolvem ações diretas de cuidados às situações de urgência e de crise, além da organização da dinâmica da permanência dia (acolhimento diurno). O trabalho é realizado em equipe e, apesar das dificuldades vivenciadas, é valorizado e construído coletivamente por meio de reuniões. Os familiares apresentam clareza quanto ao funcionamento da RAPS e procuram o CAPSij ou CAPS III nas situações de urgência e crise. Os CAPSij apresentam um papel central na rede, principalmente pela sua representação como serviço especializado, o que leva a uma sobrecarga dos profissionais do CAPSij, principalmente pela ausência de profissionais de saúde mental na AB.

Pereira, Sá e Miranda (2014) investigaram os itinerários terapêuticos de doze adolescentes em situações de crise em um CAPSij da região metropolitana do Rio de Janeiro,

e os resultados revelaram que o serviço é marcado por uma precariedade do trabalho, dificuldades em relação à infraestrutura, oferta limitada de estratégias de cuidado, fragmentação das ações e pouco articulação intersetorial. Nesse cenário de fragilidades, o destino dos adolescentes que demandavam cuidado à crise acabava sendo o Hospital Geral, que centraliza sua atenção em cuidados médicos e de enfermagem, ofertando apenas o acompanhamento medicamentoso.

No artigo de 2017, Pereira, Sá e Miranda focalizam aspectos intersubjetivos envolvidos na atenção à crise psicossocial de adolescentes, assim como suas representações. Os resultados revelaram que a crise envolve forte sofrimento psíquico tanto pelo adolescente, quanto por pessoas próximas e pelos próprios profissionais, colocando em questão as possibilidades e os limites do cuidado. As autoras apontam a importância de espaços protegidos no CAPSij e na rede de saúde que possibilitem a construção coletiva de novos sentidos, representações e destinos da crise, evitando que ela seja vivida apenas em sua dimensão destrutiva (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2017).

Em estudo que objetivou identificar como familiares de adolescentes vinculados a um CAPSij compreendem as situações de crise, revelou-se que a vivência da crise traz sentimentos de medo, perplexidade e culpa, além da vivência de adversidades familiares. Entretanto, os participantes também apontam que essa experiência leva a um maior vínculo entre usuário e familiares. Em relação aos caminhos percorridos em busca de cuidado, os familiares não apontam internações psiquiátricas, mas referem dificuldades nas relações com os profissionais e serviços da rede (ROSSI; CID, 2019).

Sobre a percepção de adolescentes usuários de CAPSij sobre as vivências das situações de crise, o estudo de Rossi e colaboradoras (2019) revela que a vivência da crise está relacionada a sentimentos intensos de angústia, tristeza e desvalia, ideação e tentativa de suicídio, compreendidos e vivenciados como um problema individual; as relações entre amigos e familiares são compreendidas como desencadeadoras da crise ou, então, como importante suporte emocional e social. A trajetória de cuidado desses adolescentes se centrou nos pontos da RAPS, não havendo relatos de internação. As dificuldades no cuidado se referem à adesão ao tratamento, participação em espaços coletivos de cuidado e resistências à medicação.

A abordagem sobre a crise na infância e adolescência em estudos internacionais tem apontado a necessidade de pesquisas que evidenciem a qualidade e resolutividade de serviços comunitários alternativos à internação de crianças e adolescentes (SHEPPERD, et al. 2014; LAMB, 2009) e, apesar de não haver consenso sobre cuidados recomendados, há uma

tendência, no mundo inteiro, para que o cuidado ofertado seja o menos restritivo possível, dentro do ambiente da criança e do adolescente e de sua comunidade (JANSENS et al., 2013).

Os estudos revelam que as dificuldades para implantação de uma política pública em saúde mental infantojuvenil também é vivenciada por outros países. McNicholas (2018) aponta que na Irlanda, apesar da consciência pública e profissional crescente e de longa data, serviços de saúde mental para jovens ainda são desiguais e inadequados e apresentam um progresso lento. O estudo Kaplan e Racussen (2013) também aponta déficits na rede de uma região de Londres, como ausência de leitos de atenção à crise para crianças e adolescentes, além de poucos recursos de saúde mental, educação e assistência social disponíveis para as equipes comunitárias apoiarem uma atenção intensiva.

Em relação às estratégias de cuidado às situações de crise, em um estudo de coorte retrospectivo dinamarquês, identificou-se que jovens que receberam a abordagem do *Diálogo Aberto* tiveram uma maior utilização de tratamentos psiquiátricos ambulatoriais em um ano de acompanhamento e frequência reduzida de tratamento psiquiátrico de emergência e serviços de clínica geral do que seus pares que receberam o tratamento psiquiátrico usual (consultas ambulatoriais com equipe interdisciplinar), além de melhorias significativas no trabalho e na escola. O *Diálogo Aberto* é uma abordagem que mobiliza recursos psicossociais na rede social de uma pessoa em crise, na qual é realizada uma série de encontros em rede, buscando promover o cuidado integrado colaborativo e não diretivo para jovens em crise psiquiátrica e suas famílias, o que pode garantir efeitos duradouros no uso dos serviços (BUUS et al., 2019).

Em uma revisão sistemática sobre a satisfação de crianças, jovens e seus familiares sobre serviços de saúde mental baseados na comunidade alternativos a internação, os artigos destacam o aumento da satisfação com modelos alternativos de atenção à crise em comparação com o cuidado usual. Os dados também apontam altos níveis de carga parental e uma gama de reações emocionais complexas associadas ao envolvimento com serviços de crise (VUSIO et al., 2020).

Internações de longo prazo podem estar associadas a uma variedade de resultados negativos como o distanciamento da casa, família e amigos, prejuízos no desenvolvimento social e emocional, vivência de novas crises devido à falta de envolvimento das redes dos usuários e alto custo financeiro. Muskens et al. (2019) apresentam um estudo piloto de um novo modelo de atenção, que combina tratamento intensivo domiciliar e a possibilidade de internação intensiva de curta duração. Houve redução de 53% dos sintomas; já a medicação psiquiátrica não se apresentou como um moderador para melhorias. Os achados apontam resultados



positivos em relação ao tratamento, com diminuição da necessidade de cuidados clínicos e aumento do custo-efetividade.

Tanto os estudos nacionais quanto os internacionais apontam que é possível ofertar estratégias de cuidado à crise em serviços comunitários de saúde mental que prescindam da internação, revelando a necessidade de mais pesquisas que subsidiem a implementação de políticas públicas que engendrem a construção de redes capazes de sustentar o cuidado de crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico.

#### **4. CAPÍTULO 4 - OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III**

Os CAPS III exercem uma função essencial na RAPS, ao atenderem prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico e proporcionarem atenção contínua, com funcionamento 24 horas, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental do território (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2011).

Esses serviços apresentam um funcionamento distinto no período diurno e no período noturno. Durante o dia, os serviços contam com uma equipe interdisciplinar, composta por diferentes categorias profissionais, como psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão, entre outros profissionais necessários ao projeto terapêutico. Já no período noturno, o serviço funciona com plantões de 12 horas, com uma equipe composta por auxiliares de enfermagem, enfermeiro e profissional da área de apoio (BRASIL, 2002a).

O grande diferencial dos CAPS III é a oferta do acolhimento noturno. Este procedimento é descrito no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) (BRASIL, 2012c) como:

Ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas - que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. Não deve exceder o máximo de 14 dias (BRASIL, 2012c).

Dell'Acqua e Mezzina (1991) reforçam que a intervenção na crise realizada por um serviço comunitário, por meio da hospitalidade 24 horas, possibilita que usuário continue a manter contato com seus familiares, amigos e com seu território, constatando, deste modo, que não perdeu sua autonomia e liberdade. Assim, o serviço assume uma conotação simbólica de

lugar de relações e não de rupturas e segregação. Muito diferente de uma internação, na qual o usuário é furtado de seu contexto e subordinado a regras institucionais baseadas em uma abordagem medicalizante e segregadora.

#### **4.1. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis III**

Em consulta realizada ao Ministério da Saúde<sup>14</sup> em abril de 2021, foi informado que o número total de CAPS III é de 121, de CAPS AD III é de 128 e que não constam CAPSij III no território nacional, uma vez que a modalidade CAPSij não apresenta os tipos I, II e III.

Mesmo com a ausência de uma portaria federal que regulamente os serviços, o município de São Paulo criou, em 2009, o primeiro CAPSij III do Brasil. A partir dessa potente experiência, a cidade passou a investir na ampliação desses serviços. Atualmente, são oito serviços implantados na RAPS paulistana.

É importante destacar que a ausência da portaria não impediu a criação dos CAPSij III na cidade, revelando a potência da prática para a constituição de políticas públicas. Em São Paulo, foi a partir da própria experiência prática dos serviços, com suas potências e desafios, que uma portaria municipal de CAPSij III pôde ser construída, sustentando as práticas psicossociais de cuidado à infância e adolescência tecidas coletivamente pela rede IJ paulistana.

De acordo com a referida Portaria Municipal, nº 342 de 2019, o CAPSij III é um ponto da RAPS, que oferta cuidado integral e contínuo a crianças e adolescentes com necessidades relacionadas à saúde mental e ao consumo drogas, incluindo as situações de crise de alta complexidade. É um equipamento redutor de danos, que tem como objetivo evitar a internação/institucionalização, ofertando o acolhimento noturno em um equipamento territorial, facilitando as articulações com a rede de proteção, a fim de engendrar novas possibilidades de atenção. Esta portaria também veda a internação de crianças e adolescentes em instituições de caráter asilar (SÃO PAULO, 2019a).

Não há na literatura registros sobre o processo de implantação dos CAPSij III, nem estudos que explicitem o pioneirismo da cidade de São Paulo na construção de uma rede que responda às necessidades decorrentes das situações de crise, dentro de uma perspectiva psicossocial e que promova atenção territorial, contínua e integral a crianças e adolescentes. Foram encontrados apenas dois estudos que evidenciaram a relevância deste equipamento na

---

<sup>14</sup> Consulta realizada pela pesquisadora por e-mail ao Ministério da Saúde em abril de 2021. Foram solicitados dados atualizados em 2022, porém a pesquisadora não obteve resposta.

RAPS paulistana (MOURA; MATSUKURA, 2022; AMORIM, 2020) e um estudo que se debruçou sobre a experiência de cuidado de um dos CAPSij III da cidade (JOZEFczyk, 2021).

O estudo de Moura e Matsukura (2022), que focalizou a atenção à crise nos CAPSij de uma das regiões da cidade de São Paulo, aponta que, apesar dos CAPSij III não serem citados nas portarias ou nos documentos ministeriais, os resultados revelaram a importância deste equipamento no acolhimento à crise de crianças e adolescentes. Os CAPSij III são citados pelas equipes de CAPSij como equipamentos essenciais na atenção à crise, que possibilita intervenções mais humanizadas, preservando os vínculos com o território e evitando internações. Objetivos, estes, centrais na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os resultados da pesquisa indicam a necessidade de estudos futuros que se debrucem sobre este equipamento, visto a sua relevância no cuidado à crise pautado nas premissas da atenção psicossocial.

Outro estudo que também focalizou a atenção à crise em CAPSij no município de São Paulo revelou que os serviços participantes compreendem que o cuidado à crise deve ser realizado no CAPSij II de referência do usuário, porém apontam dificuldades e limitações, principalmente no que se refere ao horário de funcionamento do serviço frente aos casos que demandam intensificação de cuidado. Para estes casos, os CAPSij III têm se mostrado o principal recurso utilizado pelas equipes nas situações de crise. O estudo também aponta que a presença do CAPSij III na rede reduziu a necessidade do uso de leitos em Hospitais Gerais, que atualmente são acionados apenas como último recurso (AMORIM, 2020).

O estudo de Jozefczyk (2021) que focalizou as relações de cuidado dia e noite em um CAPSij III, revelou que a acolhida integral é uma oferta de cuidado alternativa à internação hospitalar, possibilitando um cuidado psicossocial fundamentado na vinculação, nas reinvenções das estratégias de participação de crianças e adolescentes, mesmo em situações consideradas de “limite-crítico” e no agenciamento de um cuidado territorial, em articulação com a rede setorial e intersetorial.

Apesar do reconhecimento do pioneirismo da cidade de São Paulo, vale ressaltar que a ausência de portarias e documentos federais que abarquem a existência dos CAPSij III, destinando recursos financeiros e outros aportes, produz um cenário que leva a entraves no desenvolvimento de políticas públicas que respondam às necessidades da população infantojuvenil, principalmente na construção de equipamentos territoriais que atendam às situações de crise de forma psicossocial, intensiva e integral e que possibilitem a construção de respostas menos manicomiais e institucionalizantes.

Frente ao atual momento histórico de desmontes e retrocessos, torna-se essencial resgatar a potência de resistência da atenção psicossocial. Por esta razão, esta pesquisa objetiva dar visibilidade ao processo de implantação dos CAPSij III da cidade de São Paulo, como equipamentos substitutivos à internação, que se propõe a radicalmente fazer frente às práticas manicomiais na infância e adolescência, práticas estas que, em tempos de conservadorismo, acabam por ganhar força e espaço nas pautas sociais e políticas.

Apesar da relevância dos CAPSij III na atenção psicossocial de crianças e adolescentes, observa-se que poucos são os estudos que se debruçam sobre a temática. Deste modo, foi realizado um levantamento de artigos, teses e dissertações que abordassem a temática dos CAPS III adultos, a fim de compreender as potências e desafios deste equipamento, colaborando indiretamente para o desenvolvimento desta pesquisa.

#### **4.2. Levantamento sobre CAPS III**

De acordo com o levantamento realizado<sup>15</sup>, foram encontrados alguns estudos que focalizaram os CAPS III (FIGUEIREDO, 2007; MORORÓ; COLVERO; MACHADO, 2011; AVELINO et al., 2015; JARDIM, 2014; AZEVEDO et al., 2014; GONZAGA, 2015; GONZAGA, NAKAMURA, 2015; SANTOS, 2015; BARROS, 2016; SOUSA, 2016; VAINER, 2016; CLEMENTINO et al., 2017; PEDROSA, MOREIRA, 2017; SILVA, 2017; SILVA, ACIOLE, LANCMAN, 2017; BELO, 2018; GAVA, 2018; PUCHIVAILO, 2018; ALMEIDA; ARRUDA, 2019; SANTOS, 2019; COSTA 2020; SILVA 2020). Porém, não foram encontrados estudos que abordassem especificamente o equipamento CAPSij III.

Em relação às potencialidades, Santos (2015) aponta a importância do CAPS III na lógica da formação da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Para a autora, o CAPS III possibilita que o usuário seja atendido nas situações de crise pela equipe com a qual já possui um vínculo, mantendo a proximidade com sua família.

Santos (2019) descreveu a construção de redes locais a partir da implantação de um CAPS III da cidade do Rio de Janeiro, demonstrando a relevância deste equipamento para formação de redes e para o alcance dos objetivos da reforma psiquiátrica. O funcionamento 24 horas, a porta aberta para o acolhimento diurno e noturno, a inserção no território, a realização de apoio matricial, articulações intersetoriais e construção de redes de cuidado formais e

---

<sup>15</sup> Levantamento feito no Portal de Periódicos da CAPES, na Biblioteca Virtual em Saúde e no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, considerando as produções nacionais dos últimos quinze anos – 2006 a 2021 (julho), utilizando a palavra-chave “Centro de Atenção Psicossocial III” OR “CAPS III”.

informais mostraram-se um caminho estratégico para o cuidado às crises no território, prescindindo da internação e do hospital psiquiátrico.

Almeida e Arruda (2019) apontam algumas características dos CAPS III que permitem a transformação da lógica de cuidado em saúde mental. Os usuários podem circular pelo espaço e ter acesso livre à equipe, negociando sua medicação, sua permanência e frequência no serviço, possibilitando a corresponsabilização pelo seu cuidado. Os projetos terapêuticos são singulares e flexíveis. A rotina não é engessada por regras e horários rígidos. Todos os técnicos da equipe acolhem, avaliam, elaboram hipóteses, projetos terapêuticos, realizam relatórios, encaminhamentos e alta, têm autonomia para tomar as decisões juntamente com o usuário e sua família. É priorizado o tratamento integral ao momento de crise. Apesar das contradições vivenciadas, as espacialidades e a organização do trabalho no CAPS III rompem radicalmente com o modelo das instituições totais.

Em estudo sobre os documentos e protocolos de atenção à crise, Dias, Fernandes e Ferigato (2018) apontam que os documentos dos municípios que contam com CAPS III mostraram-se alinhados à atenção psicossocial, fazendo referência aos projetos terapêuticos como norteadores das práticas de um cuidado interdisciplinar, apresentando uma formulação mais detalhada em relação à articulação entre serviços e realizando ações de atenção à crise em um número maior de pontos da rede.

Ao discutir sobre os paradoxos que habitam a atenção à pessoa em crise em um CAPS III, Jardim (2014) reflete que mesmo com o avanço da Reforma Psiquiátrica, essa atenção ainda é realizada de forma manicomial, por meio de intervenções biomédicas, contenções físicas e internações de longa duração.

Em estudo realizado em um CAPS III em Curitiba, Puchivailo (2018) revela que as práticas de cuidado relatadas pelos profissionais tinham por detrás uma lógica biomédica, gerando uma centralidade no medicamento, no diagnóstico, na redução de sintomas e em práticas de controle e tutela. Nessa perspectiva, a crise era considerada como algo individual, sem relação com seu contexto e com outras pessoas, ficando a família ausente na maior parte do processo do cuidado.

O estudo de Silva (2020) revela que, nas práticas discursivas de profissionais de um CAPS III do interior de São Paulo, há uma disputa, que se faz presente no cotidiano do serviço, entre os paradigmas psicossocial e psiquiátrico hospitalocêntrico e medicalizador,

No estudo de Clementino et al. (2017), observou-se que a satisfação dos usuários em relação ao CAPS III relacionava-se ao atendimento, assistência e escuta qualificada prestada pelos

profissionais, mesmo com uma estrutura física precária, falta de profissionais e de medicamentos.

Em relação aos estudos sobre os encaminhamentos e as demandas de utilização dos CAPS III, o estudo de Vainer (2016) identificou que o acolhimento noturno foi utilizado predominantemente por usuários matriculados no serviço, por poucas noites e por motivos diversos. Já no estudo de Gonzaga e Nakamura (2015), os profissionais dos CAPS III de Santos avaliam que os encaminhamentos realizados aos serviços são feitos de forma equivocada e indevida, com poucos dados e sem critérios específicos. Ao analisar a demanda de acolhimento do CAPS III de Rio Claro, o estudo de Gava (2018) evidenciou a rigidez de determinados serviços em trabalhar na perspectiva de rede e a presença do modelo de atenção médico hegemônico corrente no município e em específico na rede de saúde mental.

Outros estudos se debruçaram sobre os processos de trabalho do CAPS III e as práticas dos trabalhadores (FIGUEIREDO, 2007), apontando a importância do acolhimento, da liberdade, da contratualidade e da responsabilização pelo cuidado como essenciais para a superação de práticas manicomiais (AZEVEDO et al., 2014).

Foram encontrados estudos que focalizaram na sobrecarga e no sofrimento vivenciados pelos trabalhadores do CAPS III (GONZAGA, 2015; SILVA, ACIOLE, LANCMAN, 2017), principalmente na equipe de enfermagem, que é responsável pela assistência prestada no acolhimento noturno (AVELINO et al., 2014; SILVA, 2017; SOUSA, 2016).

Sobre o acolhimento noturno, o estudo de Silva et al. (2020) aponta que é realizado somente pela equipe de enfermagem, por meio de estratégias de atendimento durante a crise, evitando a busca por outros serviços da rede. As autoras refletem sobre a necessidade de reformulação da legislação que regulamenta a equipe mínima do CAPS III, de forma a garantir o cuidado seja realizado de forma interdisciplinar, conforme previsto pelos norteadores da Reforma Psiquiátrica brasileira.

No que se refere à relação entre equipe noturna e equipe diurna do CAPS III, Mororó, Colvero e Machado (2011) apontam que há uma cisão nas equipes e que a falta de espaços sistemáticos de conversa para elaboração e discussão dos projetos terapêuticos dificultam essa integração.

O estudo de Costa (2020) aponta que a formação biomédica presente nos profissionais de enfermagem muitas vezes gera pontos de tensão e conflito com o restante da equipe, em relação à concepção de cuidado e os critérios de internação, contenção e medicação em situação de crise.

Os resultados desses estudos revelam potencialidades e dificuldades dos CAPS III, apresentando caminhos que desvelam os desafios que se configuram à construção de uma atenção à crise territorial.

Como exposto, observa-se que não há estudos que abordem especificamente os CAPSij III, revelando a necessidade de novas pesquisas que abordem a temática da atenção à crise a crianças e adolescentes a partir da perspectiva da atenção psicossocial. Deste modo, este estudo coloca foco sobre o papel dos CAPS Infantojuvenis III na Rede de Atenção Psicossocial.

# **OBJETIVOS**

## **1. Geral**

Resgatar a história de implantação dos CAPSij III na cidade de São Paulo e compreender a função destes equipamentos na atenção à crise de crianças e adolescentes na Rede de Atenção Psicossocial paulistana.

## **2. Específicos**

- Reconstruir a história dos CAPSij III da cidade de São Paulo pela narrativa dos profissionais que compuseram a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.
- Caracterizar os CAPSij III paulistanos: território de abrangência, fluxos, número de camas, composição da equipe, faixa etária dos usuários e serviços encaminhadores.
- Identificar as práticas de cuidado, as potencialidades e as dificuldades vivenciadas pelos CAPSij III na atenção à crise de crianças e adolescentes e no compartilhamento do cuidado com os CAPSij II, a partir da ótica dos gestores de CAPSij III.



# ***DELINEAMENTO E CONDUÇÃO DA PESQUISA***

## **1. Tipo de estudo e abordagem**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que faz uso da Triangulação de Métodos proposta por Flick (2009).

A abordagem qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser reduzido a variáveis, como relações, significados, motivações, valores, crenças, percepções, opiniões e atitudes. Busca compreender os processos e fenômenos, considerando a perspectiva de diferentes sujeitos (MINAYO, 2014).

A triangulação é uma estratégia metodológica que possibilita ampliar a compreensão do fenômeno estudado, por meio do emprego de vários métodos que estejam interligados (FLICK, 2009).

Nesta pesquisa, foram utilizados diferentes métodos e técnicas que visam a compreensão da complexidade do objeto de pesquisa.

Para o Estudo 1, que versou sobre o resgate histórico de implantação dos CAPSij III na cidade de São Paulo, foi utilizada a abordagem qualitativa, por meio do método de História Oral Híbrida (MEIHY; HOLANDA, 2019), que possibilitou a reconstrução da história a partir das narrativas dos atores que a protagonizaram, juntamente com a apresentação dos principais documentos municipais que embasaram a construção dos CAPSij III e o trabalho da RAPS na atenção à crise de crianças e adolescentes.

No Estudo 2, foi realizada uma pesquisa do tipo levantamento, exploratória e descritiva (GIL, 2003). Os dados foram coletados possibilitando uma caracterização descritiva dos CAPSij III, além de um aprofundamento sobre a dinâmica dos serviços, suas potencialidades e desafios.

A seguir, serão apresentados os métodos relativos a cada um dos dois estudos realizados.

# *ESTUDO 1 - História dos CAPSij III da cidade de São Paulo*

## **1. Método**

Trata-se de um estudo qualitativo, no qual foi utilizado o Método História Oral Híbrida (MEIHY; HOLANDA, 2019).

História Oral é uma prática de apreensão de narrativas, na qual as entrevistas são gravadas e transformadas em texto escrito, objetivando promover o registro e a análise de processos sociais (MEIHY; HOLANDA, 2019).

O gênero utilizado nas entrevistas do presente estudo é a História Oral Temática, no qual há um tema central dado a priori, que organiza a entrevista em torno de perguntas que levarão à exteriorização dos aspectos relacionados ao tema. Por isso, é essencial que o entrevistador conheça o tema abordado, desenvolvendo questões que aprofundem e problematizem, esclarecendo situações conflitantes, polêmicas e contraditórias (MEIHY; HOLANDA, 2019).

Também foi realizado um levantamento de documentos municipais que abordassem os CAPSij III e a atenção à crise de crianças e adolescentes na RAPS, a fim de contribuir com a reconstrução da história dos CAPSij III na cidade de São Paulo.

A História Oral Temática em conjunto com os suportes documentais é chamada de História Oral Híbrida (MEIHY; HOLANDA, 2019), na qual os documentos concorrem com as narrativas, possibilitando uma melhor apreensão do tema estudado.

Para fins didáticos, o Estudo 1 foi separado em três períodos de acordo com o processo de construção dos CAPSij III na cidade de São Paulo.

- Implantação do primeiro CAPSij III do Brasil
- Expansão dos CAPSij III
- Informações atuais CAPSij III

## **2. Participantes**

Participaram do estudo uma gestora de CAPSij III e nove profissionais que compõem ou compuseram a Área Técnica de Saúde Mental<sup>16</sup> da Secretaria Municipal de Saúde de São

---

<sup>16</sup> A Área Técnica de Saúde Mental é composta por uma equipe de Assessoria Técnica que fica lotada na gestão central da SMS/SP e tem o objetivo de oferecer diretrizes técnicas e acompanhar a implementação de políticas

Paulo (SMS/SP) em diferentes momentos, a saber: na ocasião da implantação do primeiro CAPSij III da cidade de São Paulo; no processo de expansão e ampliação dos CAPSij III; e na atualidade, a fim de levantar informações atuais sobre os serviços e suas perspectivas futuras.

Seguem abaixo os integrantes da Área Técnica de Saúde Mental que foram participantes do estudo em cada um dos períodos nomeados pela pesquisadora.

- *Implantação do primeiro CAPSij III*

<b>Nome</b>	<b>Formação</b>	<b>Tempo na Área Técnica</b>
Rosangela Elias	Fonoaudióloga	2005 a 2012 (Coordenação de 2008 a 2012)
Sonia Palma	Psiquiatra Infantil	2006 até 2016
Teresa Endo	Psicóloga	2006 a 2020

No primeiro período, também foi incluída a segunda gestora do CAPSij III Santana. Vale ressaltar que, apesar das inúmeras tentativas<sup>17</sup>, não foi possível localizar a primeira gestora. Por essa razão, optou-se por entrevistar a segunda, que na ocasião da implantação era gestora do CAPS Adulto III de Santana e acompanhou de perto a implantação do serviço, assumindo sua gestão em 2012.

<b>Nome</b>	<b>Formação</b>	<b>Tempo na Gestão do CAPSij III</b>
Solange Rocha <sup>18</sup>	Psicóloga	2012 a 2015

- *Expansão dos CAPSij III*

---

públicas. Na estrutura institucional da SMS/SP, é chamada de Divisão de Saúde Mental e Tabagismo, e responde hierarquicamente à Coordenação de Atenção Básica e à Secretaria Executiva da SMS/SP.

<sup>17</sup> Foi realizado contato com os profissionais que compunham a Área Técnica de Saúde Mental na ocasião da implantação CAPSij Santana. Além disso, foi realizado contato com a segunda gerente do CAPSij Santana, com a Supervisão Técnica de Saúde de Santana, com a atual gerente do CAPSij Santana, que consultou a equipe, a fim de verificar se algum profissional tinha o contato da primeira gerente. Porém, apesar de todas essas tentativas, não foi possível acessar a primeira gerente do serviço.

Nome	Formação	Tempo na Área Técnica
Janaína Diogo	Psicóloga	2013 a 2019
Marcia Innocencio	Terapeuta Ocupacional	2013 a 2017

Nome	Formação	Tempo na Coordenação de Saúde Mental
Myres Cavalcanti	Médica	2013 a 2016

Nome	Formação	Tempo na Coordenação de Saúde Mental Ministério da Saúde	Tempo na Coordenação de Saúde Mental SMS/SP
Roberto Tykanori <sup>19</sup>	Psiquiatra	2011 a 2015	- 2002 a 2004 - 2016

- *Informações atuais CAPSij III*

Nome	Formação	Tempo na Área Técnica
Camila Bortolucci	Fonoaudióloga	2017 até os dias atuais

Nome	Formação	Tempo na Coordenação de Saúde Mental
Cláudia Longhi	Psiquiatra	2018 até os dias atuais

### 3. Local

O estudo foi realizado no município de São Paulo, considerando seu pioneirismo na implantação do primeiro CAPSij III do Brasil e na expansão desses serviços, qualificando a atenção à crise de crianças e adolescentes na RAPS.

### 4. Instrumentos

#### 4.1. Roteiros de Entrevistas Semiestruturadas

Para a coleta de dados, utilizou-se de um roteiro de entrevista semiestruturada, o qual foi adequado a cada um dos períodos.

---

<sup>19</sup> Roberto Tykanori também foi incluído neste período do estudo, principalmente pela sua experiência como Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, a fim de elucidar questões referentes à ausência de uma portaria ministerial específica para CAPSij III.

## **5. Procedimentos**

### **5.1. Procedimentos éticos**

Primeiramente, foi realizado contato junto à SMS/SP, a fim de solicitar autorização para a realização do estudo junto aos profissionais da Área Técnica de Saúde Mental.

Posteriormente, já com a autorização, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e somente após o parecer de ambos os comitês (UFSCar nº 3.475.996; SMS/SP nº 3.679.154) é que o estudo começou a ser realizado (APÊNDICE F e G).

Aos profissionais entrevistados foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), abordando os riscos, os benefícios e os direitos enquanto participante do estudo, assim como a garantia de sigilo e da recusa em participar (APÊNDICE H).

Como se trata de uma pesquisa que utilizou o método da História Oral, no TCLE foi informado aos participantes sobre o seu direito ao sigilo. Porém, também foi perguntado se eles permitiriam sua identificação, uma vez que se trata de um estudo realizado com pessoas chave que foram importantes atores na construção dessa história. Vale ressaltar que, após a transcrição do material, o mesmo foi devolvido aos participantes, que fizeram ajustes, considerações e exclusões, a fim de que ficassem confortáveis com a versão final. Desta forma, todos os participantes autorizaram a identificação de suas identidades.

Ao término do estudo, a pesquisadora enviará os resultados de sua pesquisa à SMS/SP, mantendo-se à disposição para realizar a apresentação dos resultados, em um encontro mais amplo, com todos os participantes do estudo, equipes de CAPSij e demais atores da rede infantojuvenil paulistana.

### **5.2. Localização e contato com os participantes**

Inicialmente foram definidos os participantes que primeiramente seriam entrevistados em cada um dos períodos estabelecidos. O convite foi realizado por e-mail e, em alguns casos, também foi utilizado o WhatsApp® para facilitar o contato.

Após as primeiras entrevistas, os próprios entrevistados indicavam novos nomes que auxiliariam numa melhor compreensão de alguns temas abordados na entrevista. Por se tratar de uma rede de profissionais que possuem proximidade, os próprios entrevistados já cediam os contatos e as melhores formas de localizar os próximos entrevistados.

Cabe ressaltar que todos os profissionais contatados aceitaram participar da pesquisa e se mostraram extremamente solícitos e implicados com as etapas da pesquisa.

## **6. Coleta dos dados**

Após o primeiro contato, foi agendada uma entrevista na melhor data e horário para cada um dos participantes, que foi realizada pela plataforma Google Meet.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Após essa etapa, foi realizado o processo de textualização, que tem o objetivo de eliminar as perguntas, erros gramaticais e palavras sem peso semântico, deixando o texto mais claro e fluído. Neste processo também é encontrado o “tom vital” da entrevista, no qual a entrevista é requalificada segundo sua essência e cada parte é reordenada, estabelecendo o significado da mensagem (MERHY; HOLANDA, 2019).

Após a textualização, o material foi enviado aos entrevistados, a fim de que pudessem colaborar com o texto final, apreciando o resultado da narrativa textualizada e retornando à pesquisadora com as adequações necessárias.

## **7. Análise dos Dados**

Os textos finais de cada uma das narrativas foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo. Uma técnica bastante utilizada em materiais que apresentam uma estrutura textual, possibilitando sistematizar e descrever os conteúdos presentes nas mensagens (BARDIN, 2016).

Neste estudo, foram realizadas a primeira e a segunda etapa da Análise de Conteúdo. A primeira etapa consiste na *pré-análise*, na qual é realizada uma leitura flutuante e elaborada as primeiras direções da análise. Na segunda etapa é realizada a *exploração do material*: por meio da codificação, o texto é recortado e agregado, permitindo construir uma representação do conteúdo. Depois, é realizada a categorização, que classifica os elementos constitutivos, por diferenciação e reagrupamento. Neste estudo, as categorias foram elaboradas *a posteriori*, ou seja, após a coleta de dados (BARDIN, 2016).

Após a categorização, foi realizada uma organização cronológica dos dados a fim de apresentar a reconstrução da história dos CAPSij III da cidade de São Paulo.

## *ESTUDO 2 - Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis III*

### **1. Método**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo levantamento, exploratória e descritiva (GIL, 2003).

### **2. Participantes**

Participaram do estudo seis gestores de CAPSij III da cidade de São Paulo.

Os critérios de participação adotados se referiam à disponibilidade em participar do estudo e que, na ocasião da coleta de dados, estivessem respondendo pela gestão do serviço.

O quadro 1, a seguir, apresenta informações sobre os gestores de CAPSij III participantes do estudo.

*Quadro 1 - Informações sobre os gestores participantes*

<b>Participantes</b>	<b>Formação</b>	<b>Tempo de experiência SM</b>	<b>Tempo de experiência SMIJ</b>	<b>Tempo na gestão do serviço</b>
Gerente 1	Enfermeira Especialista em Psiquiatria e Saúde Mental e em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde.	10 anos e 7 meses	4 anos e 8 meses	1 ano e 7 meses
Gerente 2	Psicóloga Aprimoramento em Planejamento e Administração de Serviço de Saúde Mestrado em Psicologia	13 anos	3 anos e 8 meses	8 meses
Gerente 3 <sup>20</sup>	Assistente Social Pós-Graduação em Psicopatologia e Dependência Química e em Direito Previdenciário	4 meses	4 meses	4 meses
Gerente 4	Terapeuta Ocupacional Pós- Graduação em Terapia Ocupacional e Saúde Mental e em Gestão em Saúde	11 anos	1 ano e 3 meses	1 ano e 3 meses
Gerente 5	Psicóloga Especialização em Saúde Mental e Saúde Pública e em Análise Institucional e Redes Mestrado em Ciências da Saúde	10 anos	10 anos	1 ano
Gerente 6	Enfermeira	11 anos	2 anos	5 meses

<sup>20</sup> Devido ao curto tempo na gestão do CAPSij, a gerente 3 solicitou a presença e a participação na entrevista de um psicólogo da equipe que trabalha há 10 anos no serviço.

	Pós-graduação em Atenção Integral em Álcool e outras drogas e Saúde Pública			
--	---	--	--	--

### 3. Local

O estudo foi realizado nos seis CAPSij III do município de São Paulo.

Na ocasião da coleta de dados, o município contava com seis CAPSij III; desta forma, a coleta de dados foi realizada na totalidade dos serviços dessa modalidade em funcionamento na cidade<sup>21</sup>.

A opção pelo local se deve ao fato de São Paulo ser o município com o maior número de CAPSij III em todo o Brasil.

Cada Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) conta com pelo menos um CAPSij III (com exceção da CRS Oeste que ainda não tem o serviço implantado). Atualmente, são oito CAPSij III implantados em todo o município de São Paulo.

- CRS Leste – 1 CAPSij III
- CRS Norte – 1 CAPSij III
- CRS Centro – 1 CAPSij III
- CRS Sudeste – 3 CAPSij III
- CRS Sul – 2 CAPSij III
- CRS Oeste – não possui este serviço implantado

O quadro 2, a seguir, apresenta informações gerais sobre os seis CAPSij III focalizados no estudo.

*Quadro 2 - Informações sobre os CAPSij III*

CAPSij III	Ano de implantação como CAPSij II	Ano de implantação como CAPSij III	População de abrangência	Tipo de Administração
1	2010	2017	450.000 habitantes	OSS*
2	_____	2018	395.425 habitantes	OSS
3	2008	2016	400.000 habitantes	OSS
4	2018	2019	264.747 habitantes	OSS

<sup>21</sup> No final de 2020, foi realizada a implantação de mais um serviço, que não foi incluído no estudo, pois a coleta de dados já estava concluída. No início de 2022, outro serviço foi implantado, totalizando oito CAPSij III na cidade de São Paulo.



5	_____	2010	636.453 habitantes	OSS
6	_____	2018	478.120 habitantes	OSS

\* Organização Social de Saúde

#### 4. Instrumentos e Materiais

Para a coleta de dados, utilizou-se de uma Ficha de Caracterização e de um Roteiro de Entrevista Semiestruturada que foram utilizados para a coleta de dados junto aos gerentes de CAPSij III, que serão apresentados a seguir.

##### 4.1. Ficha de Caracterização

A Ficha de Caracterização foi composta de dados gerais sobre o serviço, como tempo e horário de funcionamento, população de abrangência, tipo de administração, composição da equipe, número de camas e presença de transportes no serviço, além de perguntas como o tempo médio de duração do acolhimento integral, quais serviços da rede mais encaminham ao CAPSij III, qual faixa etária de usuários mais utiliza o serviço, se há retaguarda de urgência e emergência na rede e como é utilizada, entre outras perguntas (APÊNDICE I).

##### 4.2. Roteiro de entrevista semiestruturada

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada<sup>22</sup> que aborda desde a *chegada do usuário ao serviço* - como os fluxos de acesso, os encaminhamentos dos serviços, o processo de decisão para indicação do recurso acolhimento integral - aos *processos de trabalho do CAPSij III* - como a rotina de trabalho durante o dia e durante a noite, a comunicação entre os profissionais do período noturno e diurno, o cuidado compartilhado com os CAPSij II e a construção do PTS, as estratégias de cuidado utilizadas, a articulação com a rede, as potencialidades e as dificuldades dos serviços – até a *decisão do término do período de acolhimento integral* (APÊNDICE J).

##### 4.3. Materiais

Para o registro das entrevistas, foi utilizado um gravador de voz a fim de que as transcrições pudessem ser feitas posteriormente.

<sup>22</sup> Vale ressaltar que havia mais 2 tópicos no roteiro (conforme apêndice J) que não foram abordados nesta pesquisa, devido ao extenso material recolhido, são eles: *crise na saúde mental infantojuvenil e pandemia*. Ambos os temas serão apresentados oportunamente em artigos.

## **5. Procedimentos**

### **5.1. Procedimentos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e somente após o parecer de ambos os comitês é que o estudo começou a ser realizado (APÊNDICE F e G).

Após essa etapa, a pesquisa foi enviada a todas as CRS<sup>23</sup>, a fim de serem avaliadas pelo setor de pesquisa de cada região. Somente após essa aprovação é que foi possível entrar em contato com os interlocutores de saúde mental de cada Supervisão Técnica de Saúde (STS) e, posteriormente, com os gerentes de CAPSij III.

Aos gerentes entrevistados foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), abordando os riscos, os benefícios e os direitos enquanto participante do estudo, assim como a garantia de sigilo e da recusa em participar (APÊNDICE K).

Ao término do estudo, a pesquisadora apresentará os resultados de sua pesquisa aos serviços participantes.

### **5.2. Elaboração e Adequação dos instrumentos**

Os instrumentos foram elaborados com base na revisão de literatura e na experiência da pesquisadora como trabalhadora da saúde mental no município de São Paulo.

Após a elaboração, os instrumentos passaram por uma apreciação de juízes externos (MANZINI, 2003) e, posteriormente, por um piloto.

Foram convidadas duas pesquisadoras do campo da saúde mental infantojuvenil e duas gerentes de CAPSij, que avaliaram os instrumentos, tecendo sugestões e contribuições. Após essa etapa, a pesquisadora realizou os ajustes nos instrumentos e aplicou o piloto. Um gerente de CAPSij respondeu a Ficha de Caracterização e outra gerente de CAPSij, que já foi gerente de um CAPSij III, participou da entrevista.

Posteriormente à análise e aplicação dos pilotos, foram realizados os devidos ajustes e chegou-se, então, à versão final dos instrumentos.

---

<sup>23</sup> Há uma hierarquia presente na administração da saúde pública do município de São Paulo, que se inicia na Secretaria Municipal de Saúde, seguida da Coordenadoria Regional de Saúde, da Supervisão Técnica de Saúde, chegando aos gerentes das unidades de saúde.

### **5.3. Localização dos participantes e contato com as unidades**

Após todas as autorizações, a pesquisadora entrou em contato com cada um dos gerentes de CAPSij III.

Primeiramente, foi realizado o contato por e-mail, apresentando o estudo seus objetivos e métodos, juntamente com a aprovação do CEP e as outras autorizações. Neste e-mail, a pesquisadora se disponibilizava a entrar em contato por telefone a fim de apresentar a pesquisa. Para alguns gerentes que ainda não tinham ciência da pesquisa, foi realizado o contato telefônico, outros já se disponibilizaram para agendar a entrevista.

### **6. Coleta dos dados**

Após o aceite em participar da pesquisa, foi enviada aos gerentes a Ficha de Caracterização para que pudesse ser preenchida no momento oportuno. A pesquisadora acompanhou o envio do instrumento preenchido por e-mail, o tempo de resposta variou de um mês a quatro meses.

Quanto às entrevistas, como se tratava de um roteiro longo, optou-se por realizá-las presencialmente, na data e horário mais conveniente aos gerentes. Algumas entrevistas precisaram ser remar cadas, devido à dinâmica do trabalho do serviço. Porém, todos os gerentes aceitaram participar das entrevistas e foram muito disponíveis para compartilhar a realidade vivenciada nos CAPSij III.

### **7. Análise dos Dados**

Os dados obtidos pelas Fichas de Caracterização foram inseridos em tabelas e apresentados descritivamente.

Já para os dados obtidos pelas entrevistas, foram utilizadas as três primeiras etapas da técnica da Análise de Conteúdo<sup>24</sup> (BARDIN, 2016).

---

<sup>24</sup> A técnica Análise de Conteúdo já foi apresentada nos métodos do estudo 1.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO ESTUDO 1 - HISTÓRIA DOS CAPSij III DA CIDADE DE SÃO PAULO

Os resultados do estudo 1 serão apresentados em momentos da história dos CAPSij III da cidade de São Paulo, distribuídos em três seções, a saber:

1. Implantação do primeiro CAPSij III
2. Expansão dos CAPSij III
3. Informações atuais sobre os CAPSij III

A seção 4, *Outras estratégias de cuidado à crise de crianças e adolescentes*, agrupará as reflexões dos participantes sobre possibilidades de cuidado à crise para além dos CAPSij III, além de discutir sobre o equipamento CAPSij AD III.

Para fins didáticos, realizamos uma linha do tempo com as gestões municipais da Prefeitura do Município de São Paulo<sup>25</sup>, com o objetivo de facilitar a compreensão cronológica e política dos fatos relatados pelos participantes.



Neste estudo, contamos com a participação dos profissionais que compõem ou compuseram a Área Técnica da Saúde Mental<sup>26</sup> da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

<sup>25</sup> Os períodos de gestão estão nomeados com os sobrenomes dos prefeitos e o ano de duração de cada gestão. Os nomes completos de cada prefeito encontram-se a seguir: José Serra Chirico, Gilberto Kassab, Fernando Haddad, João Agripino da Costa Doria Junior, Bruno Covas Lopes.

<sup>26</sup> A Área Técnica de Saúde Mental é composta por uma equipe de Assessoria Técnica que fica lotada na gestão central da SMS/SP e tem o objetivo de oferecer diretrizes técnicas e acompanhar a implementação de políticas

(SMS/SP) em cada um dos períodos destacados anteriormente. Os participantes se encontram listados abaixo com sua formação e o tempo que estiveram na função de componentes da Área Técnica ou Coordenadores de Saúde Mental.

Além disso, relativamente ao primeiro período, contamos com a participação de uma das primeiras gestoras do CAPSij III Santana e, relativo ao segundo período, com o Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Em relação ao ano de implantação dos CAPSij III<sup>27</sup>, segue abaixo uma linha do tempo, a fim de facilitar a compreensão do leitor sobre a história dos serviços na cidade de São Paulo. O primeiro CAPSij III foi implantado em 2010 e apenas na gestão Haddad houve a expansão dos serviços, sendo aprovada a implantação de pelo menos um serviço por CRS. As implantações foram ocorrendo a partir das negociações locais, com cada CRS, STS e OSS, sobre imóvel, composição da equipe, recursos e assinatura de contrato de gestão. Por essa razão, apesar de todos terem sido aprovados no mesmo momento, foram implantados em anos diferentes.



---

públicas. Na estrutura institucional da SMS/SP, é chamada de Divisão de Saúde Mental e Tabagismo e responde hierarquicamente à Coordenação de Atenção Básica e à Secretaria Executiva da SMS/SP.

<sup>27</sup> Participaram do estudo 6 CAPSij III. Vale ressaltar que, no final de 2020, foi requalificado mais um CAPSij II para CAPSij III, na região da Penha/Vila Matilde e em 2022 houve a inauguração do CAPSij III São Luiz, na região do M' Boi Mirim, totalizando 8 CAPSij III na cidade de São Paulo.

Como chave de leitura para discussão dos resultados que serão apresentados, optou-se por adotar os aspectos relativos às *potências*, às *dificuldades* e às *contradições* presentes na construção de uma atenção psicossocial de crianças e adolescentes que têm como mote a transformação social. Para isso, ao longo do texto serão destacados esses pontos à luz do referencial teórico-conceitual da Atenção Psicossocial e das Políticas Públicas de SMIJ, que fundamentam este trabalho.

## 1. IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CAPSIJ III DO BRASIL

A fim de apresentar a história da implantação do primeiro CAPSij III da cidade de São Paulo, e também do Brasil, o CAPSij III Santana, contamos com a participação das seguintes profissionais que compuseram a Área Técnica de Saúde Mental: Rosângela Elias, Sonia Palma e Teresa Endo. Rosângela Elias, além de compor como técnica, também respondeu pela Coordenação de Saúde Mental do Município de São Paulo de 2008 a 2012.

Para este período, contamos também com a participação da segunda gestora do CAPSij III Santana, Solange da Rocha, que na ocasião da implantação era gestora do CAPS Adulto III de Santana e acompanhou de perto o início deste CAPSij III, assumindo a gestão do serviço em 2012.

Em referência à linha do tempo, este período se refere à gestão Kassab (2009 a 2012) e ao início da Gestão Haddad (2013).

Seguem abaixo os participantes do estudo, que por meio de suas narrativas, possibilitaram a reconstrução desse período da história do primeiro CAPSij III da cidade de São Paulo.

<b>Nome</b>	<b>Formação</b>	<b>Tempo na Área Técnica</b>
Rosângela Elias	Fonoaudióloga	2005 a 2012 (Coordenação de 2008 a 2012)
Sonia Palma	Psiquiatra Infantil	2006 até 2016
Teresa Endo	Psicóloga	2006 a 2020

<b>Nome</b>	<b>Formação</b>	<b>Tempo na Gestão do CAPSij III</b>
Solange da Rocha	Psicóloga	2012 a 2015

### **1.1. Antecedentes históricos da atenção à saúde mental infantojuvenil paulistana**

Anterior à história sobre a qual este estudo se debruça, é importante apresentar alguns aspectos históricos da assistência em SMIJ da cidade de São Paulo, que construíram terreno para que as experiências aqui contadas pudessem ser construídas.

Moreno (2016) conta essa história, iniciando na Gestão Erundina<sup>28</sup> (1989-1992). Nesta época, o modelo de cuidado à saúde mental trabalhava com referência e contrarreferência entre os serviços da rede (Centros de Convivência e Cooperativa/CECCOS, Enfermaria em Hospital Geral, Equipe de Saúde Mental em Unidade Básica de Saúde, Lar Abrigado e Hospitais Dia<sup>29</sup>).

Para a infância e adolescência, estavam previstos os Centros de Saúde Escola (do Departamento de Saúde do Escolar da Secretaria Municipal de Educação), que contavam com demandas de atendimentos em Psiquiatria, Neuropediatra e Fisiatria, além de oferecer um enfoque basicamente psicopedagógico. Para os casos graves (crianças psicóticas e neuróticas graves e, posteriormente, os autistas) foram propostos os Hospitais Dias Infantis de Saúde Mental (Mooca, Santana e Vila Prudente). Com exceção do HDi Ipiranga, os outros serviços atendiam somente até 14 anos, deixando desassistido o público adolescente. Alguns Ambulatórios de Saúde Mental realizavam trabalho com crianças e adolescentes, como era o caso do Jabaquara, Santo Amaro, Lapa e Ipiranga (MORENO, 2016).

De 1993 até 2000, não houve avanços, mas sim retrocessos. Nos governos Maluf<sup>30</sup> e Pitta<sup>31</sup>, com a implantação do PAS (Plano de Atendimento à Saúde), de 1996 a 2000, os serviços foram descaracterizados, entre eles os HDi (MORENO, 2016).

Em 2001, no governo Marta Suplicy<sup>32</sup>, houve um esforço em construir uma mesma estrutura física para todos os setores de um mesmo território (Educação, Saúde, Assistência Social), a fim de facilitar a proximidade e a articulação intersetorial.

Em 2003, temos a publicação de um importante documento da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que propõe uma Política de Saúde Mental para a infância e adolescência (SÃO PAULO, 2003), marcando o pioneirismo do estado de São Paulo em se preocupar com a saúde mental de crianças e adolescentes, em um contexto no qual a Política Nacional de Saúde Mental a essa população ainda estava em processo de estruturação.

---

<sup>28</sup> Luíza Erundina foi prefeita da cidade de São Paulo de 1989 a 1992.

<sup>29</sup> O objetivo dos Hospitais Dias era oferecer atenção intensiva às pessoas em crise, sem retirá-los do convívio familiar e social, além de evitar a internação.

<sup>30</sup> Paulo Maluf foi prefeito de São Paulo nos períodos de 1969 a 1971 e 1993 a 1996. O texto se refere ao segundo período de gestão.

<sup>31</sup> Celso Pitta foi prefeito de São Paulo no período de 1997 a 2000.

<sup>32</sup> Marta Suplicy foi prefeita de São Paulo no período de 2001 a 2005.

A partir da resolução SS-17/SES-SP/2001, é montado um grupo de trabalho composto por profissionais com ricas e distintas experiências e formações para a construção de uma política de cuidados em SMIJ. Esta proposta também contou com a sensibilidade de Luiz Roberto Barradas Barata, então secretário de saúde do estado, ao perceber a urgência dessa pauta e a necessidade de organização de uma rede de equipes e serviços (SÃO PAULO, 2003).

A proposta contou com diretrizes estruturantes, alinhadas aos SUS, como a universalidade, integralidade, equidade, e também alinhadas ao ECA, lei 8.069/1990, e à lei 10.2016/2001. A assistência deveria se pautar numa visão multifacetada, compreendendo os aspectos biológicos, psicológicos e sociofamiliares. Deste modo, era necessário que as equipes fossem multidisciplinares, em todos os níveis de complexidade do sistema. As famílias deveriam ser incluídas nos programas de atendimento; as equipes deveriam conhecer as diferentes características e necessidades de cada etapa do desenvolvimento infantil e juvenil; o enfoque das ações deveria ser comunitário, priorizando a atenção ambulatorial; além de apontar que as equipes de saúde mental não deveriam assumir as obrigações parentais e, em caso de reconhecimento de problemas sociais graves que necessitassem de abrigo, outras instituições deveriam ser acionadas (SÃO PAULO, 2003).

O eixo principal da assistência era a equipe multiprofissional especializada em saúde mental da infância e adolescência, composta por diferentes profissionais (psiquiatra infantil, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicopedagogo, enfermeira, assistentes sociais e outros). Esta equipe<sup>33</sup> deveria estar lotada principalmente em ambulatórios especializados ou em outros serviços, como Centro de Cuidados Diários<sup>34</sup>, Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, UBS com equipe ampliada (SÃO PAULO, 2003).

Outros equipamentos também compunham a rede de serviços, como as unidades de internação (enfermarias de curta permanência<sup>35</sup>), serviços de urgência e emergência<sup>36</sup>, residências terapêuticas, centros de convivência, entre outros. Era importante que essa rede estabelecesse parcerias com os recursos existentes na comunidade, além da necessária articulação intersetorial com a educação, justiça e assistência social (SÃO PAULO, 2003).

---

<sup>33</sup> A Equipe mínima deveria ser composta por um psiquiatra com formação em infância e adolescência, um psicólogo, um assistente social, um fonoaudiólogo, um terapeuta ocupacional e um enfermeiro.

<sup>34</sup> Centro de Cuidados Diários: equipamento destinado ao atendimento a crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente (psicoses da infância e autismo infantil), principalmente aqueles afetados desde o início do seu desenvolvimento.

<sup>35</sup> Internação – Enfermarias de curta permanência: a hospitalização oferece maior intensidade e atenção dirigida ao paciente, devendo compor eventualmente e pontualmente o processo de cuidado.

<sup>36</sup> Serviços de urgência e emergência: como a frequência de emergências psiquiátricas na infância e adolescência é baixa, não é indicada a implantação de uma referência específica para essa população. Os casos de crianças e adolescentes podem ser atendidos em Prontos Socorros gerais, com atendimento psiquiátrico.



As atividades eram compostas de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento em equipe multiprofissional. Ações facilitadoras de inclusão escolar também eram previstas, como o acompanhamento *in loco* do processo de inclusão de crianças e adolescentes, oferecimento de apoio ao professor inclusivo e programas de instrumentação psicopedagógica adequada a cada criança e adolescente (SÃO PAULO, 2003).

Em relação à Atenção Básica, era apontada a necessidade de inclusão de atividades relacionadas à saúde mental como parte integrante da atenção integral em saúde, além da assessoria de equipes especializadas às equipes da atenção básica, a fim de ampliarem a resolutividade dos casos nesse nível de atenção (SÃO PAULO, 2003).

A intersetorialidade, compreendida como a articulação de saberes e experiências que auxiliam uma rede a alcançar resultados integrados em situações complexas (INOJOSA, 1998 apud SÃO PAULO, 2003), apresenta-se em evidência nessa política, convocando os serviços a tecerem a rede intersetorial, aumentando a resolutividade das ações em saúde mental. Com o setor Educação, são propostas ações de promoção, prevenção e detecção precoce em escolas. Com o Poder Judiciário, propõe-se a aproximação com as diferentes instâncias e serviços que atendem crianças, adolescentes e suas famílias, como um destaque especial aos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas. Junto aos Conselhos Tutelares, é proposta a elaboração de ações e programas de atendimento aos direitos da criança e do adolescente (SÃO PAULO, 2003).

Ainda que nos documentos oficiais esses serviços não tenham mais sido citados, sabe-se os Ambulatórios de Saúde Mental passaram por um processo de municipalização, fundindo-se com as equipes de HDi e transformando-se posteriormente em CAPSij, adequando-se à Política Nacional de Saúde Mental.

Outros fatos históricos que contribuíram para um cenário social e político favorável para a ampliação de investimentos na construção de uma rede de saúde mental substitutiva serão apresentados no item a seguir, conforme a fala de uma das participantes do estudo.

## **1.2. Processo de implantação dos primeiros CAPS III da cidade de São Paulo**

### **1.2.1. Contexto social e político**

As participantes do estudo foram questionadas sobre qual o contexto social e político que favoreceu a implantação do primeiro CAPS Infantojuvenil III. Rosangela Elias conta que

o fechamento de Hospitais Psiquiátricos, a abertura de SRT<sup>37</sup> e a criação dos primeiros CAPS III na cidade de São Paulo, somados a uma disponibilidade de recursos financeiros e uma abertura do gestor em apostar nas propostas da Área Técnica, possibilitaram um terreno fértil para ampliação da rede substitutiva de saúde mental.

*Eu vinculo muito esse processo à implantação dos CAPS III em São Paulo.*

*Nós, profissionais da saúde mental, tínhamos um desejo muito grande que a maior cidade do país tivesse CAPS III, era preconizado nas portarias da época e a gente não tinha isso.*

*No fim de um período de gestão, sempre tem os recursos e o planejamento de como será utilizado, na época com o fechamento do Hospital Charcot, tinha uma ação civil para implantação dos CAPS na cidade de São Paulo. Além de RT [Residência Terapêutica] para fazer a desinstitucionalização do Charcot, estavam previstos 5 CAPS III. Esse processo já rolava há anos na secretaria, “responde, volta”, mas quando veio para a gente fazia 1 semana que eu tinha assumido a Área Técnica, na época a Saúde Mental estava dentro da Atenção Básica. O que acontece às vezes na gestão, nós enquanto técnicos, discutimos, entendemos a importância, fazemos toda aquela articulação política, mas na hora de concretizar, esbarramos na ideia de outros grupos ou na dificuldade de o gestor entender a importância daquele serviço e a gente empaca nessas coisas.*

*Então foi uma conjunção de coisas positivas, tinha a ação, tinha o recurso que a gente precisava destinar dentro da saúde mental e eu tinha acabado de entrar. A Coordenação da prefeitura tinha bancado minha entrada, porque até então os coordenadores eram todos médicos, eu era fonoaudióloga e a administração bancou esse cargo para mim e eu levei isso, “Eu preciso que a gente monte os CAPS III, precisamos de 5 CAPS III”.*

*Na primeira leva foram só adultos, um em cada região da cidade, norte, sul, leste, oeste e centro, a ideia era botar pé na cidade e ver como seria. Demorou um pouco para sair, foi difícil, mas implantou, com um monte de dificuldades que aos poucos a gente foi vencendo. Só que a saúde mental começou a tomar uma importância na época, tinham algumas ações na Cracolândia e se discutia muito saúde mental.*

*O secretário tinha uma grande disponibilidade para escutar sobre saúde mental. Nesse contexto todo, quando fechou o Charcot, tinha a ação civil, ele me perguntou “o que precisa?”*

---

<sup>37</sup> Serviço de Residência Terapêutica: são serviços de moradia destinados a pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia que tenham sido internados por dois anos ou mais ininterruptos, e que possuam vínculos familiares muito fragilizados ou ausentes (BRASIL, 2011).

*eu falei “preciso de RT, se a gente tiver 8 RTs a gente fecha o Charcot”. E foi bárbaro, teve uma mobilização dos CAPS que eu nunca tinha visto antes, foi todo mundo para dentro do hospital para avaliar. Na época eu era da equipe técnica. O pessoal saiu, foi para a Residência Terapêutica, começou a aparecer no jornal, a saúde mental estava surfando nessa onda, na mídia, teve o recurso e a gente conseguiu cumprir com os CAPS III.*

*Tinha um planejamento de ampliar para 100 CAPS no município de São Paulo, a gente tinha 40, 42, uma quantidade pequena, dentre esses, 5 teriam que ser CAPS III. Começou a implantar os CAPS II, a Residência Terapêutica estava forte, conseguimos os 5 CAPS III, o hospital na época, o Vera Cruz trucou a gente, “olha vocês estão com problema”. Quando fecha o hospital psiquiátrico vem aqueles de plantão “vai ter louco na rua, vão matar as criancinhas”, começou aquela demanda maluca para cima da gente, um dos hospitais falou “eu quero aumento, senão eu também vou fechar”, achando que a gente ia ceder, até porque a gente tinha acabado de fechar o Charcot.*

*O secretário ficou muito bravo com essa trucada, eu já estava na Coordenação, ele me chamou “e agora, o que a gente precisa pra resolver isso?”, eu “ah se você me der mais 9 RTs a gente fecha”, ele tinha acabado de implantar as 8 do Charcot, ele deu mais 9 e nós conseguimos fechar o Vera Cruz também. Então foi uma ação bem legal, com toda rede participando.*

*Em 2008 fechou o Charcot, no embalo veio o fechamento do outro hospital, do Vera Cruz, tinha a ação civil com o aumento de CAPS, foi um conjunto de muitos fatores. Eu acho que foram muitas oportunidades que foram aparecendo e a gente enquanto equipe teve a sorte de agarrar, porque podia ter passado batido.*

*Mas só sei que naquela época nós avançamos, construímos quase 40 CAPS, se não mais, saímos de 10 para 24 CAPS Infantis. Nós saímos com uma média de 23, 24 CAPS de cada modalidade, tinham alguns territórios na zona sul que ainda faltavam, a nossa meta inicial era ter 1 CAPS por modalidade em cada uma das Supervisões Técnicas de Saúde, a gente conseguiu, tinha 2 ou 3 Supervisões só que não estavam com essa implantação.*

*Quando a gente começou a compreender a importância disso, nem sempre tinha recurso para montar CAPS III. O padrão que o município tinha na época era muito robusto, o financiamento federal para CAPS III não era suficiente. Um CAPS II sai em média 70, 100 mil, um CAPS III saía 250 para você manter, sem médico a noite, era só equipe de enfermagem, técnicos de plantão, da forma que o Ministério preconizava na época, mas era muito caro para o Município. Então o que a gente começou a pedir “tudo bem, monta CAPS II”, não tem*

*dinheiro para montar CAPS III, mas tem dinheiro para montar 1 CAPS II ou 2 CAPS II, então vamos montar 2 CAPS II. Porque a gente tinha uma necessidade, o que eu pensava na época, se a gente expandir num número que faça vista na cidade, dificilmente você retrocede esse modelo. Então, se tem oportunidade de crescer, vamos crescer! (Rosângela Elias)*

Em relação à capital paulista, Rosângela revela uma confluência de fatores que favoreceram o fortalecimento da rede de saúde mental substitutiva paulistana. O primeiro se refere a uma ação civil pública, encaminhada pelo Ministério Público, que mobilizou a SMS/SP para fechar um grande hospital psiquiátrico e ampliar o número de CAPS e SRT em toda a cidade, revelando o papel desse órgão na propulsão da transformação social.

O Ministério Público é uma “instituição permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, é responsável, perante o Judiciário, pela defesa da ordem jurídica e dos interesses indisponíveis da sociedade, pela fiel observância da Constituição e das leis” (BRASIL, 1981).

A ação civil pública visa proteger diferentes bens e direitos pertencentes a grupos sociais ou a toda a coletividade e é utilizada para responsabilizar os réus por danos morais e materiais ocasionados a bens e direitos coletivos, estejam eles previstos na lei ou não (BRASIL, 1985).

Para além da ação civil pública, Rosângela destaca outros importantes pontos nesse processo, como a disponibilidade de recursos financeiros, a entrada de uma coordenadora de saúde mental não médica, a disponibilidade do gestor, a confiança no trabalho realizado pela Área Técnica e a forte veiculação na mídia sobre saúde mental.

Somado a isso, também destacamos a importante implicação da Área Técnica com o processo de Reforma Psiquiátrica, a visão estratégica e habilidade de negociação da coordenadora de saúde mental, facilitando os processos decisórios da municipalidade - o que revela a força da dimensão política (AMARANTE, 1997) na consolidação dos avanços na atenção psicossocial.

Neste período, no cenário nacional, o país vivia o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica, marcado pelo expressivo número de implantações de serviços CAPS e redução de leitos em Hospitais Psiquiátricos.

Este relato evidencia a força do papel político e de uma gestão que trabalha com ousadia, sendo de administração pública, com conhecimento técnico da área e compromisso ético com a efetivação das políticas públicas de saúde mental (e não com políticas de governo), desvelando sua potência e diferencial no curso da história.

Não foi possível encontrar os números oficiais de CAPS da cidade de São Paulo no início e o no final desta gestão. Mas, de acordo com a fala de Rosângela, São Paulo contava com 40 a 42 serviços, sendo construídos outros quase 40 CAPS nesse período, o que evidencia uma importante expansão da rede substitutiva de São Paulo, fortalecendo e enraizando o modelo psicossocial para toda uma cidade. Atualmente, o município conta com 97 CAPS, sendo 32 Álcool e Drogas, 32 Infantojuvenis e 33 Adultos.

### **1.2.2. Resistências para a implantação**

Rosângela Elias conta que as equipes de CAPS apresentaram uma resistência para a requalificação dos serviços para III, tanto pelas mudanças que geraria nas jornadas e processos de trabalho, quanto pela inclusão de parceiros<sup>38</sup> para administração dos serviços. Ela também aponta uma questão política levantada pelas equipes, que era construir os primeiros CAPS III numa gestão de direita e não de esquerda.

*Na época tinha um discurso, que eu achava muito frágil, que CAPS ia virar depósito de gente, que todo mundo ia entrar lá e não ia sair, que isso era um erro na cidade de São Paulo. Isso não justifica, se você tem uma equipe boa, você não transforma usuário em morador, a lógica é psicossocial, você vai atrás das referências, a família tem que participar desde o início do cuidado. Isso do usuário virar morador acontece muito em hospital porque é uma estrutura isolada, descontextualizada, descolada de qualquer rede, eles acabam funcionando assim e por conta disso é mais fácil fazer as pessoas moradoras, muito diferente de um serviço territorial.*

*Foi muito difícil, o que eu fiz na época foi chamar equipes, que eram militantes na saúde mental, eu fui buscar esses grupos, para que esses serviços se transformassem em CAPS III. Eu tomei um susto, tomei um baita de um susto! quando eu chamei esses grupos eu ouvi “porque vamos montar CAPS III agora?”, essa fala pra mim é coisa de maluco. Quando me autorizaram a implantar os 5 primeiros CAPS III eu lembro que eu não dormia a noite, eu lembro que eu sai da secretaria numa euforia que eu não conseguia nem pensar, achando que seria uma festa, quando vi todo mundo falando “não”, eu lembro que eu voltei pra minha equipe e falei, “gente eu não sei o que está acontecendo”, ai o pessoal “ah não, o pessoal está com medo, com resistência”, “ah mas eu não vou perder essa oportunidade”, “vamos fazer e ponto!”*

---

<sup>38</sup> São nomeados como parceiros as Organizações Sociais de Saúde (OSS).

*Transformar um CAPS II num CAPS III trazia sempre algum tipo de resistência, porque as equipes também já estavam acomodadas, já tinha um conforto naquela condição.*

*E na época vinha muito o peso também, quando você transformava para III acabava entrando parceiro, não entrava pela administração direta e isso também gerava uma dificuldade, porque corria o risco de mudar a equipe, tinha uma outra cobrança de jornada de trabalho, então isso gerava um stress.*

*Eu acho que o stress era mais contundente pela questão administrativa, do que pela conceitual do II para o III.*

*A questão dessa resistência desses 5 CAPS iniciais, eu acho que tinha também uma vertente política, porque era uma gestão “de direita”, porque era a gestão do Kassab, então sabe aquilo “Nossa, nós vamos construir o 1º CAPS III na gestão do Kassab?”, eu nunca fui ligada em política, nunca fui ligada em partido, nunca fui ligada em nada disso! Eu queria é que os serviços saíssem!*

*E eu sabia que eram da mental, poderiam reclamar, mas na hora que implantasse, ia pegar aquilo, ali nos dentes e ia fazer funcionar! Por mais que estivesse com uma bandeira diferente naquele momento, eu sei que no fundo iam defender a saúde mental, iam defender o usuário, então em nenhum momento tinha dúvida que isso não funcionaria com aquelas pessoas que estavam oferecendo aquela resistência numa situação inicial, essa dúvida nunca passou pela minha cabeça.*

*Eu falei “ah, essas questões políticas esses medos todos, na hora que faz some”.*  
*(Rosângela Elias)*

Aqui, nesta fala de Rosângela, são trazidas algumas dificuldades vivenciadas, relacionadas a fantasias, medos e resistências apresentadas pelas equipes.

A preocupação de manicomialização dos CAPS III parece revelar que o modelo manicomial não está superado e que, mesmo com todos os avanços políticos conquistados insistentemente, a ameaça do manicômio ainda se faz presente nas equipes.

O que se desvela como uma contradição, pois mesmo com a ausência de outras opções para atenção à crise para além da internação, os serviços ainda apresentaram resistência em experimentar o novo modelo.

Apesar dessa preocupação ser legítima e evidenciar os riscos de transformar práticas ditas psicossociais em manicomiais, parte dessa resistência pode ser explicado pela Análise

Institucional, na qual frente ao novo - instituinte - e sua força transformadora, as equipes respondem com a manutenção do instituído e a cristalização das práticas (LOURAU, 1995).

Para além do sintoma de cristalização das equipes, essas contradições apresentadas revelam um contexto político, no qual os profissionais resistiam e temiam a entrada de OSS na administração dos serviços, além do incômodo que avanços tão significativos na rede fossem feitos em um governo de direita e não de esquerda, evidenciando as forças político partidárias envolvidas nesse posicionamento.

A entrada das OSS na administração pública reforça a presença de uma política neoliberal, que preza pelo bom gerenciamento dos serviços, porém enfraquece os avanços na conquista de direitos e na participação política de profissionais e usuários. Essa resistência apresentada pelas equipes se configurava como um posicionamento político contrário ao avanço das OSS e, conseqüentemente, da política neoliberal na cidade de São Paulo.

### **1.2.3. A experiência com os primeiros CAPS III de São Paulo**

Rosângela Elias relata que a experiência com os primeiros CAPS III mostrou à SMS/SP a resolutividade desses equipamentos e a importância de ampliar esses serviços na cidade. Os territórios que apresentavam esse serviço reduziam as solicitações de internação e os processos de judicialização.

Conta também a proposta de criação do CAPS AD III Sé e o uso deste recurso para crianças e adolescentes do centro de São Paulo, apontando que havia uma demanda de acolhimento integral para esse público.

*Saíram os primeiros CAPS III a partir de 2009 e nessa onda de ter que fazer 100 CAPS, nós discutimos muito com a Coordenação, a possibilidade de aumentar o número de CAPS III, porque a gente já via uma grande resolutividade nos serviços, era uma experiência que a gente não tinha antes. A gente acompanhava junto à Regulação Municipal e o território que tinha o CAPS III reduzia a solicitação de internação de forma gigantesca. E a gente tinha uma demanda de internação muita grande nos hospitais, metade da demanda a gente negava. De posse desses dados, eu fui para a Coordenação, na época da Atenção Básica e a gente fez essa discussão, “olha a importância de um CAPS III no território, o quanto a gente é judicializado com pedido de internação, se você cria esse serviço você reduz essa quantidade”, e assim abriu uma possibilidade.*

*Quando esses CAPS começaram a se estabelecer, passava uns 4, 5 meses e a gente já via a produção subindo, o território reagindo diferente, reduzindo internação. E acho que todo esse contexto fez a gente começar a pensar diferente.*

*A gente não sabia muito o que estava fazendo, era muito novo, a gente discutia, porque não tinha por parte do Ministério um desenho de como tem que ser um CAPS III, como tem hoje, você tinha só algumas planilhas dando uma referência de RH e a gente queria construir algo que tivesse um bom padrão de qualidade. Essas são as dificuldades de uma situação nova, a gente passou por isso no começo, teve resistências da equipe, teve briga interna, era bem complicado.*

*Quando a Cracolândia estourou, teve aquele projeto Centro Legal e que entrou um monte de gente, nós aproveitamos para emplacar o CAPS AD III da Sé. A gente falou “vamos tentar? Porque muitos casos não são para internação, se a gente conseguir cuidar aqui, ter um espaço para desintoxicar, um acolhimento diferente, a gente pode ajudar”, “então tudo bem”.*

*O CAPS AD Sé foi implantado e no mesmo prédio que tinha um Adulto num andar e um CAPS Infantil embaixo, às vezes aparecia adolescente que precisava de acolhimento e o CAPS AD estava vazio e a gente “Poxa acolhe o menino no fim de semana, tá difícil”, eles tinham leito e acolhiam e a gente via que realmente ajudava muito no cuidado. (Rosângela Elias)*

Este trecho da entrevista de Rosângela apresenta o quanto a experiência prática mostrou a potência dos CAPS III, marcando seu espaço na gestão municipal e respondendo a demandas complexas como o alto número de solicitações de internação, a judicialização dos casos e como espaço de cuidado aos usuários de substâncias psicoativas que se encontravam na Cracolândia. A prática dos serviços foi apontando que, após um tempo de serviço, o território já começava a responder diferentemente às situações de crise, e os números de internação começavam a cair, alimentando as decisões da gestão em ampliar a implantação desses serviços para outros territórios da cidade.

Neste momento, já se via a importância de CAPS III para a população infantojuvenil, alguns adolescentes ficavam acolhidos no CAPS AD III, mostrando que havia demanda para esse público e que o III poderia ser uma resposta para esses casos. Essa experiência será uma das sementes para a proposição do primeiro CAPSij III da cidade, novamente a prática alimentando os caminhos da gestão.

Vale destacar que assim que os CAPS III começaram a funcionar eles evidenciaram sua efetividade, tanto quantitativamente na redução da internação e, conseqüentemente, na redução



de gastos públicos, quanto qualitativamente pela construção de estratégias psicossociais de cuidado territorial e humanizado. Deste modo, o Hospital Psiquiátrico não se justifica nem economicamente nem terapêuticamente, revelando que são totalmente dispensáveis na política pública de saúde mental, uma vez que servem apenas aos interesses neoliberais de empresas e donos de grandes hospitais.

### **1.3. Proposta de construção do primeiro CAPSij III**

Teresa Endo apresenta que, na ocasião da proposta do primeiro CAPSij III, existia uma demanda social de crianças em situação de vulnerabilidade na cidade e que era necessário que a municipalidade respondesse a essa situação. Além disso, aponta que o apoio e respeito da gestão apresentavam um cenário político favorável para as propostas vindas da Área Técnica.

*A Área Técnica naquele momento tinha bastante visibilidade. Todo mundo ali era de uma vertente clínica, de gestão, mas pensando sempre numa diretriz técnica, que não é uma força de lei. Então, a gente pensou em recomendações técnicas, porque não estava nas nossas mãos mesmo a decisão da implantação, se o gestor-mor não quisesse, não ficasse influenciado por essa ideia, não aconteceria.*

*Naquele momento o cenário era: “Olha aqui quantos pedidos de internação! Olha aqui quantas situações de crianças em vulnerabilidade”, se você tem um quadro, um cenário de pessoas em extrema vulnerabilidade, o que fazer com elas? A Área Técnica naquele momento tinha muito respeito da gestão, tinha essa configuração e respondia de alguma forma a esse problema, a essa situação problemática e isso foi favorável.*

*Quando você tem uma consistência histórica, quando você tem uma base fundamental que se apoia inclusive em uma política, uma diretriz, se a proposta tem a ver com equidade, acessibilidade, integralidade da saúde e integração também das áreas, não tem como, o CAPS era a saída, era a política nacional vigente.*

*A gente propôs alguma coisa que estava ali no bojo da questão, uma saída que não fosse hospitalocêntrica. Eu acho que o CAPSij III atendeu isso, seria uma hospitalidade noturna, seria um modelo que se afastaria dessa dependência dos pais, do jurídico e do modelo de internação. (Teresa Endo)*

Esta fala de Teresa reforça a importância de uma equipe de gestão alinhada e fundamentada tecnicamente tanto nos preceitos antimanicomiais, quanto nas diretrizes do SUS.

Este alinhamento possibilitou que, frente às complexas demandas que chegavam à gestão, a resposta de cuidado pudesse ser coerente com os pressupostos das políticas públicas de saúde e saúde mental, revelando o papel técnico e político dos profissionais (BASAGLIA; BASAGLIA, 1977) em bancar um cuidado em liberdade e contra hegemônico.

Teresa também aponta, assim como Rosângela, outra potencialidade vivenciada nesse período de gestão: o respeito do secretário de saúde pelo trabalho desenvolvido pela Área Técnica favoreceu processos decisórios alinhados entre a equipe técnica e o gabinete.

A boa relação e parceria entre a Área Técnica e a gestão municipal também é revelada por Sonia Palma, a seguir. A participante conta que a ideia de construção do primeiro CAPSi III surgiu em uma conversa com Rosângela, e que posição política dela favoreceu o processo de negociação com a equipe técnica e com o secretário de saúde.

*O que eu lembro da história é que já tinham os CAPS III Adulto, Álcool e Drogas e eu sempre falava para a Rosângela, “Poxa, mas a gente nunca vai ter um CAPSi III?” e ela comprou a ideia.*

*A Rosângela é muito bem-vista, muito bem quista nas questões políticas, as pessoas escutavam a Rosângela, ela é muito carismática e em algum momento ela convenceu as pessoas a fazerem isso e ela fez, ela foi fundamental para isso acontecer. (Sonia Palma)*

Abaixo, Rosângela conta que, apesar de terem a ideia de construção do CAPSi III, tinham muitas dúvidas de como seria, por isso iniciaram com apenas três leitos, pensando principalmente nos casos de primeiros surtos psicóticos poderem ser acompanhados em seus territórios. Ela aponta o quanto a internação de jovens estigmatizava e era considerada uma violência, não somente para quem a vivenciava, mas para os próprios profissionais.

*Quando começou a grande leva de implantação e nós recebemos um recurso para implantar uma quantidade considerável de CAPS, veio a ideia, vamos tentar um CAPS Infantojuvenil III. Na época eu e a Sonia conversamos muito, tanto que a gente tinha muitas dúvidas do que seria o serviço, ali só tinham 3 leitos e colocamos cadeira de acompanhante. Nossa reflexão foi maior em relação aos primeiros surtos psicóticos, a gente pensou o quanto seria importante acolher o primeiro surto psicótico junto com a família, numa equipe do território, sem estigmatizar o jovem, é muito comum o primeiro surto nessa idade e era sempre*

*muito cruel quando esses casos vinham para a gente e demandavam internação, a gente se sentia muito violentado quando tinha que tomar esse caminho. (Rosângela Elias)*

A compreensão que a internação para a população infantojuvenil era uma violência e de que seria possível proporcionar um cuidado psicossocial, próximo da família e do território, mobilizou a Área Técnica a apostar em um equipamento ainda não previsto nas portarias federais.

Na fala a seguir, Sonia Palma conta também que a cidade de São Paulo tinha o Hospital Philippe Pinel como referência para internação de crianças e adolescentes, o que dificultava muito o acesso a esse recurso por grande parte dos territórios. Essa dificuldade com as vagas, a distância e a possibilidade de construir um serviço que garantisse um cuidado integral e evitasse as internações foram motivadores para a construção do equipamento CAPSij III.

*O que nos motivou a criar esse equipamento é que a gente tinha muita dificuldade para realizar internação de criança. Por exemplo, na época tinha uma menina no CAPS Infantil que havia passado por muitas tentativas de suicídio e chegou a ir para o Pinel. Ao invés da criança ficar lá no Pinel e a mãe na zona norte, por que não fazer a mesma coisa no território da família? ter um lugar onde essas crianças possam ficar para evitar uma internação e ter esse olhar, ter uma atenção mais completa em relação a essa criança. (Sonia Palma)*

É importante reconhecer que a internação, além de remontar as estruturas do paradigma psiquiátrico, também viola os direitos básicos de crianças e adolescentes como convivência familiar e comunitária, direito à educação, cultura, lazer, entre outros.

Abaixo, Teresa Endo aprofunda essa discussão ao trazer que pensar CAPS III para infância e adolescência é também transformar esse modelo hospitalocêntrico de cuidado, que reforça a internação como única alternativa. Cuidar em um CAPSij é também retirar a criança e o adolescente de um olhar somente médico, garantindo uma integralidade na atenção e um olhar interdisciplinar para elas e suas famílias. Construir o CAPSij III também foi um ato político de barrar os processos de judicialização para internação de crianças e adolescentes e ofertar cuidado àquelas crianças que se encontram em situações extremas de vulnerabilidade social e à margem do acesso aos direitos.

*Em relação as razões que fizeram com que investíssemos no CAPSij III, em primeiro lugar, eu acho que mudar esse modelo hospitalocêntrico, porque existia, como sempre existiram, pedidos de internação. Todo o poder médico, todo um saber ligado a uma vertente mais hospitalocêntrica, uma herança presente há muito tempo sobre como se lida com os transtornos mentais. Muitos modelos assistenciais, hospitalares, nos quais a medicina e o poder jurídico davam as mãos, e ainda dão em muitos momentos, para interceder sobre os cuidados das pessoas com transtornos mentais graves.*

*Se a gente pensa em CAPS III para a infância e adolescência, a gente está partindo dessa transformação, dessa mudança de modelo em que apenas a única alternativa seria uma internação em hospital psiquiátrico.*

*O que se pensava, com as crises a necessidade seria uma contenção muitas vezes do entorno que poderia ser feito num Hospital Geral por exemplo, nas alas infantis dos Hospitais Gerais, que pudessem acolher a criança e, não em locais específicos que se tratava a saúde mental especificamente, como o hospital psiquiátrico, isso já seria um marco diferente para a família e para a criança.*

*O CAPS III possibilitaria uma atenção maior, baseado no princípio do SUS de uma integralidade da saúde. Em um CAPS a criança vai ser vista de uma forma multifacetada, por uma equipe, o poder das disciplinas ele é mais horizontalizado mesmo, você não tem uma primazia do remédio, da internação, mas sim da discussão de caso, da equipe. O médico compõe essa equipe, então, você tem vários olhares que se conversam e que o conhecimento transita ali. Uma ideia de interdisciplinaridade e não de fatiar o indivíduo em mil partes, em mil categorias e cada uma fala de si e ninguém se conversa.*

*A família está em jogo também, a família recebe o atendimento. E quando você fala em atendimento à criança, necessariamente você fala de uma atenção à família. A criança está mergulhada em um caldo de uma dinâmica familiar, de uma transmissão geracional psíquica e que muitas vezes os sintomas dela, para não dizer em 100% dos casos, refere-se a essa dinâmica familiar, às vezes atravessa duas, três gerações e você vai ver na criança inscrita o mesmo conflito dos pais, dos avós, a mesma dinâmica.*

*Outra vertente também da função de um CAPSij III foi dar conta de cuidar e proteger crianças que poderiam estar numa situação de perigo, de abuso, de violência, de mais recrudescimento do uso da substância.*

*Nós construímos o CAPSij III para barrar esses contínuos pedidos tanto do jurídico quanto da família mesmo, os quais muitas vezes o único tratamento entre aspas seria esse do confinamento, das internações. (Teresa Endo)*

Compreende-se que, por trás da internação, há toda uma lógica que sustenta essa resposta social ao sofrimento (periculosidade, exclusão, individualização, judicialização). Assim, marcar que é possível cuidar no território, rompendo com a lógica da institucionalização e substituindo-a pela lógica da corresponsabilização, muda completamente o cenário e reposiciona os seus atores.

Pensar CAPS III para infância e adolescência é romper com todo esse aparato manicomial, que reproduz violência, violação de direitos, exclusão social, estigmatização e medicalização, mudando a lógica de cuidado para o território, para a família, para a rede intra e intersetorial e para a coletivo.

Parafraseando Rotteli (1990), temos aqui uma instituição inventada, não só como um lugar, mas como a construção de um novo paradigma para o cuidado à crise de crianças e adolescentes, uma instituição que busca romper com as lógicas manicomiais, tutelares e minoristas.

#### **1.4. O primeiro CAPSij III**

##### **1.4.1. A experiência de construção do CAPSij III Santana**

Teresa Endo refere que havia forças divergentes no que concerne a construção do primeiro CAPSij III. Por um lado, um desejo de construir um equipamento realmente substitutivo às internações psiquiátricas, e por outro uma resistência de propor um equipamento novo sem o respaldo das portarias ministeriais, somado ao receio de reproduzir um modelo do adulto para a infância e adolescência sem considerar as especificidades de cuidado desse público.

*Em relação à experiência de ter um primeiro CAPSij III na cidade, eu acho que no primeiro momento teve uma resistência porque era um modelo novo, era um equipamento que não estava na portaria ministerial. Eu acho que as opiniões foram divididas mesmo. Por um lado, um apoio porque se evitariam as internações, mas por outro lado, uma resistência porque era um modelo muito novo.*

*Uma crítica que se fazia na época era que as portarias estavam muito bem descritas para o adulto e para álcool e drogas, mas para a infância e adolescência a gente via uma espécie de “vamos aproveitar esse modelo para o adulto e vamos instaurar na infância e adolescência”, ao mesmo tempo, tinham muitas pessoas falando, inclusive da academia, e profissionais que trabalhava, com infância a adolescência na rede, dizendo: “Olha, precisamos fomentar uma política de saúde mental específica para infância e adolescência. Não dá para vestir com a mesma roupa do adulto a infância. Vamos pensar mais sobre isso”.*

*Então, eu acho que foi mais ou menos uma coisa empírica o que aconteceu. “Vamos testar esse modelo! Vamos ver se dá certo! Vamos ver se realmente tem um retorno!”. Eu acho que assim, não foi a teoria que veio antes, eu acho que foi um pragmatismo, uma experiência que veio antes. (Teresa Endo)*

Nesta fala, Teresa revela a dificuldade implicada no desafio de construir um serviço novo e a resistência apresentada pelas equipes ao apontar que o CAPSij III poderia ser mais uma reprodução do modelo do adulto para infância e adolescência. Porém, como o modelo vigente de atenção à crise era a internação, optou-se por testar este novo serviço, sendo então criado o primeiro CAPSij III com apenas três leitos.

O risco e a invenção fazem parte do processo de transformação social; assim, mesmo sem teorias e sem respaldo em portarias, São Paulo propôs um modelo de cuidado psicossocial à crise na infância e adolescência, no qual a própria prática foi mostrando os caminhos a serem construídos.

A seguir, Teresa Endo explica que havia demanda de crianças e adolescentes que vivenciavam situações de crise e que precisavam de uma atenção maior, de uma intensidade de cuidado de uma equipe multidisciplinar, para além da internação e medicação.

*Baseado numa demanda de casos graves que precisavam de uma atenção maior, de um tempo maior para a crise, porque invariavelmente era isso, precisava de alguém que ficasse do lado dessas crianças, que acompanhassem, uma equipe multi com todo seu trabalho de escuta. Seria mais a intensidade desse cuidado do que só o confinamento e a medicação.*

*Na época pensamos em retirar de um lugar engessado como um hospital psiquiátrico e pensar num outro lugar onde isso poderia acontecer de outra forma, a partir de oficinas, a criança não ficaria no quarto o dia inteiro, isolada, porque seria a mesma coisa. Não! Era um quarto para dormir um cuidado mais intensivo de uma equipe. (Teresa Endo)*

Teresa vai revelando que a aposta no CAPSij III também partiu da possibilidade de oferta de um cuidado intensivo, com uma diversidade maior de atividades e o olhar de uma equipe multidisciplinar<sup>39</sup>, que deslocasse o olhar da doença para o sujeito. Um serviço que radicalizaria a atenção psicossocial de crianças e adolescentes apostando no cuidado intensivo e integral às situações de crise em um serviço territorial.

Abaixo, Rosangela Elias aponta que, diferentemente dos primeiros CAPS III, a equipe do CAPSij III não tinha resistência, mas sim medo, por ser um serviço novo.

*No CAPSi não era resistência, era mais o medo do novo, era ousar, vamos fazer e ver o que vai dar, tecnicamente será que a gente está acertando? Como é que a gente conduz? A gente teve muito cuidado na hora que discutiu com o parceiro, qual seria o Projeto Técnico daquele serviço, porque a gente queria muito que ele desse certo. (Rosangela Elias)*

Como os CAPS III já eram uma realidade no município e havia uma demanda de crianças e adolescentes que precisavam de um cuidado à crise para situações de maior complexidade e que a resposta não fosse a internação em Hospital Psiquiátrico, a equipe do primeiro CAPSij III não apresentou resistência, mas teve que lidar com o desafio de construir um serviço novo, sem referência nas políticas públicas.

Nesta fala de Rosangela, também é apontado o cuidado da gestão na construção do projeto técnico do serviço e o acompanhamento inicial da equipe, para que o CAPSij III se constituísse, de fato, como uma experiência exitosa.

Rosangela Elias e Sonia Palma contam, a seguir, que a SMS/SP esteve presente, apoiando a equipe para a montagem do serviço e que depois a CRS Norte deu continuidade. Sonia conta também que eles enfrentaram muitas dificuldades na implantação por ser o primeiro e único equipamento do município.

*Foi uma experiência muito importante para a gente, nós construímos com muito carinho, a gente ia discutir com a equipe, para que fosse um espaço acolhedor. Ele foi construído numa casa temporária, muito pequeninha. (Rosangela Elias)*

---

<sup>39</sup> Será utilizado o termo “equipe multi”, para designar equipe multidisciplinar. Optou-se por essa denominação, pois é o termo mais comumente utilizado no cotidiano dos serviços.

*A gente fez várias reuniões lá em Santana, montamos o serviço, a equipe, pensamos como seria feito e depois disso, a Coordenadoria da zona norte acompanhou, porque foram eles que implantaram, com muita dificuldade, com muito problema, porque era o único serviço do Município. (Sonia Palma)*

Essas falas revelam a importância da presença, parceria e acolhimento da gestão na construção do trabalho das equipes. Além de apontar a importância de um bom acompanhamento da gestão no processo de construção dos serviços, para que se produzam práticas coerentes com os objetivos do projeto.

Na fala abaixo, Rosângela Elias explica as razões que fizeram a SMS/SP escolher a região de Santana.

*Por que a gente escolheu a norte na época? tinha o Hospital do Mandaqui e Santana era o único distrito que tinha 1 CAPS Adulto, 1 CAPS AD e 1 CAPS Infantil, a ideia era fazer os 3 se tornarem CAPS III e avaliar como seria o atendimento à demanda de saúde mental tendo os 3 serviços na modalidade III. (Rosângela Elias)*

Além das razões apontadas por Rosângela, vale a pena ressaltar que, conforme consta no item 1.1., Santana foi um dos primeiros HDi da cidade, revelando a experiência somada em anos de trabalho deste território com o cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes.

#### **1.4.2. O início do funcionamento do CAPSij III Santana**

Solange da Rocha<sup>40</sup> conta que acompanhou a primeira gestora do CAPSij III, pois na ocasião respondia pela gerência do CAPS Adulto III Santana. Ela relata que foram muitas as dificuldades neste início. Uma das contradições vivenciadas era com a rede, que ora criticava o acolhimento integral, pela sua possibilidade de reproduzir uma internação, ora cobrava o CAPSij III para que mantivesse alguns usuários o dia todo no serviço.

*Eu sei de algumas coisas sobre o início do CAPSij III Santana, porque eu, como gerente do CAPS Adulto III Mandaqui, e a gerente do CAPSij começamos praticamente juntas. Ela no CAPSij fazendo a mudança para o CAPSij III e eu também fazendo a passagem para o CAPS Adulto III. O que eu me lembro é que as dificuldades eram bem parecidas.*

---

<sup>40</sup> Como não foi possível localizar a primeira gestora, optou-se por entrevistar a segunda gestora.



*O início foi muito difícil. O CAPSij era mais difícil, porque eram crianças e adolescentes e tinha uma crítica muito grande em deixar crianças em acolhimento integral e como isso iria funcionar. Contestavam demais ela e a equipe. Então, foi um momento difícil para ela e a equipe toda conseguir colocar em prática realmente um CAPS Infantil III na cidade, que era também o primeiro do Brasil.*

*Apesar da Coordenadoria Regional de Saúde Norte dar todo o respaldo para isso, assim como a OSS parceira, os demais órgãos, setores de atendimentos colocavam muitas críticas em relação a isso. Como que poderia ter crianças e adolescentes 24 horas, que era uma internação, que não poderia funcionar, que isso poderia prejudicar.*

*Por outro lado, tinha gente que queria que a criança ou o adolescente ficasse o dia inteiro e essa também não era a função, ia contra o objetivo do serviço, tirar do convívio social e familiar a criança. Então era muito complicado.*

*A crítica era de toda a rede, em geral muita crítica. Eu só sei que a coordenadoria norte dava apoio, a OSS que estava no momento também dava apoio para a gente.*

*Realmente não foi fácil construir um CAPSij III que não tinha modelo nenhum em nenhum lugar.*

*Foi muito novo! Inclusive, a gente se apoiava muito nessa época. Ninguém sabia como ia funcionar, se iria dar certo ou não, abria ou não abria, como seriam as equipes. Tinha outro detalhe importante que fazia muita diferença para a gente continuar a implantação, as equipes eram mistas, contratados pela OSS e concursados pela Prefeitura, tinham muitos funcionários que já eram antigos e que não apoiavam essa ideia e tinham muitas críticas em ambos os serviços. Não foi fácil! (Solange da Rocha)*

O medo de manicomializar o CAPSij aparece nas falas de diferentes atores da rede e parece passar pelo equívoco de equiparar o acolhimento integral a uma internação. Solange aponta que esses mesmos atores também distorciam o papel do CAPS ao compreendê-lo como um lugar que resolveria todos os problemas da criança e do adolescente, um resqúcio do paradigma menorista tutelar.

As contradições podem revelar muitos aspectos do processo social complexo que é a constituição de um cuidado psicossocial no território e em rede. A SMIJ vive uma dupla transição paradigmática, do paradigma psiquiátrico para o psicossocial, e do paradigma menorista para o da proteção integral. Assim, muitas são as nuances que as práticas revelam, ora respondendo a um paradigma ora a outro. Essas contradições explicitadas e compartilhadas

podem ser alimento para a transformação social, uma vez que evidenciam os pontos frágeis do processo, possibilitando o diálogo e a revisão dos conceitos e práticas.

Além do desafio de construir um serviço novo, esta fala de Solange também revela o quanto as diferenças de contrato de trabalho presentes nos serviços – contratados CLT<sup>41</sup> via OSS<sup>42</sup> e concursados via Prefeitura Municipal – produziam muitas divergências e dificultaram ainda mais as relações e a implantação dos serviços.

A questão das OSS retornará em outros momentos desta pesquisa. Desta maneira, cabe uma pequena explanação sobre o que este modo de gerenciamento impõe aos serviços e quais suas consequências nas políticas públicas de saúde.

A inserção das OSS no SUS revela o impacto do projeto neoliberalista nas políticas públicas. O dano da inclusão das políticas econômicas no SUS é revelado por Arouca (2002 apud YASUI, 2010)

O modelo assistencial é Anti-SUS. (...). Essa lógica transformou o governo num grande comprador e todas as outras instituições em produtores. A saúde virou um mercado com produtores, compradores e planilhas de custos. O modelo assistencialista acabou universalizando a privatização (p. 19).

No neoliberalismo, há um enxugamento do Estado como alternativa ao seu déficit fiscal. As responsabilidades sociais do Estado são transferidas para a sociedade civil e para o setor privado, por meio de privatizações e parcerias com o Terceiro Setor, que dispõem de organizações capazes de gerenciar com eficiência as políticas públicas voltadas às demandas sociais (DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006). E é exatamente nessa lógica que as OSS se inserem.

As OSS são bastante presentes no gerenciamento dos serviços públicos de saúde da cidade de São Paulo. De acordo com Dagnino, Olvera e Panfichi (2006), a presença do projeto neoliberal nas políticas públicas marca uma intenção despolitizadora, que substitui as reivindicações por participação e cidadania de diversos movimentos sociais, por uma participação restrita ao Terceiro Setor, compreendida pelos autores como uma “democracia gerencial”.

Na fala a seguir, Rosangela aponta que o CAPSij III Santana começou aos poucos, o que foi importante para a estruturação e fortalecimento da equipe. Assim que o serviço abriu,

---

<sup>41</sup> Consolidação das Leis do Trabalho

<sup>42</sup> Organização Social de Saúde

rapidamente os três leitos foram utilizados, principalmente por adolescentes que faziam uso de substâncias encaminhados pelo Ministério Público.

*No CAPSij III Santana demorou para gente começar com os primeiros acolhidos, acho que a própria equipe tinha um pouco de receio de como ia ser isso. Mas caminhou, nós implantamos, começou a funcionar, rapidamente ele ficou superlotado, porque eram só 3 leitos. E agora? Funcionou!*

*A demanda inicial veio de álcool e drogas, tinha essa questão muito forte, então entrou essa demanda de adolescente com uso de substâncias e a equipe não tinha aprofundado muito essa discussão do CAPSij atendendo esse recorte de demanda da infância e da juventude, acho que isso foi um grande desafio para a equipe. É assim, quando a gente não atende, o Ministério Público manda a gente atender, então entra o peso da judicialização e quando entra o peso da judicialização somado ao peso da incerteza do serviço, se aquilo é o papel dele, acho que gera muito stress na equipe, aquele CAPS enfrentou muito isso. Acho que quando começou chegar questões de vulnerabilidade, violência, pegou.*

*A gente tinha problema, por exemplo, uma juíza da região cismava em judicializar e mandar o menino para lá e a gente falava, não é desse jeito, CAPS não trabalha desse jeito. A gente teve que fazer um trabalho na época com um juiz da região norte para negociar, para ele conhecer o que era o serviço, com os promotores também. A gente conversava muito como ia ser feito a configuração da rede, eles eram muito parceiros. Tinha o Ministério Público ajudando a pensar, tanto da Saúde Pública quanto da Infância e Juventude, a gente tinha esse acordo com eles e a coisa foi andando.*

*Não ocorreram distorções do serviço. Eu acho que a gente conseguia fazer um projeto e devolver para a rede.*

*Primeiro porque ele não tinha uma divulgação tão grande que mobilizasse a cidade como um todo. Então, quem tinha ciência dele era um grupo de profissionais do judiciário que trabalhavam ali.*

*Na época se a gente tivesse feito uma divulgação muito grande a gente poderia ter se complicado. Acho que o nosso medo trabalhou a nosso favor, com 3 leitos, de repente começa a ter uma avalanche o que a gente faz?*

*Começamos com calma e isso ajudou, até porque quando a equipe começa a se estruturar melhor, ela começou a fazer uma boa discussão com o judiciário também.  
(Rosângela Elias)*

Esta fala revela que, desde o início do funcionamento do serviço, a rede esteve presente, tanto na necessidade de sensibilizar os atores que a compõem para o trabalho do CAPSij, minimizando encaminhamentos inadequados, quanto nas parcerias para lutas e avanços no campo. A intersetorialidade é uma das principais marcas das políticas públicas de SMIJ (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2005b; BRASI, 2014). Vicentin (2006) aponta que não há como pensar o cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes, se não for de modo ampliado e intersetorial.

Pensar o cuidado à crise no território é ligar as linhas de força que favorecem a construção de um cuidado psicossocial, corresponsável, afetivo e inventivo e que sustente as experiências de sofrimento da vida. É também compreender as linhas de fuga que vulnerabilizam, violentam e violam crianças e adolescentes, dificultando o acesso aos seus direitos. Compreende-se que o trabalho dos CAPSij é tanto compor com a tessitura de uma rede comunitária e territorial a partir dessas linhas de força, quanto reconhecer, visibilizar e mobilizar essas linhas que escapam e fragilizam a construção de uma rede forte de sustentação.

Abaixo, Rosangela traz que, no início, a equipe teve dificuldades de assumir a demanda de crianças e adolescentes com questões complexas, como uso de substâncias, vulnerabilidade social e violência. Uma dificuldade que pode revelar a presença do paradigma psiquiátrico, uma vez que exclui as questões sociais, ao compreender que apenas questões relacionadas a uma doença mental são demandas para um serviço de saúde mental. Uma visão que o paradigma psicossocial tenta desconstruir ao compreender que o sofrimento psíquico é um processo social, contextual e relacional, e que não somente a presença de um diagnóstico psiquiátrico produz sofrimento, mas também questões relacionadas aos contextos micro e macrossociais.

Outro ponto abordado por Rosangela é a presença de judicialização dos casos, o que exigiu da equipe uma aproximação com o judiciário. A Área Técnica também se aproximou do Ministério Público, tanto da Saúde Pública quanto da Infância e Juventude, e estes se constituíram em importantes parceiros. Essa construção com a rede foi tecida a partir dos casos: quando chegava uma demanda inadequada ao CAPSij III, o serviço se organizava e devolvia a demanda para a rede.

Teresa reforça estes fatos ao apontar que os contínuos pedidos de internação fizeram com que o serviço de aproximasse da Defensoria Pública e do Ministério Público, construindo uma parceria e um repertório maior de cuidado da própria equipe do CAPSij III para situações complexas.

*Sobre os pedidos recorrentes de internação, a gente fez um trabalho muito contínuo e abrangente com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo e com o MP [Ministério Público] também. A gente conversava de vários casos “emblemáticos” e “complexos” como eles diziam, às vezes casos que não se encaixavam em lugar nenhum. A pessoa precisa de um abrigo, mas também de um cuidado de saúde mental, não tem família, sofre violências, tem uma problemática de álcool e drogas. Bom, onde ela vai precisar ficar? a assistência social se reunia, a saúde mental se reunia, então possibilitou um trabalho.*

*Nessas discussões de caso a gente pensava numa outra coisa. Então eu acho que a Defensoria do nosso lado, o MP do nosso lado, nessa época tivemos muito contato com os operadores do direito. Porque eles viam, tinham as portarias, era isso: “Ah, então tem que fazer isso, isso e aquilo. Tem esse equipamento, esse e aquele. Vamos canetar e oficiar o município para cumprir e ponto!”. Nessas conversas e nesses acordos, nesse termo de cooperação que existe até hoje na saúde mental, o que se previa? A não judicialização dos casos nas reuniões, nas conversas, nas discussões. Era assim: “Olha ao invés de vocês judicializarem, vamos conversar sobre os casos?” A gente pode ter uma alternativa que seria cuidar da mãe, cuidar do pai, cuidar do entorno, oferecer uma alternativa. A saúde precisou ampliar o repertório inclusive sobre violências, álcool e drogas, as múltiplas transgressões que essa criança estava afetada desde muito tempo, como que a família se inscrevia, como que era a família em situação de rua, como era o tráfico, enfim. (Teresa Endo)*

Nesta fala, Teresa traz a potência da aproximação com a Defensoria Pública e com o Ministério Público para a condução de casos complexos e para evitar que ocorresse a judicialização. Com essa aproximação, foi estabelecida uma relação de parceria e cooperação, construindo ações de cuidado mais ampliadas, que envolvessem não somente a criança e o adolescente, mas seus contextos e suas relações.

O trabalho da atenção psicossocial de crianças e adolescentes é composto por um duplo mandato, clínico e gestor (COUTO, DELGADO, 2015). Deste modo, é fundamental que os CAPSij protagonizem ações que favoreçam a transformação de olhar de toda a rede para o fenômeno do sofrimento psíquico na infância e adolescência, compreendendo-o de forma psicossocial, em suas dimensões e complexidades, e construindo ações de cuidado que fujam de qualquer simplificação ou reducionismo.

### 1.4.3. Início: potências e dificuldades

Antes de apresentar as potências e dificuldades trazidas pelos participantes, vale reforçar a grande importância desta experiência pioneira para o Brasil e para a cidade de São Paulo. Para além dos desafios vivenciados, foi essa experiência inovadora que abriu caminho e inspirou a construção de novos serviços. O primeiro CAPSij III colocou em pauta a questão da crise na infância e adolescência, mostrando que é possível construir um cuidado psicossocial, territorial e articulado em rede, que prescindia da internação em Hospitais Psiquiátricos. Uma grande potência que merece ser destacada.

Nas falas a seguir, Rosângela e Solange relatam que a principal potencialidade do serviço foi a redução das internações. Uma potencialidade que merece um destaque especial, pelo seu impacto nas histórias de vida de crianças e adolescentes e pela possibilidade de construção de estratégias de cuidado não institucionalizantes e não violadoras de direitos.

*A potência desse cuidado foi a redução da internação, isso foi visível e acho que isso é o que a gente queria atingir e a gente conseguiu, tirar a criança e o adolescente daquele espaço ruim da internação hospitalar, esse era o nosso objetivo principal, diminuir o estigma mesmo em relação as crianças com transtornos mentais, a gente tinha essa preocupação de não tratar a criança desde o início como um doente mental e a gente conseguiu oferecer um cuidado maior, mais integral. (Rosângela Elias)*

*A maior de todas as potencialidades era minimizar a internação psiquiátrica na infância e adolescência. Isso era um foco muito importante. Internar uma criança ou um adolescente na ala de psiquiatria, é muito prejudicial para a família, para a criança, não que às vezes isso não seja necessário, mas podendo minimizar e evitar é um ganho para essa criança e para essa família. (Solange da Rocha)*

Estudos nacionais apontam que a internação de crianças e adolescentes em Hospitais Psiquiátricos ainda é uma realidade em nosso país (BLINKSTEIN; VICENTIN, 2016; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015; SCISLESKI; MARASCHIN; SILVA, 2008). Deste modo, a construção de serviços e estratégias que façam face a essa realidade é da mais vital relevância para a proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes.

De acordo com a revisão de literatura internacional realizada (Capítulo 3, item 3.3.), há uma tendência, no mundo inteiro, para que o cuidado ofertado seja o menos restritivo possível,

dentro do ambiente da criança e do adolescente e de sua comunidade (JANSENS et al., 2013). O estudo de Buus e colaboradores (2020) revela que jovens que receberam a estratégia do Diálogo Aberto reduziram sua frequência em serviços de emergência psiquiátrica e tiveram melhorias na escola e no trabalho. Já o estudo de Vusio e colaboradores (2020) aponta um aumento da satisfação de crianças, jovens e seus familiares com modelos alternativos de atenção à crise em comparação com a internação. Muskens e colaboradores (2019) destacam que internações de longo prazo podem estar associadas a uma variedade de resultados negativos como o distanciamento da casa, família e amigos, prejuízos no desenvolvimento social e emocional, vivência de novas crises devido à falta de envolvimento das redes dos usuários, além do alto custo financeiro.

Todos esses estudos sinalizam que ofertar estratégias de cuidado à crise em serviços comunitários de saúde mental que prescindam da internação se evidencia como uma grande potência para o cuidado de crianças e adolescentes, preservando relações e direitos e garantindo uma maior qualidade e satisfação no cuidado ofertado.

As evidências apontam claramente que a internação de crianças e adolescentes em Hospitais Psiquiátricos não se justifica nem por critérios éticos, terapêuticos e nem econômicos. Estes dados deixam claro que este tipo de serviço deve ser extinto definitivamente do cuidado para com a população infantojuvenil, possibilitando que outros serviços, como o CAPSij III, possam receber investimentos e ser ampliados.

Estudos nacionais, que se debruçaram sobre os CAPS III, apontam que este equipamento fortalece a rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico, preservando a proximidade com os profissionais com os quais o usuário já possui vínculo e com sua família (SANTOS, 2015), além de investir em estratégias de cuidado que fomentem a construção de redes formais e informais, mostraram-se um caminho estratégico para o cuidado com as crises no território (SANTOS, 2019).

O estudo de Jozefczyk (2021) aponta que a acolhida noturna, ofertada pelos CAPSij III, apresenta uma força de mudança, capaz de trazer uma resposta territorial frente às práticas institucionalizadoras e hospitalares, do modo asilar, descentralizando o cuidado de um único serviço e incluindo-o numa rede, que produza participação, maior circulação e vínculo com o território.

Em relação às dificuldades enfrentadas, Rosangela aponta, abaixo, que a discrepância entre o tamanho do território e o tamanho da equipe dificultou a realização do trabalho territorial pelo serviço.

Já Sonia traz que o uso distorcido dos leitos do CAPSij III para crianças e adolescentes que não tinham lugar na rede acabou prejudicando e dificultando o acesso de outros usuários a esse recurso.

*Também tinha um limitante de tamanho de equipe, demanda muito alta, até porque os territórios estavam entre 300 a 500 mil habitantes, então eram territórios grandes para um serviço só. Isso impede um pouco o trabalho territorial, o trabalho com a família, porque às vezes você acaba assoberbado de demanda interna. (Rosangela Elias)*

*A ideia era dar uma assistência integral à criança e ao adolescente.*

*Só que acabou distorcendo, porque muitos desses leitos ficaram ocupados por aquelas crianças que não tinham para onde ir, crianças de abrigo que davam muito trabalho. Os leitos acabavam não rodando, pois eram usados para essas internações. (Sonia Palma)*

O risco de uso inadequado do CAPSij III pela rede é sinalizado pelos participantes do estudo 1 e, como veremos adiante, pelos participantes do estudo 2 também. Tal fato reflete a presença ainda marcante dos dois paradigmas que se busca superar, o paradigma manicomial e o paradigma menorista tutelar. O uso do CAPSij III como moradia aponta a busca de uma instituição que dará conta de responder à totalidade das questões apresentadas pela população infantojuvenil. É uma resposta reducionista, que viola direitos e é resultado tanto da falta de políticas públicas e serviços que respondam às complexidades das diferentes infâncias e adolescências, quanto da desresponsabilização da rede ampliada pelo cuidado à SMIJ.

Teresa traz que a grande dificuldade do serviço é e continua sendo a compreensão da rede de que a garantia de direitos é promotora de saúde mental e que a responsabilidade por mudar o curso da história de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico é de todos.

*Quem vai trabalhar na rede pública, se achar que vai trabalhar “senso stricto” com o que acontece ali nos transtornos da infância a adolescência, do adulto ou de álcool e drogas está muito enganado. Vai ter que se a ver com muitas questões de miserabilidade, de crime, de violência, de transgressão de toda a ordem e precisa se abrir para esse cenário e aí, há a necessidade de uma visão interdisciplinar, intersecretarial, intersetorial. A saúde não dá conta sozinha, a saúde mental não dá conta sozinha. É necessário muito contato com outras secretarias, esporte, cultura, educação, setores da comunidade que possam ativar esse modelo.*



*E pensar que você está lidando com a criança, com todo o universo da criança que precisa brincar, que precisa ter acesso a cultura, assim como todos os direitos. Então parece que está lidando com um ser que tem um transtorno mental grave, um ser monstruoso que precisa ser medicado e confinado, tratado e ponto. Não! Ele é uma criança! Com o seu desenvolvimento que precisa ser tratado numa abrangência de repertório e não numa restrição.*

*Eu acho que esse desafio e, é até hoje, essa linha fronteira com outros direitos: a moradia, a educação, a cultura, o lazer, quer dizer, tudo que já está escrito nas portarias como direitos dos cidadãos, direitos humanos. A gente percebe que nessas crianças e nessas famílias, tem muita coisa ali que mostra uma desassistência, então, a gente não está só falando de saúde mental e de saúde. O grande desafio era uma conversa intersecretarial da integralidade da saúde dessa criança e da família. (Teresa Endo)*

Aqui se revela uma questão central à SMIJ, a necessidade de uma clínica necessariamente ampliada quando se fala em cuidado à criança e adolescente. Não há como pensar em cuidado a essa população que não seja de forma interdisciplinar e intersetorial. Crianças e adolescentes são prioridade absoluta na Constituição Federal, são sujeitos de direitos, e exigem para o seu pleno desenvolvimento uma rede de proteção social, capaz de sustentar e promover a integralidade de sua atenção, garantindo os direitos preconizados no ECA (VICENTIN, 2006).

#### **1.4.4. Abertura do CAPSij III para o município**

Em 2013, o CAPSij III abriu para todo o município de São Paulo. Até então, os leitos do CAPSij III Santana eram disponibilizados apenas para a região norte. Solange da Rocha assume a gestão do serviço neste período e aponta as questões vivenciadas.

A participante conta que o maior desafio vivenciado ao chegar no serviço foi a transformação paradigmática da rede e da equipe, sendo necessárias estratégias de trabalho coletivo que evitassem uma cisão entre a equipe de enfermagem e equipe técnica.

*Assim que cheguei no CAPSij III [na gerência], tinha uma expectativa da Secretaria muito grande para a abertura do CAPSij III Santana para o município, porque até então era aberto só para a região da zona norte.*

*Eu fui para lá em 2012, em 2013 já abriu para o município.*

*Então, eu tive que repensar com a equipe essa nova mudança de perspectiva. Tanto que a Secretaria Municipal de Saúde cobrava, o que era uma realidade no município e que eu particularmente acreditava, que a gente poderia minimizar ou até mesmo evitar internações com os CAPS III. Isso que me motivou a ir para o gerenciamento de serviços CAPS III [CAPS Adulto III e CAPSij III], porque eu acreditava muito nisso.*

*A gente passou a ter reuniões de equipe, todos os dias, na hora da passagem de plantão porque a gente via que quebrava, equipe de enfermagem e equipe técnica, e deveria ser uma equipe única.*

*Em relação as dificuldades, primeiro a visão de enfermagem, essa era a principal, tanto dentro quanto fora. Porque por mais que as pessoas não tenham, não falem sobre isso, o histórico todo, a formação, tudo foi construído desse jeito e a desconstrução não é só pelo discurso, é uma desconstrução lenta, é uma mudança de perspectiva, uma cultura que nós temos que mudar internamente. Então, isso não é da noite para o dia, esse paradigma tem que ser trabalhado diariamente para haver mudança. (Solange da Rocha)*

A presença da visão de enfermagem no CAPSij III, tanto pela equipe quanto pela rede, é reflexo da transição paradigmática em que o campo da saúde mental se encontra. Deste modo, é comum encontrarmos nos serviços a coexistência de práticas que refletem tanto o paradigma psiquiátrico quanto o psicossocial. Vale ressaltar que a política não decreta a mudança, ela assinala um caminho a ser seguido e tecido pelos atores que fazem parte de sua implementação.

Costa-Rosa (2000) aponta que, em um primeiro momento, pode-se entender que os modos asilares e psicossociais são simples opostos, fazendo um convite para que se compreendam as contradições não como disfunções ou desvios, mas como resultado de disputas entre grupos e interesses sociais presentes nas instituições.

Sobre a cisão entre equipe técnica e equipe de enfermagem, a seguir, Solange conta que a equipe de enfermagem se sentia responsável pelo plantão, restringindo as ações de cuidado apenas ao cumprimento de uma rotina de enfermagem. Nem sempre havia uma abertura de ambos os lados para essa composição do trabalho e que foi a disponibilidade de alguns profissionais que foi quebrando essa separação.

Vale ressaltar que as discussões sobre a relação entre equipe técnica e equipe de enfermagem serão retomadas e mais bem aprofundadas no estudo 2.

*Em relação a integração da equipe técnica e de enfermagem, historicamente quem manda no plantão é a enfermagem. Isso é histórico! É hospitalar.*

*E como eu tinha uma vivência anterior de enfermagem hospitalar em psiquiatria de adulto e, depois de infância e adolescência, que eu coordenei, para mim era muito claro como isso era difícil e como era importante ser integrado. Realmente é complicado, porque no dia a dia cada funcionário da enfermagem traz consigo aquelas falas: “Porque esse técnico veio aqui, ele não entende nada! Ele não está aqui, como que ele sabe o que ocorre no plantão?”. “Não! É mais fácil deixar depois das 21h todo mundo dormindo sem fazer nada!”. E a medicação noturna? Quem já foi de hospital sabe o que pode ocorrer. Então, isso para mim era sempre muito preocupante porque tinha medicação, tinha a caixa, tinha o “se necessário”, então, esse controle para mim era primordial e a integração também. Agora, se a equipe técnica não participa, realmente fica um muro, o grande desafio foi a equipe técnica participar dos plantões e ficar até mais tarde. Até as 21h e poder vir aos finais de semana. Isso foi desafiante, foi uma construção.*

*Tinham pessoas da equipe de enfermagem que topavam e achavam ótimo, assim como da equipe técnica. Tinham outros que achavam que não precisava. O que ajudou muito é que tinha gente que tinha um olhar diferenciado e topava. Foi possível fazer um trabalho. Foi difícil, inclusive para implantar atividades a noite porque crianças e adolescentes não dormem 21h, adolescente tem muita energia, eles querem fazer atividades até pelo menos umas 22h, 23h. Colocar atividades à noite também foi difícil. Porque enfermagem não traz isso, é só dormir, cama, medicação, é histórico isso, não é uma recriminação. (Solange da Rocha)*

Observa-se, com essa fala, que a preponderância de uma visão biomédica na equipe de enfermagem apresentou-se como um dificultador para a construção de um cuidado psicossocial no CAPSij III. A reprodução da lógica hospitalar se fez presente no serviço, revelando o desafio que foi a implementação de uma proposta que objetivou reverter a modelo manicomial.

É importante ressaltar que não é a presença de uma criança ou adolescente 24 horas em um serviço que o torna manicomial, mas sim suas práticas: o cuidado é composto por quais estratégias? O cuidado é restrito ao cumprimento de uma rotina de enfermagem? O objetivo do cuidado é a redução de sintomas ou a melhoria das questões psicossociais que envolvem o sofrer? O cuidado é médico-centrado ou é ampliado, interdisciplinar e intersetorial? O cuidado é somente focalizado no indivíduo ou em seus contextos e relações? Enfim, essas são algumas

perguntas que podem auxiliar as equipes a refletirem sobre suas práticas, compreendendo a qual lógica elas têm respondido

Abaixo, Solange relata que, com a abertura do CAPSij III para o município, o serviço passou a compartilhar o cuidado dos usuários com outros CAPSij II da rede. Essa relação com diferentes serviços levou a algumas dificuldades.

*É importantíssimo trabalhar junto com os outros CAPSij. Na época era só esse que tinha de CAPSij III e quando eu abri a porta para todos os CAPSij do município, na época eram 22 e depois passou a ser 23, eu tive que tratar com cada um como que a gente queria trabalhar. Foi difícil.*

*Porque se a gente acredita que o território da criança, do adolescente tem que ser preservado, a família, a gente não pode deixar o CAPSij de fora. A gente tem que fazer um projeto compartilhado, ele volta para o CAPSij de origem em alguns dias da semana, em alguma atividade. A equipe tem que ir para o CAPSij III, a família também. E o transtorno disso para a maioria dos CAPSij? Não era de OSS, era da prefeitura, do município, além do recurso deles eu tinha que usar o nosso recurso também para poder levar e buscar.*

*Era assim uma articulação complicada, difícil, mas possível. Todas possíveis, não teve nenhuma que eu possa dizer que era impossível fazer. Sempre se dava um jeito para a criança, o adolescente não perder nem o vínculo com o seu território, nem com a sua escola. Em contato com a escola, “qual é a atividade que dá para a gente acompanhar?” às vezes não dá para acompanhar nenhuma atividade de escola, às vezes está tão comprometido que não dá neste momento. Então, era um trabalho bem minucioso, difícil atender muitos CAPSij. Inclusive atendia não só os CAPSij, mas atendia também os abrigos que pediam, as outras instituições que pediam também. (Solange da Rocha)*

Aqui já se revela um grande desafio, que é o cuidado compartilhado com o CAPSij III e o território de origem do usuário. Este desafio será amplamente apresentado pelos gerentes, participantes do estudo 2.

É importante destacar que, apesar das dificuldades vivenciadas, Solange aponta que todas as articulações foram possíveis, revelando o comprometimento e a militância dos profissionais de CAPSij na construção de trabalho coerente com a atenção psicossocial de crianças e adolescentes.

Solange reforça que o território e os vínculos da criança e do adolescente precisam ser preservados durante o período de acolhimento no CAPSij III. Uma estratégia utilizada nessa época era garantir que usuário passasse o dia no seu CAPSij de origem ou que a equipe se deslocasse para o CAPSij III, para compor o cuidado com a equipe de lá.

Solange também destaca a importância da presença e participação da família neste período e o cuidado e articulação da equipe com as escolas, para que as atividades escolares pudessem ser mantidas, revelando as tentativas de o serviço proporcionar um acolhimento pautado nas diretrizes da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, rompendo com lógicas reducionistas, simplificadoras e institucionalizadoras.

Na fala abaixo, Solange conta que a decisão sobre o acolhimento integral era feita pela equipe do CAPSij III Santana e que, apesar de haver uma discussão com o serviço solicitante, acabava gerando discordâncias com os outros CAPSij.

*Eu não sei como que está hoje em dia, mas na época nós traçamos, que a equipe técnica do CAPSij solicitante viria conversar e que caberia a nós uma avaliação, o que poderia causar um desagrado para a equipe. Isso para todo mundo.*

*O serviço indicava a necessidade, mas era a equipe do Santana que avaliava e sentava com o serviço para discutir. Isso porque a gente via se não tinha outras possibilidades de o usuário continuar no território dele ou outras coisas que a gente poderia colaborar e minimizar esse acolhimento fora do território, mas nunca a porta estava fechada, pelo contrário, estava sempre aberta. Aí, a gente combinava o projeto terapêutico do primeiro dia, da primeira semana, depois a gente fechava os demais. Mas era um trabalho bem gostoso, difícil e desafiador também.*

*Todo mundo da equipe atendia os casos de fora que não eram do território. (Solange da Rocha)*

Vale ressaltar que, devido às muitas divergências entre os serviços, foi pactuado posteriormente junto à SMS/SP que a indicação de acolhimento noturno partiria do CAPSij II, uma vez que este serviço já conheceria e acompanharia o usuário, tendo mais condições de avaliar a necessidade de intensificação do cuidado e acesso ao acolhimento noturno. Tal pactuação será abordada na seção 2, *Expansão dos CAPSij III*.

Outra questão bastante relevante vivenciada pelo serviço eram as judicializações dos casos e a importância de investir na relação com o Poder Judiciário, para que fosse

problematizado o lugar da internação no cuidado a crianças e adolescentes, auxiliando na construção estratégias mais psicossociais. A fala de Solange, a seguir, apresenta essa questão.

*Outra dificuldade muito grande era com o Poder Público, com o Judiciário,*

*Por exemplo, no Conselho Tutelar tinha algumas pessoas que não tinham o conhecimento do serviço, achavam que era enfermaria. Na Vara da Infância nós tínhamos juízes que estavam muito comprometidos com a gente, ótimos, excelentes que conversavam com a gente e perguntavam: “O que você acha? Qual a sua opinião?”. Mas quando vai para a área do DEIJ [Departamento de Execuções da Infância e Juventude], ato infracional, aí era mais difícil. Então foi um trabalho muito árduo junto com toda a Coordenadoria Regional de Saúde Norte, com a OSS da época, foi um trabalho grande de muito apoio para a gente poder alinhar porque senão corria o risco de ser um depósito de adolescentes algemados, policial entrando com arma, monitor querendo deixar todo mundo com algema na cama. Tínhamos muito trabalho com isso, mas mantivemos o espaço CAPSij para todos e com todos.*

*Tivemos muitos casos que chegavam ao CAPSij III por via judicial, mais pelo DEIJ, Vara da Infância vinha também, mas era mais conversado e conseguíamos devolver casos não pertinentes.*

*Chegavam muitos casos de álcool e drogas, principalmente lá do Complexo Prates<sup>43</sup>, vinham muito para a gente com solicitação para ficar 24h. No CRATOD<sup>44</sup> eu tinha que ter uma conversa muito extensa, sobre o que era o serviço e como funcionava.*

*Sobre o CAPS se tornar um depósito, não aconteceu porque era muita discussão, mas tinha uma intenção porque “se não está dando certo aqui vamos levar para lá!”. Não era bem um depósito, mas era a visão hospitalar mesmo “Vamos lá, interna e fica!”. Era um trabalho muito grande com todos esses locais e um diálogo constante e discussões para que a gente pudesse dar o atendimento de qualidade na época.*

*Com o tempo as coisas foram até amenizando e a gente conseguiu lidar com alguns casos graves para o DEIJ, ter uma conversa, evitando que o adolescente fosse cumprir a medida lá dentro.*

---

<sup>43</sup> Equipamento que reúne ações de saúde pública e assistência social e é destinado a pessoas em situação de rua e vulnerabilidade social na região central da cidade São Paulo. Conta com Espaço de Convivência Dia para Adultos, Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes, Centro de Acolhida 24 horas, Centro de Atenção Psicossocial III Álcool e Drogas e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) 24 horas.

<sup>44</sup> Centro de Referência no Tratamento de Dependência Química localizado no centro da cidade de São Paulo. A unidade é vinculada à Secretaria de Estado da Saúde e oferece atendimento 24 horas por dia por meio de uma equipe multidisciplinar.

*A sugestão que a gente trazia era fazer o tratamento no CAPSij e ser acompanhado na medida socioeducativa por eles.*

*Teve um caso que chegou a ficar 60 dias com a gente, mas porque o caso demandou por questões de saúde mental, física, familiar e social. Os outros casos, poucos, que ficaram mais tempo por determinação judicial, que excedeu 14 dias, a gente conseguiu conversar e quebrar isso mais para frente com muito diálogo. A gente acreditava que uma boa discussão técnica com fundamentação clínica e social, era possível fazer com que o Judiciário entendesse nossa posição sempre, mas tinha muito argumento. (Solange da Rocha)*

Solange aponta que a relação com os juízes da Vara da Infância e Juventude (VIJ) era de parceria, já com o DEIJ foi bastante difícil, o que exigiu um massivo investimento do serviço junto a eles para que fosse possível mudar a lógica manicomial presente nos encaminhamentos feitos aos CAPSij III.

É importante destacar que, desde o início do funcionamento do serviço, foi estabelecida uma relação de proximidade com o judiciário, uma relação que continuou a ser tecida ao longo dos anos, revelando que o trabalho em rede é contínuo e exige intensos investimentos, a fim de possibilitar o seu aprofundamento e ampliação.

A participante relata que a lógica da internação para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e em uso de substâncias psicoativas se fazia bastante presente. O pedido de internação como resposta a situações complexas reflete o quanto o paradigma psiquiátrico e o paradigma menorista tutelar ainda se fazem presentes nas práticas, revelando fragilidades e contradições.

O estudo de Galhardi e Matsukura (2018), que objetivou compreender o cotidiano de adolescentes em relação ao uso de drogas, identificou que cinco dos oito usuários participantes tinham sido internados em clínicas para tratamento de dependência química, com tempo de permanência nestes locais de pelo menos seis meses. As autoras problematizam que a baixa adesão dos Hospitais Gerais na oferta de leitos de saúde mental contribui para que internações em Hospitais Psiquiátricos ou outras instituições de caráter asilar continuem acontecendo.

Já o estudo de Felício e colaboradoras (2021), que focalizou a vivência dos adolescentes autores de ato infracional e de suas famílias, reflete que a ausência de intervenções do Estado, principalmente àquelas famílias que se encontram em situação de risco, vulnerabilidade e fragilização ou rompimento de vínculos, desencadeia um ciclo de desatenção e descuido que se repete no decorrer da vida. Esse mesmo Estado que não garante acesso aos direitos é quem

pune, culpabilizando adolescentes e famílias pelo ato infracional, sofrimento psíquico e uso de drogas, por meio da repressão, violência e ingresso no sistema socioeducativo.

Vicentin, Gramcow e Rosa (2010) abordam os crescentes processos de psiquiatrização dirigidos a jovens autores de ato infracional, marcados por internações compulsórias por mandatos judiciais em Hospitais Psiquiátricos; pelo crescente encaminhamento de adolescentes cumprindo medida socioeducativa para perícias psiquiátricas; pela emergência de propostas de alterações no ECA centradas no argumento do transtorno mental e da periculosidade; e pela criação Unidade Experimental de Saúde, em parceria com as Secretarias da Saúde, Justiça e Administração Penitenciária do Estado de São Paulo.

Bentes (1999) aponta que, antes do ECA, crianças e adolescentes, internos da FEBEM, eram encaminhados a internações psiquiátricas como punição, sem nenhuma justificativa técnica. A autora reflete que a internação psiquiátrica por mandado judicial parece ser uma nova forma de sustentar a mesma segregação já realizada.

Joia (2014) aponta que o consumo de drogas de crianças e jovens vem sendo reduzido ao diagnóstico da dependência química e o quanto a internação psiquiátrica vem sendo acionada como resposta a essa condição, principalmente através da compulsoriedade, reafirmando, assim, os circuitos asilares e tutelares.

Esses circuitos são reflexo da histórica parceria entre a psiquiatria e a justiça, que fundou o poder psiquiátrico e o mito da periculosidade do louco, por meio da associação entre crime e loucura, passando a justificar as internações em manicômios, como uma resposta ao risco e em defesa da sociedade (FOUCAULT, 2000).

Essa mesma periculosidade vem sendo sustentada e reeditada há séculos, e tem na população infantojuvenil uma importante inscrição, uma vez que é atravessada por diferentes linhas de poder (patriarcalismo, racismo, adultocentrismo, opressão de classe e gênero), e pelas lógicas manicomial e menorista tutelar, que se somam de forma interseccional, ampliando vulnerabilidades e violações.

A seguir, Rosangela conta que os CAPSij apresentavam resistência em acolher os usuários que faziam uso de álcool e drogas e os adolescentes da Fundação Casa, e que após um trabalho com a rede foi possível construir esse cuidado. Segundo a juíza do DEIJ da época, este cuidado refletiu na redução da recidivas dos adolescentes.

*É um grande desafio CAPSij, é o maior desafio da rede CAPS. Eu acho que também tem um preconceito do Ij “ah eu não atendo álcool e drogas”, “é uma criança como não*



*atende? A demanda da criança é demanda da criança, vai colocar a criança aonde, num CAPS AD? Tem sentido?”.*

*Eu lembro que teve uma vez, logo que eu entrei, a juíza corregedora do DEIJ na época me chamou para uma reunião e ela chega com uma pilha de processos assim na minha mesa e fala “olha só isso”, aí ela começou a ler as respostas que os CAPSij davam recusando os meninos da Fundação Casa.*

*Trouxe a Sonia para a conversa e começamos um trabalho para sensibilizar os CAPSij para acolher os meninos. “Gente tem sentido ele estar dentro da Fundação, dentro daquele espaço e você colocar esse menino num hospital psiquiátrico? Você tem que levar para a rede, tem que ser o serviço próximo da casa dele, porque ele vai sair uma hora, a família tem que ser engajada no processo.” Nossa! Foi difícil!*

*Quando a juíza mudou do DEIJ, ela me mandou uma carta com o trabalho que ela fez na época sobre as recidivas dos garotos, antes da gente iniciar esse processo e depois, porque a gente bancou essa proposta juntas, reduziu em 40% a recidiva dos garotos, simplesmente porque o CAPS Infantojuvenil abriu a porta.*

*São coisas que vão acontecendo ao longo do tempo que também deixa para a gente claro que o serviço é importante. (Rosângela Elias)*

A resistência da equipe em acolher usuários que apresentavam demanda de álcool e drogas e em cumprimento de medida socioeducativa aponta mais uma contradição, a qual um serviço psicossocial reproduz a segregação e violação de direitos vivenciadas por essas populações, imprimindo uma lógica reducionista, que inclui ou exclui um usuário a partir de seu diagnóstico ou demanda, não ampliando o olhar para as situações produtoras de sofrimento e para a complexidade de sua existência.

Esta situação reflete a dificuldade da rede como um todo em cuidar de situações complexas que atravessam a vida de crianças e adolescentes. Deste modo, o documento *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS – Tecendo redes para garantir direitos* (BRASIL, 2014), vem como uma resposta ao afirmar que os riscos produzidos pelo contexto social e pelas desigualdades decorrentes de processos históricos de exclusão e discriminação interferem no acesso e garantia de direitos de crianças e adolescentes e, por conseguinte, na produção de sua saúde (englobando as dimensões biológica, psíquica e social).

Nesta perspectiva, toda a rede intersetorial é convocada para a construção do cuidado em saúde mental e são incluídas no escopo das ações de SMIJ as demandas de populações que

apresentam importante dificuldade de acesso aos direitos, como é o caso de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, em uso de substâncias psicoativas e em situação de violência (BRASIL, 2014).

Outro ponto a destacar na fala da Rosângela se refere ao resultado concreto da inclusão dos adolescentes que se encontravam na Fundação Casa nos CAPSij, destacado pela juíza do DEIJ como essencial para a redução das recidivas. Este fato reforça a importância de um cuidado ampliado, em rede e no território como promotor de vida, saúde e direitos para crianças e adolescentes, mudando o curso de histórias de criminalização, institucionalização e exclusão.

## 2. EXPANSÃO DOS CAPSIJ III

Este momento da história dos CAPSij III se refere à ampliação do número de serviços e uma qualificação da rede de saúde mental infantojuvenil na cidade de São Paulo, realizado por meio da Educação Permanente e do fortalecimento de espaços coletivos e democráticos.

Participaram da recomposição desse período Janaína Diogo e Marcia Innocencio, componentes da Área Técnica de Saúde Mental e responsáveis pela saúde mental infantojuvenil do município; Myres Cavalcanti, Coordenadora de Saúde Mental SMS/SP; e Roberto Tykanori, Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

O segundo período, a ser apresentado a seguir, se refere à Gestão Haddad (2013 a 2016), na qual foi planejada a expansão de CAPSij II e CAPSij III na cidade de São Paulo e a Gestão Dória/Covas (2017 a 2020), a qual seguiu com a implantação dos serviços já planejados anteriormente, dentre outros.

Segue abaixo a lista dos participantes que possibilitaram a reconstrução desse período da história de expansão dos CAPSij III da cidade de São Paulo.

<b>Nome</b>	<b>Formação</b>	<b>Tempo na Área Técnica</b>
Janaína Diogo	Psicóloga	2013 a 2019
Marcia Innocencio	Terapeuta Ocupacional	2013 a 2017

<b>Nome</b>	<b>Formação</b>	<b>Tempo na Coordenação de Saúde Mental</b>
Myres Cavalcanti	Médica	2013 a 2016

Nome	Formação	Tempo na Coordenação de Saúde Mental Ministério da Saúde	Tempo na Coordenação de Saúde Mental SMS/SP
Roberto Tykanori	Psiquiatra	2011 a 2015	- 2002 a 2004 - 2016

## 2.1. Motivadores para ampliação dos CAPSij III

Durante os anos da gestão Haddad, foi planejada a expansão da rede infantojuvenil na cidade de São Paulo, com a garantia de um CAPSij por território e um CAPSij III por Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Muitos dos serviços planejados nessa época foram implantados na gestão seguinte.

Vale ressaltar outros avanços realizados na gestão Haddad. Um deles foi a realização de um concurso público para a secretaria municipal de saúde, a fim de repor o déficit de profissionais, de diversas categorias, presente nas unidades de saúde de administração direta.

Outro avanço foi a realização de chamamentos públicos<sup>45</sup>, com o objetivo de manter apenas um OSS por território, visando a qualificação da rede. Antes disso, havia a presença de muitas OSS nos territórios fazendo a gestão de diferentes serviços, o que acabava levando a dificuldades para um efetivo funcionamento em rede. Observa-se que a lógica neoliberal já estava implantada na cidade e mesmo com uma gestão democrática participativa não foi possível reverter essa lógica, apenas qualificar a rede, melhorando a gestão dos territórios com a administração de apenas um OSS.

Foi perguntado a Janaína Diogo e Marcia quais os motivadores que mobilizaram a Área Técnica a propor a expansão dos CAPSij III. Interessante observar que elas respondem a partir de suas próprias experiências e motivações pessoais. Janaína conta que sua própria experiência técnica no CAPSij Mooca mostrou que existe crise na infância e adolescência e que são necessários espaços para esse cuidado na rede.

*Na verdade, a necessidade de CAPSij III começa na minha experiência trabalhando no serviço CAPSij II. Sempre foi uma questão, não só minha, eu acho que de qualquer trabalhador da infância e adolescência, que era a seguinte: crise na infância e adolescência existe? Se existe, qual o lugar para cuidado à crise na infância e adolescência? porque o horário do*

<sup>45</sup> Chamamento Público é um procedimento realizado pela administração pública para o estabelecimento de parcerias com organizações da sociedade civil para a execução de atividades ou projetos que tenham interesse público. Essas parcerias são regulamentadas pela lei nº 13.019 (BRASIL, 2014b) e pelo decreto nº 8.726 (BRASIL, 2016)

*CAPSij é só até as 17h? depois desse horário acaba a crise? Essa necessidade de estender o funcionamento do CAPSij estava presente no cuidado às situações de crise, havia muitas situações que se fazia necessário um serviço com funcionamento contínuo, situações de crise ou por alguma situação de violência ou até de dúvida diagnóstica.*

*Eu lembro dos meus primeiros dias na gestão em conversa com a Myres Cavalcanti, que era a nossa coordenadora de saúde mental, eu cheguei falando: “A gente precisa pensar em acolhimento de criança e adolescente. Como que ficam os CAPSij III? Só tem um em São Paulo é insuficiente e não dá conta, a gente precisa ampliar essa rede!” Eu já cheguei com essa questão internamente, a gente precisa ampliar a rede não só de CAPSij III, mas a rede de saúde mental infantojuvenil.*

*Eu e a Márcia fomos buscando, ocupando o espaço para pensar a infância e adolescência e foi super bem recebido, não tivemos resistência, mas a gente teve que cavar um espaço para pensar na saúde mental infantojuvenil. Então, foi isso! Esse foi o início da ampliação dos CAPSij III e também dos CAPSij II. (Janaína Diogo)*

Nesta fala de Janaína, observamos que a vivência de dificuldades na atenção à crise de crianças e adolescentes, enquanto ainda era trabalhadora de um CAPSij, mobilizou-a a lutar pela ampliação dos CAPSij III na cidade. Juntamente com Marcia, quando compuseram a equipe da Área Técnica, puderam contribuir com sua experiência técnica, indicando a necessidade de expansão da rede paulistana de saúde mental infantojuvenil. Destaca-se nesses resultados o quanto a experiência prática nos serviços e a vivência na realidade da rede podem ser extremamente úteis para qualificar as ações estratégicas da gestão.

A seguir, Marcia Innocencio conta que uma importante motivação pessoal foi incluir São Paulo no cenário nacional da saúde mental da infância e adolescência e deixar claro que crianças e adolescentes vivenciam situações de crise e precisam de espaços de cuidado psicossocial.

*Eu diria que a infância tinha tudo para não dar certo porque era uma gestão que tinha um TAC para desinstitucionalização com os pacientes de Sorocaba, para trazê-los para São Paulo, com o tempo apertado e transcorrendo. Tinha também o compromisso assumido de fazer uma política ética na Cracolândia e tinha também o nosso desejo de trazer a infância à tona.*

*Em tudo que eu participava, conferências e tudo mais, eu percebia que a infância sempre tinha menos voz, e quando tinha essa voz vinha sempre do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul e eu achava que em São Paulo a gente tinha coisas muito bacanas.*

*Quando eu tive a oportunidade de chegar na Secretaria, eu pensava assim: “São Paulo tem que aparecer no cenário nacional”, eu tinha isso dentro de mim e essa foi a minha motivação pessoal de brigar, de disputar o pensamento, o campo infantojuvenil dentro da equipe de saúde mental, naquela coordenação.*

*Eu entrei em contato com o Ministério da Saúde e começaram a acontecer escutas para as experiências de São Paulo e todo esse movimento corroborava para o ponto “x” da questão, que não era só ampliar a rede de CAPSij, mas pensar qual o mecanismo que ligava à infância ao modelo substitutivo na reforma, o que para a gente seria o CAPSij III. A gente não tinha portaria, mas já tinha um em funcionamento, então por que não ampliar a rede? Foi isso que fundamentou a ideia de ter um por território.*

*Enfim, a ideia era mostrar que existia crise na infância ampliando a rede Ij III, que a infância também precisava desses espaços de habitar, de estar nos momentos de crise, que as famílias também precisavam desse espaço, que havia necessidade de continuidade do cuidado à crise na infância, que não acabava às 19h da sexta-feira, assim como não acaba no adulto.*

*Nosso objetivo foi mostrar que São Paulo tinha belíssimos trabalhos, transparecer São Paulo para o cenário nacional da saúde mental da infância e adolescência, provar epidemiologicamente que precisava ter espaço para crise na infância e com isso CAPSij III e UAij [Unidade de Acolhimento Infantojuvenil], que crianças tem sofrimento psíquico, que a infância e adolescência demandam espaços de cuidado psicossocial e que desde a primeira infância já podem se manifestar. (Marcia Innocencio)*

Marcia destaca que havia muitas encomendas importantes para esta gestão, como a TAC de Sorocaba e o desenvolvimento de uma política ética e humana na Cracolândia, mas que a insistência dela e de Janaína em pautar a SMIJ foi acolhida pela equipe e pôde ter visibilidade. Esta colocação traz o importante papel político que ambas tiveram nessa gestão, disputando e negociando a inclusão da SMIJ, por meio do exercício democrático de pactuação de prioridades políticas.

Além disso, também aponta que o investimento nos CAPSij III partiu do desejo de construir equipamentos que realmente fossem substitutivos à internação e institucionalização de crianças e adolescentes. Para isso, foi proposto inicialmente que fosse inaugurado um

CAPSij III por CRS, ampliando o acesso ao cuidado psicossocial dessa população nas situações de crise.

Uma cidade tão complexa quanto São Paulo parte de uma das maiores complexidades presentes na atenção psicossocial de crianças e adolescentes, que é a atenção à crise, para mobilizar a construção dos CAPSij III e ampliar os investimentos na rede de SMIJ. Uma decisão política que marca um posicionamento ético em prol de uma transformação social marcadamente antimanicomial e não institucionalizante.

Destaca-se, nessa fala de Marcia, a mobilização de uma trabalhadora do SUS da rede paulistana, com uma longa experiência no cuidado IJ, desejando colocar em pauta o sofrimento na infância e juventude e dar visibilidade às potentes estratégias que a cidade de São Paulo vinha desenvolvendo. Sua presença nessa pesquisa dá lugar na história ao legado de uma geração de profissionais que iniciou os Hospitais Dias Infantis de Saúde Mental e os Ambulatórios de Saúde Mental, construindo a rede substitutiva em São Paulo e dando lugar, gestão após gestão, à SMIJ na cidade.

## **2.2. Facilitadores para ampliação dos CAPSij III**

Janaína conta que o alinhamento da gestão foi um grande facilitador de todo o processo de expansão. A equipe da Área Técnica reconhecia a experiência acumulada na ponta<sup>46</sup> que Janaína e Marcia agregavam, o que favoreceu a aceitação das proposições trazidas por elas. Além disso, Janaína reconhece que São Paulo já vinha de uma história de construção da rede substitutiva, já havia um CAPSij III na cidade, o que facilitou a ampliação dos serviços.

*Era uma gestão muito alinhada, a Área Técnica estava muito alinhada com o Secretário Adjunto, que estava muito alinhado com o Secretário da Saúde, a gente tinha muito alinhamento.*

*A gente tinha uma equipe muito consistente, a Cibele Neder nos ajudou muito também, uma psiquiatra que compunha a Área Técnica, a Myres foi sustentando muito o que a gente propunha, tinha um alinhamento e a gente tinha muito experiência clínica, a Márcia mais experiência ainda, eu tinha 9 anos, ela mais tempo em CAPSij, uma experiência das necessidades dos usuários, por isso nunca se pôs em questão o que a gente estava dizendo.*

---

<sup>46</sup> Ponta é um termo comumente utilizado para trabalhadores que prestam assistência direta à população nos serviços públicos de saúde locais.

*A cidade de São Paulo vem numa longa história de implantação de serviços substitutivos para a infância também. É claro que a gente já parte de muitas coisas implantadas, já tinha um CAPSij III implantado. Tem toda a questão de como foi, através de uma demanda judicial, de uma mistura de uma expectativa assistencialista do Judiciário que queria um lugar para o menino praticamente morar e todas as questões do começo do primeiro CAPSij III, o Santana, mas de fato, era um equipamento que podia acolher crises de saúde mental infantojuvenil, então, também já estava posto, a gente não começa do zero, seria leviano dizer isso porque já tinha muita coisa acontecendo na cidade, muitos CAPSij II.*

*Já estava dado desde o começo da gestão que o objetivo era ampliar a rede. A rede de serviços de saúde mental infantojuvenil, adulto e AD. Isso já estava posto.*

*Como a gente veio da ponta a gente sabia que tinha que fazer isso junto com a ponta, com os gerentes dos CAPSij, e isso foi fundamental, porque havia dúvidas, questões e a gente foi se fortalecendo, sempre conversando, consultando todos os gerentes dos CAPSij, isso nos ajudou muito porque foi nos dando respaldo de quais caminhos seguir, isso foi super importante, super importante! Os Fóruns Municipais de Saúde Mental Infantojuvenil, o Encontro Municipal de CAPSij<sup>47</sup> foi um processo maravilhoso, todos nós juntos, eu acho que ele representa isso e foi assim desde o começo. (Janaína Diogo)*

O relato de Janaína revela a importância de pessoas com experiência na ponta ocuparem cargos de gestão, construindo propostas alinhadas às necessidades reais dos serviços e que objetivem a qualificação do cuidado.

A escolha desta gestão foi a construção das propostas em conjunto com a ponta - gestores, trabalhadores, usuários e familiares - ouvindo, discutindo, negociando e articulando de acordo com as realidades dos territórios. As reuniões frequentes com os gerentes de CAPSij, os Fóruns Municipais de SMIJ e o próprio Encontro Municipal de CAPSij revelam o investimento e a aposta numa gestão democrática participativa como uma marca desse grupo.

Janaina também reconhece todos os avanços já realizados nas gestões anteriores, como a construção de uma rede substitutiva e a criação do primeiro CAPSij III, que criaram um terreno fértil para que a expansão acontecesse. Este reconhecimento revela a presença de um processo histórico, político e social que já vinha se desenvolvendo na cidade de São Paulo,

---

<sup>47</sup> Encontro Municipal de CAPSij, realizado em 19 e 20 de abril 2016 em São Paulo, contou com o protagonismo de usuários, familiares, trabalhadores e gestores na realização das rodas de conversa e atividades culturais.

abrindo espaço para que uma rede de SMIJ pudesse se consolidar. Parte desses investimentos e avanços foram relatados na seção 1 deste capítulo.

Na fala a seguir, Marcia aponta a importância do apoio político de Myres em todo o processo, incluindo as questões da infância e adolescência no mesmo grau de relevância que as outras prioridades da Área Técnica.

*Agora, isso não poderia ter acontecido sem a compreensão política da Myres, ela tinha tudo para falar: “Olha, bacana e tudo o mais, mas eu preciso da equipe voltada tanto para o TAC quanto para o ‘De Braços Abertos’, para a política de álcool e drogas!”, que era uma política de governo que demandava muito da Área técnica, além de ter o TAC e a demanda de expandir, habilitar, capacitar e qualificar a RAPS. Mas em nenhum momento ela valorizou mais essas questões do que a vontade de tornar a infância um campo no mesmo nível de importância. Eu tenho uma gratidão ao que ela fez, ela sempre ouviu as argumentações, tudo que a gente considerava manicômio na infância ela comprava a ideia, ela estava com a gente e mais que isso, ela sempre tomou a frente das brigas, como a Portaria do Metilfenidato<sup>48</sup>, no fechamento da UNAD<sup>49</sup>, aprendi muita coisa com ela. E foi ela quem autorizou a começar a fazer contato com o Ministério da Saúde e contar o que estava acontecendo por aqui. (Marcia Innocencio)*

Mais uma vez, este estudo revela a importância do compromisso ético e político da gestão com a transformação social. Nesta fala, Marcia apresenta o alinhamento da Coordenadora de Saúde Mental com os objetivos da Reforma Psiquiátrica e, também, sua disponibilidade em construir coletivamente as propostas junto a sua equipe técnica, bancando os movimentos necessários para a construção de um cuidado psicossocial à SMIJ na cidade de São Paulo.

A seguir, Myres aponta que a parceria com o Ministério da Saúde favoreceu a concretização das propostas da Área Técnica.

*O Ministério era muito favorável nesse momento, isso era importante porque a gente pegou o bonde andando. Logo no início da gestão, tinha um ponto que era muito importante*

---

<sup>48</sup> Portaria SMS nº 986/2014 - Institui o Protocolo de Uso de Metilfenidato, que estabelece o protocolo clínico e a diretriz terapêutica para o emprego deste fármaco no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 2014a).

<sup>49</sup> Unidade de Atendimento ao Dependente (UNAD) – unidade especializada para tratamento de crianças e adolescentes com dependência química.



*que era a questão da formação continuada e da renovação de conceitos na rede. No início da gestão a gente já teve contato com a Área Técnica da Saúde Mental do Ministério da Saúde, para poder formar, atualizar a rede e a gente já conseguiu um recurso bem substancial para fazer um programa muito grande de atualização, o 'Rede Sampa'. A partir desse primeiro contato começamos uma discussão sobre as necessidades e especificidades da construção de uma rede em São Paulo diferente, fomos mostrando com números, mostrando com trabalho, a gente tinha muitos técnicos animados, vigorosos, estimulados em várias regiões de São Paulo, os CAPS eram realmente modelos e a gente conseguiu mostrar isso para o Ministério. (Myres Cavalcanti)*

Esta fala revela a importância do alinhamento entre as diferentes instâncias de governo para a ampliação de uma RAPS qualificada e fundamentada nos princípios da atenção psicossocial e das políticas públicas de saúde mental. O apoio e o incentivo do governo federal possibilitaram a execução de um grande projeto de Educação Permanente chamado *Rede Sampa - Saúde Mental Paulistana*, que contou com a participação de trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde dos serviços da Atenção Básica, Atenção Psicossocial, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar, com o objetivo de fortalecer a RAPS paulistana.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde compreende que a transformação das práticas profissionais e dos processos de trabalho envolvem não somente questões técnicas, mas mudanças nas pessoas, nas relações e nos atos em saúde. O trabalho no SUS envolve uma aprendizagem cotidiana e coletiva, que precisa ser tecida com os atores que dela fazem parte (BRASIL, 2014).

Deste modo, a Educação Permanente em Saúde deve estar voltada aos problemas cotidianos vivenciados pelas equipes, uma vez que reconhece que é no cotidiano que ocorre a substituição de modelos fechados por práticas inventivas, acolhedoras, qualificadas e colaborativas, propondo a composição de um cuidado que inclui a diversidade e a pluralidade. Os processos de atenção, gestão e participação são construídos nas práticas dos serviços e devem objetivar a construção de uma saúde que responda às necessidades dos usuários e valorize os trabalhadores (BRASIL, 2014).

Defende-se que a Educação Permanente em Saúde é uma excelente estratégia para construção de práticas de cuidado psicossociais que visem a transformação social. Essa estratégia tem o potencial de trabalhar tanto na dimensão epistemológica quanto na dimensão técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007), empoderando os

trabalhadores a investirem em práticas inventivas, singulares e acolhedoras, que rompam com respostas medicalizantes, reducionistas e simplificadoras do sofrimento psíquico.

### **2.3. Cenário social e político que favoreceu a expansão dos CAPSij III**

Janaína conta que o perfil de gestão democrática vigente naquele momento possibilitou que as propostas fossem construídas com quem estava na ponta, ampliando as possibilidades de sustentação da política.

*Em relação ao que favoreceu essa construção, pensando no cenário político e social... já pensei muito sobre isso e acho que esse perfil de gestão, que é também no que eu acredito, que aposta de verdade no diálogo e na aproximação com quem está ali no cuidado para pensar de fato a política pública. Não estou sendo demagoga mesmo, às vezes tem uma fantasia em alguns modelos de gestão e partidários que acham que juntar gente vai virar um problema, vai virar confusão, que não vai chegar em lugar nenhum, que isso só desestabiliza e desorganiza. Para mim essa é uma grande marca, principalmente no cuidado infantojuvenil e a gente fez assim, desde o começo todos nós juntos e foi de verdade. Eu acho que isso foi fundamental para dar sustentação. “Eu preciso de sustentação, eu preciso que essa política de fato aconteça na ponta, que a gente alinhe o que não dá para fazer errado ou o que precisa melhorar e tem que ser com quem está fazendo”.*

*Os gestores davam muita liberdade, minha Coordenadora de Saúde Mental e o Secretário Adjunto, apostando nisso e entendendo. Eu lembro muito que eles valorizavam e reconheciam “Bom, elas sabem o que elas estão dizendo porque elas estão na ponta e estão conversando com os trabalhadores”, nesse sentido, então: “São elas que estão mais apropriadas para pensar nisso, não somos nós!”. Tinha esse reconhecimento desse lugar de diálogo que era intermediário também com quem estava na ponta, com os trabalhadores que estavam pensando e sentindo. (Janaína Diogo)*

Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) apontam que no projeto democrático-participativo a participação social assume um papel central tanto nos processos de decisão quanto na formulação de políticas públicas. Os autores também reforçam o papel fundamental dos espaços públicos neste projeto, para a publicização do conflito, das discussões, negociações e deliberações.

Esta fala de Janaína revela a escolha por uma gestão democrática-participativa, que investiu na proposição de espaços públicos de diálogo, negociações e decisões em conjunto com os atores da ponta, possibilitando a construção de pautas democráticas que respondessem às necessidades dos usuários, dos serviços e dos territórios.

Em relação ao cenário social, Janaína aponta a complexidade de produzir saúde numa cidade imensa e repleta de contradições e vulnerabilidades como São Paulo. Myres reforça as diferentes vulnerabilidades em que crianças e adolescentes se encontravam na cidade, justificando ações de cuidado a essa população. Conta também que na gestão Haddad a cidade de São Paulo chegou a não ter crianças e adolescentes em situação de rua na região da Cracolândia.

*Em relação ao cenário social, São Paulo é uma cidade muito complexa, gigantesca, a gente tem bairros com 400 mil habitantes e com muita desigualdade. Nós estamos no SUS e não tem como não ver isso, estar dentro do SUS é enxergar a realidade social dessa cidade, as contradições. E esse cenário era o mesmo de quando estava na ponta, um cenário marcado pela desigualdade. Agora está mais agravado por conta da situação política atual. (Janaína Diogo)*

*São Paulo é uma cidade muito grande, com uma grande população, na Gestão Haddad nos deparamos com uma população infantojuvenil muito vulnerável, os técnicos da rede, tanto da atenção básica quanto dos próprios CAPS traziam as dificuldades de muitas crianças vulneráveis, abandonadas, em situações de rua ou com cuidadores com muita dificuldade. O único CAPSij III que tinha, estava muito sobrecarregado, então a gente via que tinha uma necessidade de trabalhar nesse sentido e que aquele equipamento era o caminho.*

*Nós chegamos a não ter crianças e jovens no centro de São Paulo, na Cracolândia, porque a gente tinha equipes de cuidadores de rua, de agentes comunitários, sociais para crianças e adolescentes e zeramos esse número. Isso a mídia não divulga, nem nós próprias divulgamos, não valorizamos esse resultado, mas a gente dava muita atenção, tirava eles das ruas e levava para os equipamentos que era possível. (Myres Cavalcanti)*

Esta fala de Myres revela uma grande potência, é um exemplo de construção de um território psicossocial que possibilitou romper com expedientes institucionalizantes, produzindo direitos, dignidade e cuidado a uma população em extrema vulnerabilidade. Não

ter crianças em situação de rua na região da Cracolândia é um resultado incrível desta gestão e que deve ser reconhecido e valorizado como fruto do Programa *De Braços Abertos*.

O Programa *De Braços Abertos* foi uma proposta progressista e inovadora, que propôs como mote de cuidado a Redução de Danos para a população em vulnerabilidade social da região central da cidade de São Paulo, atuando de forma interdisciplinar, intersetorial e intersecretarial<sup>50</sup>, foi construído um pacote de direitos (moradia, alimentação, trabalho e renda) que proporcionasse aos usuários um projeto de autonomia (SOTERO; LOTTA; OLIVEIRA, 2019; SÃO PAULO, 2014b).

Em relação à moradia, era ofertada hospedagem em um dos oito hotéis conveniados, também eram garantidas três refeições gratuitas por dia, além do acesso aos serviços de saúde e do acesso ao trabalho, por meio de contratação para serviços de varrição e zeladoria nas ruas da região central e de oferta de qualificação profissional (SÃO PAULO, 2014c).

Este programa foi um exemplo bem-sucedido de cuidado psicossocial para com as pessoas em uso de drogas, pois proporcionou um cuidado integrado, intersetorial, em rede, que garantiu direitos e salvou vidas. Uma experiência reconhecida internacionalmente, que revelou excelentes resultados, mas que foi descontinuada com o término da gestão Haddad.

#### **2.4. Processo político para implantação dos CAPSij III**

Myres conta um pouco sobre o processo político para implantação de novos CAPSij III e as diferentes negociações que ocorriam em cada uma das instâncias. Apresenta também o processo de discussão com as diferentes OSS, parceiras na administração dos serviços da SMS/SP.

*Quando há um governo democrático, os trabalhadores da saúde mental, a população, os conselhos sentem que há uma oportunidade e iniciam uma pressão muito dura. A gente viu que era um momento de construir a RAPS na cidade de São Paulo, então começamos a sistematizar reuniões com profissionais que trabalhavam nos CAPS AD, com profissionais que trabalhavam nos CAPSi e com profissionais que trabalhavam no CAPS Adulto, criamos esses fóruns e trouxemos os trabalhadores para escutar e para construir realmente a RAPS. A RAPS*

---

<sup>50</sup> A coordenação do programa era realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela articulação com outras onze secretarias municipais (Assistência e Desenvolvimento Social; Segurança Urbana; Direitos Humanos e Cidadania; Educação; Cultura; Habitação; Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo; Esportes, Lazer e Recreação; Desenvolvimento Urbano; Serviços; e Políticas para as Mulheres), além de duas secretarias estaduais (Saúde e Justiça e Defesa da Cidadania) e também do Fórum Intersetorial de Drogas e Direitos Humanos (SÃO PAULO, 2014c).

*foi democrática, por isso, não foi na velocidade que a gente queria porque cada região tinha um ritmo*

*Com as demandas no papel a gente levava para os colegiados que preveem os recursos, como as comissões bipartite e tripartite, todas as decisões têm que passar em todas as instâncias dos SUS com o estado e com a federação. Era necessário levar para todos os pontos e isso era trabalhoso, primeiro você faz com a base, depois leva essa discussão para o colegiado da Secretaria, depois leva a discussão do projeto com a bipartite que é com o estado, depois com a tripartite que é com federação. Então, nós fizemos isso e por mais que a gente acelerasse foi muito mais lento do que a gente gostaria, do que a gente precisaria, porque se tivesse sido mais rápido a gente teria mais frutos e mais possibilidades de definir recursos para isso.*

*Os trabalhadores também já estavam muito terceirizados, então, nós trazíamos os trabalhadores de cada um dos parceiros também para a discussão. E não é fácil, existe a questão “Ah é OSS”, não! É tudo profissional, foi um trabalho de convencimento de que um profissional terceirizado é um funcionário também e faz parte do SUS. Foi necessário ouvir os terceirizados porque cada uma tinha uma linha, uma cabeça, umas muito religiosas e com as suas especificidades, de não trabalhar no sábado, a de não trabalhar em tal dia, então, tudo isso foi muito discutido, muito trabalhado.*

*Para poder prever recursos, foi necessário o convencimento de todas as instâncias, inclusive na própria Secretaria. Construímos um colegiado também com os órgãos que defendiam as crianças e adolescentes, os promotores, os juízes, com todos esses setores. Fomos realmente os primeiros colegiados a estimular que na ponta, em cada região, mantivesse essa discussão. Foi trabalhoso, mas contava com muita gente, muita gente bem informada e bem intencionada. (Myres Cavalcanti)*

Nesta fala, Myres apresenta todo o processo democrático para a expansão dos serviços da RAPS, desde as discussões com os trabalhadores da ponta, a compreensão das demandas dos territórios, apresentação das propostas nos colegiados, negociações junto às OSS e instâncias da SMS e aprovação nas comissões bipartite e tripartite. Myres aponta que todo esse processo de mobilização política e negociação democrática levou tempo, impactando no processo de implantação de novos serviços no SUS, todas as instancias.

Construção democrática demanda tempo e disponibilidade, exigindo negociação e sustentação, mas é extremamente necessária para a construção de propostas políticas condizentes com as necessidades da população.

Aqui vale uma importante discussão sobre o lugar que as OSS ocupam na construção democrática e todos os conflitos decorrentes disso.

Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) apontam que a participação da sociedade civil é extremamente essencial para o processo democrático, porém também revelam que a presença do projeto neoliberal tem reduzido a sociedade civil ao “Terceiro Setor”, limitada à execução de “serviços terceiros”. E é exatamente neste contexto que se encontram as OSS.

Os autores debatem que a sociedade civil é composta por uma grande heterogeneidade, tanto de formatos institucionais (sindicatos, associações, coalizões, fóruns, Organizações Não Governamentais, Organizações Sociais, etc.), quanto de práticas e projetos políticos (alguns, inclusive, pouco democratizantes) (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006). Deste modo, a sociedade civil é composta por múltiplos atores sociais, opostos entre si, que atuam em diferentes espaços públicos e possuem seus próprios canais de articulação com os sistemas político e econômico, sendo assim é entrecruzada por múltiplos conflitos (WALTEZER, 1992 apud DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006).

Deste modo, a presença das OSS marca uma escolha por uma eficiência no gerenciamento dos serviços, deixando à municipalidade apenas a tarefa de monitoramento dessa gestão. A presença de diferentes OSS complexificam ainda mais a arena de disputa e de construção democrática, trazendo interesses variados a gestão dos serviços públicos, envolvendo, inclusive, questões religiosas, como Myres aponta em sua fala, o que é bastante preocupante, uma vez que esses serviços compõem a estrutura de um Estado que é laico.

Além disso, a presença de OSS mais conservadoras, pouco democráticas, com rígidas estruturas institucionais hierárquicas, pode distanciar os serviços dos SUS de seus princípios e diretrizes, principalmente quando se considera os serviços CAPS, que correm o risco de vivenciar sérias dificuldades na implantação da Atenção Psicossocial.

Reconhecendo a relevância desta temática e os rebatimentos no cuidado ofertado, e compreendendo que este não foi objeto do atual estudo, sugerem-se novos estudos que abordem sobre a influência das OSS nas gestões dos CAPS e no desenvolvimento de propostas que estejam alinhadas ao paradigma psicossocial.

## 2.5. Processo de ampliação dos CAPSij III

Janaína relata que, no primeiro ano da gestão Haddad, ao planejarem a expansão da RAPS, a Área Técnica compreendeu que para infância e adolescência não seria necessário transformar todos os CAPSij II em III, pois não era a mesma demanda que a população adulta. Desta forma, a proposta foi ampliar um CAPSij III por CRS.

*Em relação a ampliação dos CAPSij III, a Myres estava batalhando por recurso para ampliação da rede, com o objetivo de que todos os CAPS AD virassem III e todos os CAPS adultos virassem III. Já os CAPSij fomos conversando entre a gente e com os serviços e entendemos que não era necessário, porque não é a mesma demanda de adultos nesse sentido de acolhimento para urgência e emergência ou situação de crise, mas que a gente precisava de uma retaguarda, então, o que a gente pensou, em ampliar um por coordenadoria, essa foi a primeira proposta.*

*A ideia era que tivesse pelo menos um CAPSij II em cada Supervisão Técnica de Saúde [STS] e fomos olhando mesmo, onde não tem CAPSij II? Qual o local que seria melhor ter um CAPSij III? Isso, conversando com os interlocutores que levantavam, traziam e organizavam as informações dos territórios.*

*Esse planejamento foi feito já no primeiro ano de gestão. Publicamos um documento com quais pontos seriam ampliados, quais CAPSij III. Nessa época a gente tinha um número muito menor de serviços de infância do que de adulto. Hoje nós temos um número igual de CAPSij, Adulto e AD e esse era o nosso objetivo, que tivéssemos um número parecido de oferta de serviços. Mas a proposta de CAPSij III era: temos 1 na norte, precisamos ter pelo menos um em cada Coordenadoria Regional de Saúde para que esse CAPS oferte o leito, a cama que é como a gente chama, para os CAPS II daquele território.*

*Planejamos tudo no primeiro ano de gestão, é que a implantação demora, recursos financeiros, todas as questões, as OSS, sempre é tudo demorado. Nós planejamos a expansão dos CAPSij III há 5 anos atrás e só agora tem alguns serviços sendo implantados.*

*Não há nenhuma portaria ministerial que regulamente o CAPSij III, para implantação dos CAPSij III foi utilizado o modelo de CAPS III Adulto, que é aquela TLP [Tabela de Lotação de Pessoal] de CAPS III, enfermagem a noite e os fins de semana. (Janaína Diogo)*

Nesta fala, Janaína informa sobre o processo de planejamento para implantação de novos CAPS na cidade de São Paulo, realizado no primeiro ano da gestão Haddad, que teve o

objetivo de garantir que cada território tivesse pelo menos um CAPS de cada modalidade, além da requalificação dos CAPS II para III. Este processo foi feito em conjunto com as STS e previu que cada CRS tivesse pelo menos 1 CAPSij III.

Um dos objetivos dessa expansão era que a cidade de São Paulo contasse com um número parecido de CAPS Adulto, AD e Ij, o que atualmente é uma realidade no município. Revelando os avanços na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes no município, por meio da ampliação do acesso, qualificação do cuidado e possibilidades de construção de redes e territórios psicossociais em toda cidade.

Na fala abaixo, Marcia conta que, assim que inaugurou o CAPSij III São Miguel, ela começou a coletar os dados dos serviços em uma planilha, a fim de justificar a necessidade de ter um CAPSij III por Coordenadoria, identificando as demandas e as estratégias de cuidado utilizadas pelas equipes.

*Já no começo, eu criei uma planilha para mostrar e validar a ocupação, epidemiologicamente falando. Se a gente queria um em cada território, então era importante poder justificar aquela necessidade, e para poder justificar tem que mostrar a eficácia para se criar uma política pública. E não tínhamos esses dados do CAPSij Santana, quando ele era o único.*

*Então, eu fiz essa primeira planilha com inauguração do CAPSij III São Miguel. A ideia foi mostrar onde precisava, de onde vinham as demandas. Como era um por Coordenadoria, avaliar qual CAPS solicitava mais, qual seria o CAPS mais perto dos outros serviços, como validar o uso desse recurso epidemiologicamente qual era a procura, se era mais criança pequena ou se era mais adolescente, mais tentativa de suicídio, enfim que cara tinham.*

*Eu fiz uma planilha sequencial, mês a mês, qualitativa, com origem, motivo da chegada no serviço, se teve recusa do leito qual foi o motivo, a idade, demanda psicossocial (não era CID), projeto terapêutico inicial, quantos dias tinha sido acolhido, se tinha compartilhado o cuidado com o CAPS de origem, qual era o PTS no tempo que permaneceu no CAPS. Porque eu tinha muito medo que só fizessem atendimento medicamentoso. (Marcia Innocencio)*

Aqui, Márcia retrata mais uma potencialidade desta gestão, que foi o acompanhamento próximo dos CAPSij III por meio de um levantamento de dados quantitativos e qualitativos, que apresentasse quais as demandas que chegavam aos CAPSij III, qual PTS foi proposto, como se deu o compartilhamento do caso com o CAPSij II, o tempo em que o usuário permaneceu



em acolhimento integral, além das questões psicossociais apresentadas, a fim de que o cuidado não ficasse restrito ao tratamento medicamentoso. O recolhimento desses dados objetivava monitorar e propor aos serviços uma reflexão sobre suas práticas, rompendo com o paradigma psiquiátrico, qualificando o cuidado e buscando garantir que o CAPSij III cumprisse sua missão psicossocial no território.

Esta fala de Márcia revela a importância do uso dos dados como uma ferramenta da gestão. Observa-se que o foco não é a produtividade, mas a necessidade e a qualidade do cuidado prestado aos usuários e seu alinhamento às propostas da atenção psicossocial. Neste caso, os dados não respondem a uma lógica neoliberal, produtivista, mas sim a um processo de reflexão, acompanhamento e qualificação, o que se revela, neste estudo, como uma importante potencialidade.

A seguir, Myres conta que os CAPSij III foram construídos embasados nas experiências práticas dos serviços e nas trocas com outros equipamentos da rede intersetorial que já tinham um acúmulo de experiência com o cuidado a crianças em situação de vulnerabilidade. Reforça ainda que a função dos CAPSij III seria dar apoio ao CAPSij II do território, sustentando o trabalho que já era realizado por esses serviços.

*Os parâmetros para a construção dos CAPSij III foram baseados nas experiências de outros profissionais, de trocas com os parceiros intersetoriais e no conhecimento dos técnicos que eram capacitados sobre o assunto para poder desenhar e construir um modelo para o município de São Paulo. Existiam equipamentos da Assistência Social que também acolhiam jovens em situações de muita vulnerabilidade e já existiam os nossos CAPS III que também já tinha um know how. Os serviços foram construídos dessa maneira, realmente com a mão na massa, fazendo e aprendendo.*

*Focamos na formação, inclusive para que esse profissional fosse capaz de cuidar de uma criança em crise o tempo todo, full time. O objetivo era ter mais CAPS Infantis espalhados na rede e uns CAPS III para dar um apoio. O objetivo do CAPS III era dar apoio ao trabalho que já era feito com a criança, o jovem e sua família pelos CAPS II.*

*Quando você levava uma criança para um CAPS III era para ela ter um lugar para ficar, um abrigo, um suporte noturno, mas quem articulava esse cuidado para essa criança, com sua família, seu bairro, com a estrutura toda da cidade seria o CAPS Infantil de referência. Por isso, a proposta Da RAPS foi um CAPSij III por região e que seria suficiente para este ter um vínculo com todos os outros CAPS Infantis que não tinham o acolhimento noturno, mas que*

*já realizam todo esse trabalho. Então, a missão desse CAPS era a de sustentar, dar apoio e ter essa troca com toda a rede. (Myres Cavalcanti)*

Nesta fala, Myres reforça que o cuidado central deveria ser ofertado pelo CAPSij II de referência e que o objetivo do CAPSij III seria dar um apoio à rede nos momentos em que o acolhimento integral se fizesse necessário. Deste modo, afirma que é essencial que este serviço esteja em constante troca com a rede, construindo um cuidado psicossocial compartilhado.

Os resultados desta seção revelam a força indutora de uma gestão implicada com o processo de transformação social, evidenciada pela garantia da participação democrática dos serviços na construção da rede; pelas articulações intersetoriais; pelo investimento em Educação Permanente; pelo uso qualificado dos dados; pela organização de processos de trabalho psicossociais, buscando romper com o paradigma psiquiátrico; e pelo acompanhamento próximo do trabalho desenvolvido pelos serviços. Todas essas características revelam a potência dessa experiência viva, apontando os caminhos já percorridos pelo município de São Paulo e facilitando o processo de institucionalização e ampliação dos CAPSij III no cenário nacional.

## **2.6. Hospitais Gerais e a Saúde Mental Infantojuvenil**

Neste tópico, serão apresentadas questões trazidas pelas participantes dessa seção sobre as potências e dificuldades vivenciadas com os Hospitais Gerais no cuidado à SMIJ. Vale ressaltar que, no capítulo *Dialogando nas Complexidades*, será aprofundada a temática da internação de crianças e adolescentes, apresentando resultados tanto do estudo 1, quanto do estudo 2.

Na fala abaixo, Janaína reforça a importância dos Hospitais Gerais como um ponto da RAPS na atenção às urgências e emergências e conta as dificuldades de articulação com esses serviços para que de fato eles se efetivem como um ponto de atenção na rede. Ela também reflete que os CAPSij III têm limites, pois não apresentam porta aberta 24 horas por dia.

*Um pedaço importante, mas que é um pedaço de muita discordância, é pensar em urgência e emergência, dependendo do cuidado ou da crise. Eu acho que tem os atores dos Hospitais Gerais que são importantes. Está obvio, claro e posto que não queremos Hospitais Psiquiátricos, nem para adultos, muito menos para criança e adolescente, mas eu acho que o recurso de um Hospital Geral é um recurso importante. Na gestão, eu fiquei muito*

*impressionada e eu não tinha a menor ideia da resistência dos diretores de Hospitais Gerais de darem respaldo para crianças e adolescentes com questões de saúde mental. A resistência é para a saúde mental de um modo geral, mas para criança e adolescente ainda muito maior, eu não me conformei, eu fiquei muito impressionada como se faz resistência em ter oferta de “porta” de Hospital Geral ou de alguma retaguarda para uma situação de crise. Porque o CAPS III, tem limites, ele não tem médico a noite, ele tem auxiliar de enfermagem no plantão, técnico de enfermagem, um enfermeiro, ele tem uma equipe pequena no período noturno. O CAPS III também não é porta aberta, nesse sentido tem um limite. Uma pessoa em crise meia-noite se não for usuário, não tem estrutura para ele. Então, o Hospital Geral continua sendo também um ponto da rede super importante, mas é um ponto da rede inexistente. Nessa questão eu lembro que a Cibele Neder foi importantíssima, muita discussão com os Hospitais Gerais, porque esse sim é um campo de muita resistência, de equívoco, de total desconhecimento, de supor que precisa de uma infraestrutura muito elaborada, que tantas coisas são necessárias para a saúde mental e na verdade seria só um espaço, uma equipe lá, articulada com a rede, articulada com o CAPS III. Eu acho que esses foram os pontos mais difíceis e que avançou porque a Cibele Neder não descansou em todos os anos da gestão Haddad e mesmo assim pouco se avançou.*

*A gente fez um documento, conjuntamente nós gestão, trabalhadores e gestores dos CAPSij, um documento que organizava o fluxo, o Hospital Geral, CAPSij II, CAPSij III, foram todas as tentativas nesse sentido de colocar o Hospital Geral como ponto efetivo de rede, mas esse é um pedaço muito frágil. Eu vi que depois que acabou a gestão até os leitos, até as enfermarias de adulto desapareceram, como é difícil os hospitais sustentarem que saúde mental faz parte do cuidado, não é?*

*É uma demanda pequena, não é uma demanda grande, não é uma coisa absurda, ninguém quer que os usuários fiquem internados em leitos. A nossa pactuação era com a pediatria, os leitos de pediatria são muito mais vazios hoje do que antigamente. Por que uma criança autista que tivesse uma agitação, caso necessitasse, por que não ocupar um leito da pediatria? E claro, não é para ficar mais do que 15 dias. É toda aquela preocupação que a gente sempre teve, você não ter uma “porta” para que um médico possa avaliar essa criança, um adolescente, uma gestante com uso de substâncias sangrando no meio da rua, uma menina em situação de vulnerabilidade, não tem um Hospital Geral que possa dar um acolhimento para essa menina a noite? Então esse ponto da rede, para a saúde mental, é de muita resistência*

*e muita dificuldade de dialogar, mesmo para a própria Secretaria da Saúde, muito difícil conversar com esses hospitais, com esses diretores.*

*Sobre essa pactuação com os hospitais sobre os leitos de atenção integral na clínica médica e pediatria, em alguns hospitais funcionou sim em outros não.*

*Os estaduais a gente não tem governabilidade, mas dos estaduais o Mandaqui dá muito apoio para a região norte. Dos municipais o Tide, o Jabaquara e o Iva eram possíveis as parcerias, na tentativa do começo de uma construção, de uma tentativa de fluxo. Claro que sempre com muita disponibilidade de um médico que facilitava esse diálogo, essa articulação, ainda muito localizado em alguns nomes de profissionais do hospital, não como uma política de fato, como algo instituído, independente daquele médico que estivesse, daquela assistente social ou daquela psicóloga.*

*Mas depois isso se desfez com muita facilidade. E foi bacana, quando acontecia, porque é um ponto da rede fundamental, mas esse é um pedaço difícil... (Janaína Diogo)*

Janaína relata as intensas negociações que ocorreram com os Hospitais Gerais a fim de garantir que de fato se efetivassem como um ponto da RAPS, oferecendo acolhimento a crianças e adolescentes em situação de urgência e emergência que necessitassem da tecnologia hospitalar. Porém, traz a imensa resistência desses serviços em assumir o cuidado à saúde mental, principalmente quando toca a população infantojuvenil.

Observa-se que, apesar do Hospital Geral ser um ponto da RAPS (BRASIL, 2011), na prática ele é, como Janaína diz, inexistente. Esse dado reforça que, quando se trata de atenção psicossocial e cuidado em saúde mental, os CAPS ainda se encontram muito solitários e com dificuldades de compartilhar efetivamente esse cuidado com a rede, o que pode levar a sobrecarga e prejuízos no cuidado integral, uma vez que os estes serviços não possuem (e não devem possuir) todas as tecnologias de cuidado ofertadas por uma rede.

Esta fala de Janaína também reforça o posicionamento ético e político dessa gestão, e um importante avanço para a saúde mental paulistana, que foi a não renovação dos convênios com Hospitais Psiquiátricos, possibilitando que São Paulo zerasse esses leitos, abrindo caminhos para a efetiva construção de uma atenção psicossocial no município.

O encerramento dos convênios com Hospitais Psiquiátricos, juntamente com a ampliação dos CAPSij III, possibilitou uma transformação radical na atenção à crise de crianças e adolescentes no município, respondendo tanto quantitativamente, ao ampliar e aproximar o acesso dos usuários a esse recurso, quanto qualitativamente, ao construir estratégias de cuidado

singulares e territoriais. O cenário paulistano evidencia que os Hospitais Psiquiátricos são completamente desnecessários no cuidado à SMIJ.

Janaína também aponta as limitações do CAPSij III, uma vez que no período noturno os serviços contam uma equipe reduzida e não possuem a porta de entrada aberta nesse período, impossibilitando que os usuários que precisem deste recurso à noite tenham seu acesso garantido. Deste modo, é essencial que os Hospitais Gerais funcionem como um ponto efetivo da RAPS, sendo uma das portas de entrada para usuários que estejam vivenciando alguma situação de crise ou de urgência e emergência, articulando posteriormente o cuidado com seus devidos territórios. Janaína defende que esta não é uma demanda grande e que o hospital não deve ser o lugar prioritário de cuidado à SMIJ. Porém, é necessário que a rede possa acolher esses usuários quando necessitarem.

Historicamente os hospitais ocupam um lugar social para situações de agravamento em saúde, sendo buscados pela população em geral para a resolução destas questões. Assim, os Hospitais Gerais devem acolher essas demandas, realizar os cuidados necessários naquele momento e articular os serviços da rede que poderão dar seguimento a este acompanhamento.

A seguir, Myres defende que o melhor cuidado a ser prestado às pessoas em sofrimento psíquico está nos CAPS e não nos hospitais, e que em casos de comorbidades clínicas e psiquiátricas os leitos em Hospitais Gerais responderiam a essa demanda.

*A Secretaria era antimanicomial e contra uma internação que assusta a pessoa em sofrimento mental, tanto adultos quanto crianças. Por isso investimos na formação e atualização desses profissionais, para um modo antimanicomial, anti hospitalar. Eu estou convencida de que não precisaria de leito de saúde mental em hospital, nenhum, nem Hospital Geral. Existem emergências clínicas, psiquiátricas, tanto por uso de substâncias, intoxicações ou uma crise de saúde mental infantojuvenil pode ser atendido num leito hospitalar clínico, não necessariamente num leito onde tivessem profissionais com formação e especialização na área, porque são profissionais que infelizmente não temos. Profissionais muito formados, muito estudados são realmente o ouro da coroa! E não é o que está no hospital. O profissional do hospital é generalista, o profissional que está num CAPS ou numa unidade básica para atender a saúde mental é um especialista.*

*Os CAPS tinham uma qualificação muito maior do cuidado o que no hospital e os profissionais não eram convencidos disso! Era uma pena, porque os que estavam nos CAPS eram os melhores e não os que estavam nos hospitais. A gente sempre era tomado por um*

*profissional: “Ah, eu não, aqui eu não consigo tem que ir para um hospital!”. Não, ali era o melhor lugar realmente para ele ser atendido! Não resta dúvida.*

*Por isso apostamos nos CAPSij III como referência de atenção à crise e os leitos de Hospital Geral na clínica médica, pediatria ou obstetrícia para esses casos que tivessem comorbidade de questões clínicas e psiquiátricas. (Myres Cavalcanti)*

Tanto Janaína quanto Myres citam os leitos de atenção integral, garantidos na clínica médica, pediatria ou obstetrícia e a organização de um fluxo construído para o acesso à Atenção Hospitalar de crianças e adolescentes nos Hospitais Gerais. Este documento será apresentado a seguir.

## **2.7. Protocolos, fluxos e a construção da Portaria Municipal de CAPSij III**

Neste tópico, serão apresentados, em ordem cronológica, os documentos que embasaram a construção de uma atenção à crise de crianças e adolescentes na cidade de São Paulo.

O desenvolvimento desses documentos se deu ao longo dos anos e foi fruto de um processo coletivo e democrático, protagonizado pela Área Técnica com toda a rede de CAPSij do município.

O primeiro Protocolo, lançado em 2015, objetivou estabelecer um fluxo para a Atenção Hospitalar a crianças e adolescentes, garantindo leitos de atenção integral à saúde mental nos Hospitais Gerais. Também são apresentadas neste documento orientações e indicações sobre o acolhimento integral em CAPSij III.

Em seguida, é apresentado o processo de construção da Portaria Municipal de CAPSij III e discutida a ausência de uma portaria federal. São Paulo protagonizou a construção de uma portaria municipal, que foi construída coletivamente com base nas discussões realizadas nos Fóruns Municipais de Saúde Mental Infantojuvenil e no acúmulo de experiências dos gestores de CAPSij II e CAPSij III.

A publicação da portaria municipal nº 342 se dá apenas no ano de 2019. Esta portaria define o serviço CAPSij III, seu funcionamento, seus objetivos e apresenta diretrizes para o cuidado.

O fluxo, que estabelece critérios para atenção à crise em saúde mental infantojuvenil, também foi encaminhado à rede em 2019 e busca contemplar, principalmente, o fluxo de encaminhamento ao CAPSij III e o cuidado compartilhado entre CAPSij II e CAPSij III.

É importante destacar que estes protocolos e fluxos não tiveram a intenção burocratizar o cuidado, mas sim de institucionalizar processos considerados essenciais para que a RAPS, em especial os CAPSij, funcionassem cumprindo sua missão de acolher e responder as necessidades de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso.

Cada um desses documentos será apresentado a seguir.

### **2.7.1. Protocolo que estabelece o fluxo para Atenção Hospitalar para crianças e adolescentes com sofrimento ou transtornos mentais, incluídas aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas<sup>51</sup>**

Este protocolo foi elaborado pela Área Técnica de Saúde Mental da SMS/SP e se debruça em apresentar o fluxo de encaminhamento aos leitos de atenção integral à saúde mental - alocados nas enfermarias de pediatria, clínica médica e obstetrícia - garantidos em alguns Hospitais Gerais do município, que são referências para os serviços que compõem cada uma das CRS.

De acordo com o referido protocolo, o encaminhamento para os leitos de atenção integral à saúde mental pode ser realizado pelos PS/PA/UPA com psiquiatra e CAPSij com psiquiatra, pediatra ou neuropediatra em parceria com a interlocução de Saúde Mental da STS/CRS, e deve ser solicitado ao setor de *Regulação de Leitos Hospitalares* da SMS, com tempo de resposta de até 72 horas. O período de internação deve ser de curta e curtíssima duração, no máximo 15 dias (SÃO PAULO, 2015).

Neste mesmo protocolo, são realizadas orientações e indicações para acolhimento em CAPSij III, que também deverá ser de curta permanência, no máximo 14 dias. Este recurso é indicado para situações de alta complexidade, como situações de crise que não possam sofrer descontinuidade noturna ou aos fins de semana; como recurso para evitar a internação/institucionalização, uma vez que a hospitalidade 24 horas pode facilitar a articulação necessária dos dispositivos territoriais da rede de proteção à infância, a fim de sustentar outras possibilidades; como dispositivo redutor de danos; em situações onde a conduta farmacológica requer maior observação e cuidado, seja pela ausência de resposta ou pela presença de intensos efeitos adversos ou paradoxais; como lugar de proteção e observação, de curta permanência, frente a situações de risco decorrentes de conflitos familiares, vulnerabilidades de diferentes

---

<sup>51</sup> Este protocolo foi disponibilizado para os serviços que compõe a RAPS, porém não foi publicizado (SÃO PAULO, 2015).

ordens como violência, situação de rua, institucionalização, no intuito de compor e fortalecer a continuidade das estratégias do cuidado no âmbito da RAPS (SÃO PAULO, 2015).

Este foi um primeiro documento que objetivou garantir o acesso à Atenção Hospitalar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na rede e regulamentar a indicação para os leitos em CAPSij III, uma vez que não havia documentos de referência sobre este equipamento.

Vale ressaltar que este documento foi encaminhado para a rede em 2015 e que apenas em 2016 tivemos a implantação do segundo CAPSij III da cidade, o que justifica a preocupação da gestão em investir e garantir leitos de atenção integral à saúde mental, uma vez que, para muitos territórios, os Hospitais Gerais eram os únicos equipamentos da RAPS com condições de realizar um acompanhamento 24 horas para aqueles casos que necessitavam dessa intensificação do cuidado, garantindo um cuidado no próprio território e evitando que crianças e adolescentes se enredassem em circuitos de internação em Hospitais Psiquiátricos<sup>52</sup>.

A discussão sobre a ausência de um documento norteador ou portaria específica de CAPSij III a nível federal será apresentada a seguir.

### **2.7.2. Portaria de CAPSij III**

Roberto Tykanori, coordenador de Saúde Mental de 2011 a 2015, também foi entrevistado neste estudo e informou seu posicionamento em relação aos CAPSij III e a ausência de uma portaria específica.

*Em relação às experiências de CAPSij III, apesar de não ter uma portaria específica, eu acho que é sempre válido. As pessoas pensavam “Ah, mas não está escrito que pode!”, as portarias não são proibitivas, elas são orientações. Os municípios têm autonomia para definir e desenhar as suas políticas. No desenvolvimento da rede, das propostas, das ações a gente não deve inibir quando as apostas são razoáveis. Eu posso achar que funciona ou que não funciona, ter dúvidas, mas a dúvida só não é suficiente para impedir. Por burocracia impedir apostas de criação, de experimentação, eu acho equivocado.*

*Em relação a ter uma portaria de AD III e não ter uma de Ij III, talvez seja uma resposta ad hoc, porque em relação ao tema das drogas com adolescentes e crianças nós estávamos*

---

<sup>52</sup> Apesar do esforço da SMS/SP em finalizar os convênios municipais com hospitais psiquiátricos, vale ressaltar que o governo do Estado manteve esses convênios. Deste modo, crianças e adolescentes da cidade de São Paulo, principalmente aquelas em uso de drogas e em situação de vulnerabilidade, estavam suscetíveis a serem encaminhadas para internação em hospitais psiquiátricos, localizados nas cidades da Grande São Paulo, por encaminhamento de serviços do estado ou por determinações judiciais.



*focados nas questões da prevenção, como um experimento de reconhecer o campo. Numa escala política eu não sei se essa questão seria de fato uma prioridade. (Roberto Tykanori)*

Nesta fala, Tykanori apresenta que os CAPSij III não foram pautados como uma prioridade política, e por essa razão não foi criada uma portaria específica para esse serviço. Para o público infantojuvenil, foram pensadas ações de prevenção em álcool e outras drogas. Este governo enfrentou fortes ondas conservadoras e concentrou suas energias em responder à pressão social, ideológica e midiática relacionada ao crack, propondo a criação dos CAPS AD III como uma resposta às internações, principalmente em Comunidades Terapêuticas.

Abaixo, Tykanori apresenta mais detalhes sobre o contexto de disputa política e de modelo de cuidado nas questões relacionadas ao álcool e outras drogas.

*A questão específica do AD III, veio no conjunto de ações que precisavam contrastar com a força política por exemplo das Comunidades Terapêuticas. Isso porque dentro do próprio governo havia muita gente que tinha fé mesmo que as Comunidades poderiam ser uma boa resposta. Foi um caminho muito estreito e eu consegui não perder o rumo, por isso era necessário que a rede tivesse respostas que fossem suficientes para lidar tanto com a questão da intoxicação e da desintoxicação, por isso a necessidade de ter os Hospitais Gerais, mas também para situações que não são necessariamente produzidas pelo estado intoxicação ou embriaguez, por exemplo, mas que envolve um manejo relacional. Para esses casos, sair da rua, sair da relação, sair de casa faz diferença e era aí que entrava os CAPS III. Foram criadas também residências, as Unidades de Acolhimento, porque se verificou que era necessário ter também referências mais estáveis. (Roberto Tykanori)*

Yasui (2016) problematiza que a exposição midiática sobre o tema “crack” acabou tornando-o um tema prioritário para a RAPS, que também teve que lidar com o cenário conservador do Plano Integrado de *Enfrentamento ao crack e outras drogas*. Este plano focalizava a segurança pública e seguia a lógica do proibicionismo e criminalização, utilizando estratégias higienistas como a expulsão das pessoas das ruas e as internações em Hospitais Psiquiátricos ou nas Comunidades Terapêuticas. Neste contexto, falar em Redução de Danos, pensar os determinantes sociais e compreender a complexidade que envolve o uso de drogas se chocava com as posições conservadoras, produzindo intensas disputas de narrativas e muitas distorções nas análises das necessidades dos territórios.

Tykanori complementa essa discussão ao apresentar dados que informam que a questão do crack tinha mais relevância social e política do que epidemiológica. Comparada com outras drogas ou até com a prevalência de outros transtornos mentais, o uso do crack tinha baixíssima prevalência.

*(...) Quando eu entrei em Brasília a questão do crack passou a ser um campo de disputa de força muito grande dentro do governo e com o Congresso Nacional. Na verdade, era muito confuso, porque havia uma discrepância gritante entre a relevância política e a relevância epidemiológica, havia uma dissonância entre a mobilização emocional, ideológica, política em relação ao problema do crack e a questão dos dados epidemiológicos, dos números. O Chico Bastos<sup>53</sup> fez um levantamento (...) e identificou de fato um crescimento de consumo, proporcionalmente quase dobrava o número de consumidores de crack no período de dois a três anos, mas a relevância era mínima, porque saía de 0,1 % para 0,2 %, aumentou 100%, porém problemas de depressão, esquizofrenia, por exemplo, giram em torno de 3%, álcool em torno de 15, 17%, no crack estamos falando de 0,1 0,2 a 0,3%, quantitativamente uma demanda pequena, mas social e politicamente muito relevante, esse é um dado importante. (Roberto Tykanori)*

Todo esse cenário político relacionado ao crack fez com que a Coordenação de Saúde Mental se debruçasse mais na construção de políticas e estratégias psicossociais para as questões de álcool e outras drogas, o que pode explicar a desaceleração das políticas de SMIJ nesse período e a não criação de uma portaria federal específica de CAPSij III.

A seguir, Janaína conta sobre o processo de construção da Portaria Municipal de CAPSij III, já que não havia uma portaria ministerial, e os serviços, que estavam em funcionamento, corriam o risco de não serem compreendidos em sua essência e serem mal utilizados pela rede.

*A gente conseguiu publicar a nossa portaria de CAPSij III, a portaria municipal, ano passado [2019], mas a ampliação já tinha acontecido.*

*Construímos a portaria municipal, porque não tinha um modelo de portaria ministerial e a gente também tinha muito medo do entendimento dos outros parceiros, das outras instituições com relação ao uso do CAPSij III. Temos um problema seríssimo no município de*

---

<sup>53</sup> O III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, realizado em 2014 e coordenado por Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni, foi conduzido pela Fiocruz em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad).

*São Paulo, no Brasil eu acho, que são as questões de moradia, as questões das crianças, são muitos SAICAs<sup>54</sup> em São Paulo e depois dos 17 ou 18 anos não tem onde morar. É uma questão de moradia, de muita vulnerabilidade, fragilidade para muitas famílias e que a gente tinha um pouco de medo do CAPSij III ser entendido como um lugar de moradia, confundido com SAICA, começar a ter uma invasão de determinações judiciais equivocadas. O CAPSij III é um lugar provisório para um determinado momento da vida daquela criança, daquele adolescente, um curto período porque se trata de uma criança e um adolescente. A gente tinha muitas preocupações e entendia que precisava de um documento que explicasse para que serve um CAPSij III, como ele funciona, qual é o fluxo, principalmente de encaminhamento, horário de encaminhamento, qual o objetivo, quais as possibilidades desse equipamento.*

*Tivemos discussões junto dos interlocutores e dos gestores de CAPSij, fizemos inúmeras reuniões, além dos fóruns e o documento que foi publicado ano passado. Foi construído com todos os gestores de CAPSij III, alguns gestores de CAPSij II, o gestor da UAij, sentamos para escrever semanalmente, escrevemos juntos literalmente. Às vezes alguns interlocutores participavam dessa discussão. Tudo que a gente produzia a gente levava para os interlocutores, para a gestão, e para o coordenador de saúde mental para ir alinhando o que era possível, mas isso foram muitas discussões, eu não lembro quanto tempo durou, eu não tenho esse registro de quanto tempo a gente demorou para construir isso, talvez uns três, quatro meses,*

*Esse processo foi uma continuação dos fóruns, que continuam acontecendo, e do Encontro Municipal. Antes a gente construiu o documento do fluxo de Hospital Geral, que já foi um primeiro corpo desse documento, depois veio a portaria de CAPSij III. A gente fez primeiro esse documento do fluxo e a partir desse documento a gente construiu a Portaria de CAPSij III do município de São Paulo”. (Janaína Diogo)*

Nesta fala, Janaína explicita que a portaria foi construída de forma democrática, em conjunto com os gestores e interlocutores, e teve o cuidado de garantir que o serviço fosse de fato psicossocial, evitando que lógicas manicomialistas ou tutelares atravessassem a missão dos serviços, produzindo mau uso dos CAPSij III pela rede.

A Portaria nº 342/2019-SMS.G, que define e regulamenta o serviço CAPSij III, com funcionamento 24 horas, no município de São Paulo, foi construída coletivamente com base

---

<sup>54</sup> Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA): é um serviço da Assistência Social que acolhe crianças e adolescentes em medidas protetivas por determinação judicial, em decorrência de situações de violação de direitos, como abandono, negligência e violência ou pela impossibilidade de cuidado e proteção pela família (BRASIL, 2022).

nas experiências dos gestores de CAPSij II, CAPSij III e Interlocutores de Saúde Mental, também foi utilizada de referência a Portaria nº 130/2012, que regulamenta os CAPS AD III (BRASIL, 2012d), além de um documento construído no ano de 2016, chamado *Protocolo que estabelece critérios para atenção à crise em saúde mental à crianças e adolescentes*, elaborado no último ano da Gestão Haddad, mas que, naquele momento, não foi possível de ser publicado.

Apesar da portaria ter sido construída e publicada na gestão Dória/Covas, seu processo se iniciou na gestão Haddad, por meio do investimento nos Fóruns Municipais de SMIJ (que ocorriam mensalmente), no Encontro de CAPSij e nas reuniões de gerentes de CAPSij. Esses espaços democráticos possibilitaram a discussão e problematização da atenção à crise de crianças e adolescentes e a função dos CAPSij na rede. Portanto, essa portaria reflete um longo caminho de construção, e como toda a rede de CAPSij da cidade e é fruto de um intenso processo coletivo de investimento.

Abaixo, Marcia reforça como esse processo de construção que ocorreu antes da publicação da portaria.

*Por isso eu queria tanto deixar o documento que acabamos construindo bem no final da gestão anterior, mas que não deu tempo de sair e acabou servindo de base para a portaria de CAPSij III.*

*Não era uma portaria de CAPSij III, mas era uma proposta de atenção à crise infantojuvenil e incluía as enfermarias. Foi escrito com os serviços lá no CAPSij Sé, nós juntamos o protocolo da internação e falávamos da UA também, tudo de forma democrática e coletiva.*

*Esse documento não foi publicado, não deu tempo, ficou uma cópia com quem participou.”. (Marcia Innocencio)*

Em 2019, tivemos a publicação da Portaria Municipal de CAPSij III, além do envio a toda a RAPS de um fluxo que estabeleceu critérios para atenção à crise em saúde mental infantojuvenil, no âmbito do município de São Paulo, incluindo os seguintes pontos da rede: CAPSij II, CAPSij III, UAij e Hospital Geral.

Todos esses documentos são fruto de um investimento e construção coletiva da rede de CAPSij de São Paulo, que iniciou com os Fóruns Municipais de Saúde Mental Infantojuvenil, que ocorrem até hoje mensalmente, e que problematizaram o CAPSij III, as situações de crise na infância e adolescência e a capacidade de retaguarda da rede.

Além dos documentos que serão apresentados a seguir, outro importante fruto desse processo foi o Encontro Municipal de CAPSij, que contou com o protagonismo de usuários, familiares, trabalhadores e gestores na construção das rodas de conversa e atividades culturais. Foram dois dias de atividades, no qual o CAPSij III foi abordado em uma das mesas, contando com a participação e o relato de usuários que tiveram a experiência de internação e de acolhimento noturno, além de mais duas mesas que discutiram sobre crise na infância e adolescência.

Outro importante marco desta gestão é a Portaria nº 2.311/2016-SMS.G - Modifica a denominação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil para Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, fortalecendo o espaço da população adolescente e jovem neste serviço (SÃO PAULO, 2016b). De acordo com o capítulo introdutório nos Anais do I Encontro Municipal de CAPSij, “nomenclaturas designam concepções, vamos de fato, estampar esse lugar de pertença aos nossos adolescentes desde a porta de entrada de uma vez por todas? E se vamos ao ato, por que não dar nomes, identidades?” (MORENO, 2016, p. 14). Deste modo, a mudança de CAPSi para CAPSij na cidade de São Paulo marca um lugar de pertencimento aos adolescentes e jovens, incluindo todas as questões e complexidades que atravessam essa fase da vida.

### **2.7.3. Publicação da Portaria nº 342/2019-SMS.G**

A Portaria nº 342/2019-SMS.G é dividida em 4 capítulos, que serão apresentados a seguir.

O capítulo 1 define o CAPSij III como um ponto da RAPS, um serviço de cuidado integral, contínuo, redutor de danos e destinado a crianças e adolescentes com necessidades relacionadas à saúde mental e ao consumo de drogas, incluindo as situações de crise de alta complexidade. Este recurso tem o objetivo de evitar a internação/institucionalização, compreendendo que o acolhimento noturno é um dispositivo que facilita a articulação necessária por parte das equipes dos dispositivos territoriais da rede de proteção infantojuvenil, que poderão sustentar novas possibilidades de atenção. Esta portaria também veda a internação de crianças e adolescentes em instituições de caráter asilar (SÃO PAULO, 2019a).

Neste capítulo, vê-se a afirmação de muitas premissas da atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Observa-se que estão incluídas questões de saúde mental e, também, aquelas relacionadas ao consumo de drogas, afirmando que o CAPSij é o lugar de cuidado a usuários com esta demanda. São incluídas as situações de crise complexas, já que a crise deve ser cuidada no território do usuário, pelo CAPSij de referência, em seus contextos de vida e

com sua rede de relações (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991). O CAPSij III deve ser acionado para situações de crise que apresentem uma maior complexidade, exigindo um cuidado intensivo e 24 horas de um serviço de saúde.

Este capítulo também marca ética e politicamente a Redução de Danos (RD), como estratégia de cuidado a população infantojuvenil. De acordo com Tristão e Avellar (2019), a RD para crianças e adolescentes é vista de maneira muito controversa por parte dos profissionais, que a compreendem apenas como um conjunto de estratégias para atenuar os efeitos nocivos do uso de substâncias psicoativas. Porém, a RD é muito mais complexa, pois articula as questões de saúde aos contextos políticos e sociais (ALARCON, 2014 apud TRISTÃO; AVELLAR, 2019)

Nos documentos norteadores do Ministério da Saúde sobre o cuidado à SMIJ, a RD foi indicada como proposta de atenção integral, intersetorial e corresponsável. Uma estratégia que despatologiza o uso de drogas, compreendendo os contextos, realidades e as múltiplas causas envolvidas na questão. Também reconhece a autonomia dos sujeitos, a singularidade de cada situação, fomentando um cuidado ampliado (BRASIL, 2013a) em parceria com outros setores, como educação, cultura, lazer e assistência social, de forma a atender às complexidades presentes no cuidado a essa população (BRASIL, 2014).

O estudo de Tristão e Avellar (2019), que focalizou a RD como ferramenta de cuidado em um CAPSij, concluiu que a RD é uma ferramenta bastante potente para adolescentes com questões relacionadas ao uso de drogas, pois ultrapassa a questão da droga em si, incluindo o território, as questões de autocuidado, construção de autonomia, protagonismo e corresponsabilização.

Além disso, este capítulo reforça a defesa da não institucionalização e internação de crianças e adolescentes, convocando a rede intersetorial e territorial para esse cuidado. Todas premissas essenciais para um cuidado psicossocial a crianças e adolescentes.

O capítulo 2 trata do funcionamento deste serviço, que se dará 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. A indicação do acolhimento noturno é prerrogativa dos CAPSij. Outros pontos da RAPS que identifiquem a necessidade desse recurso devem obrigatoriamente articular este cuidado com o CAPSij de referência do usuário, a fim de garantir a qualificação e a continuidade do cuidado em rede e no território (SÃO PAULO, 2019a).

O acolhimento inicial ocorrerá de segunda a sexta, das 07 às 19 horas sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso. Deve funcionar com equipe multidisciplinar de

segunda a sexta-feira das 07h às 22h, aos sábados das 07h às 19h e nos demais períodos com cobertura de equipe de enfermagem (SÃO PAULO, 2019a).

Neste capítulo, é centralizado no CAPSij o encaminhamento ao CAPSij III. Esta prerrogativa tem o objetivo de qualificar o cuidado, garantindo que o CAPSij de referência se responsabilize pela gestão do cuidado de seus usuários, articulando os recursos necessários no território e na rede, a fim de responder aos objetivos dos Projetos Terapêuticos Singulares. Além disso, também visa proteger o CAPSij III de mal uso do serviço pela rede, como o uso do acolhimento integral para fins manicomial, tutelares e institucionalizantes.

Outro avanço a ser destacado nesse capítulo é a inclusão da equipe multidisciplinar no terceiro turno (19h às 22h) e aos sábados (7h às 19h). Ainda que esta orientação não tenha sido implementada em todos os serviços, aponta-se este reconhecimento como um importante avanço na qualificação do cuidado ofertado pelos CAPSij III. Já que, de acordo com os resultados do estudo 2, que será apresentado adiante, apenas a presença da equipe de enfermagem à noite e aos fins de semana tem se revelado um grande desafio para o trabalho em equipe e para o cuidado ampliado em saúde mental.

O capítulo 3 apresenta os objetivos do CAPSij III. Estes serviços devem construir um Projeto Terapêutico Singular (PTS) compartilhado com o CAPSij II, o usuário e seus familiares/responsáveis, que inclua os contextos do cotidiano, medie as relações e que promova e amplie as possibilidades de vida. O recurso do acolhimento deve ser indicado em situações de crise com base em critérios psicossociais, para manejo de conflitos e situações que não possam sofrer descontinuidade do cuidado. O trabalho em equipe deve ser realizado na lógica interdisciplinar, priorizando espaços coletivos, e o cuidado deve estar baseado em tecnologias de baixa exigência. Devem também oferecer atendimentos às famílias e usuários complementarmente ao que já é oferecido no serviço de referência. Trabalhar de forma articulada com os serviços da RAPS, de outras redes de saúde e da rede intersetorial. Além de fomentar espaços para a compreensão das Políticas Públicas e da defesa dos direitos de usuários e familiares (SÃO PAULO, 2019a).

Observa-se, neste capítulo, um marcante alinhamento dos objetivos do CAPSij III aos pressupostos da atenção psicossocial: como construção corresponsável do PTS; trabalho em equipe e em rede; inclusão do cotidiano e do território nas ações de cuidado (YASUI, 2016); e, também, das diretrizes de cuidado na SMIJ, como a proposição de um cuidado ampliado as situações de crise, critérios psicossociais e situacionais; investimento no protagonismo dos

usuários e familiares; intersetorialidade; cidadania e defesa dos direitos (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2014).

Este capítulo também amplia a compreensão da crise na SMIJ, retirando-a de uma lógica psiquiátrica e biomédica, circunscrita à presença de sintomas e diagnósticos, e a incluindo numa perspectiva psicossocial, que amplia o olhar para as relações, os contextos e o cotidiano e convoca a rede para a composição do cuidado. Esta compreensão psicossocial da crise traz uma complexidade, marcando dimensões singulares e coletivas.

O capítulo 4 trata da atenção integral ao usuário, incluindo as atividades de cuidado clínico e psicossocial que devem ser ofertadas pelos serviços, além das cinco refeições diárias que deverão ser garantidas para os usuários e seus acompanhantes. O acolhimento noturno deverá ocorrer pelo menor tempo possível, respeitando o prazo máximo de 14 dias, no período de 30 dias. Também estabelece a equipe mínima do serviço, contando com profissionais da equipe multidisciplinar das 7h às 22h, no período diurno. Aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima deverá contar com um profissional de nível superior além da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem). O número de camas nos CAPSij III não deve exceder dez (SÃO PAULO, 2019a).

O capítulo 4 aponta que a atenção integral ao usuário deve ser composta tanto de ações de cuidado clínico quanto psicossocial, além de ser respeitado o prazo máximo de 14 dias do acolhimento integral, a fim de evitar situações de institucionalização. Reforça mais uma vez a necessidade de equipe multidisciplinar até as 22h e aos fins de semana, estabelecendo que a equipe mínima deverá contar com pelo menos um profissional de categoria profissional diferente da enfermagem. Esta inclusão marca um avanço no cuidado ofertado pelos CAPSij III, possibilitando a ampliação de uma diversidade de ações de cuidado junto aos usuários e familiares, que não estejam apenas restritas aos cuidados de enfermagem.

Vale ressaltar que, apesar de estar garantida em portaria, esta é ainda uma questão não contemplada nas TLPs dos serviços e é apontada como uma dificuldade pelos gerentes do estudo 2.

A portaria de CAPSij III é um grande marco na qualificação do cuidado e da rede, tanto pela sua construção democrática-participativa, quanto pelo seu alinhamento aos princípios e diretrizes da atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Apresenta-se um marco ético e político na construção de um cuidado psicossocial as situações de crise na SMIJ, sinalizando caminhos para a construção futura de uma portaria ministerial futuramente e para a necessidade de ampliação de investimentos a atenção à crise de crianças e adolescentes, tanto por uma maior



inclusão do tema nas políticas públicas, quando pelos seus reflexos no cuidado ofertado pela RAPS.

#### **2.7.4. Fluxo que estabelece critérios para atenção à crise em saúde mental infantojuvenil**

O fluxo que estabelece critérios para atenção à crise em saúde mental infantojuvenil (SÃO PAULO, 2019b) não foi publicizado, mas foi encaminhado a toda a rede, a fim de contemplar aspectos que não foram possíveis de serem abordados pela portaria, focando, principalmente no fluxo de encaminhamento ao CAPSij III e no cuidado compartilhado entre CAPSij II e CAPSij III.

Este documento define o CAPSij II como um serviço que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. É um serviço de porta aberta, com funcionamento diurno, que utiliza a Redução de Danos, atua de forma territorial, tem caráter comunitário e é composto por uma equipe multiprofissional (SÃO PAULO, 2019b).

Já os CAPSij III têm funcionamento 24 horas, incluindo finais de semana e feriados, e proporcionam atenção contínua a situações de crise em saúde mental infantojuvenil, através do acolhimento noturno/integral, a fim de que o usuário não sofra descontinuidade em seu cuidado. Durante o dia, os CAPSij III apresentam o mesmo funcionamento de um CAPSij II (SÃO PAULO, 2019b).

Os CAPSij III são referência para todos os CAPSij II do município e têm o objetivo de proporcionar continuidade do cuidado já ofertado pelo CAPSij de referência, por meio da oferta de acolhimento noturno/integral de curta permanência (máximo 14 dias) frente a situações de crise e intenso sofrimento psíquico, que podem ser decorrentes de conflitos familiares, vulnerabilidades de diferentes ordens como violência, uso abusivo de álcool e outras drogas, situação de rua, entre outros. Poderá ser indicado também para observação, introdução ou revisão de medicamentos prescritos (SÃO PAULO, 2019b).

O tempo de permanência poderá ser prolongado mediante avaliação das equipes multiprofissionais dos CAPSij e informando à Secretaria Municipal de Saúde (SÃO PAULO, 2019b).

É importante ressaltar que este fluxo foi feito em complemento às informações contidas na Portaria, foi desenvolvido por um Grupo de Trabalho composto por gerentes de CAPSij II e CAPSij III, interlocutores de saúde mental e por componentes da Área técnica da SMS/SP

(principalmente pelo protagonismo e vontade política de Janaína Diogo). Deste modo, ambos os documentos apresentam as mesmas diretrizes éticas e políticas já destacadas nas discussões realizadas no tópico anterior, como o alinhamento à atenção psicossocial de crianças e adolescentes, a Redução de Danos e a uma visão ampliada da crise. Dar-se-á um destaque especial à compreensão de crise, que neste documento apresenta uma amplitude, ao incluir situações psicossociais que podem gerar intenso sofrimento psíquico, como conflitos familiares, uso de drogas, situações de violência, situação de rua, entre outras situações de vida que expõem crianças e adolescentes a diferentes vulnerabilidades.

Este documento também estabelece os critérios para o acolhimento integral/noturno em CAPSij III.

Apenas os CAPSij II podem solicitar o acolhimento noturno, por se tratar de uma continuidade do acolhimento/cuidado já em andamento nestes serviços. A indicação deste recurso será realizada após avaliação da equipe multiprofissional (SÃO PAULO, 2019b).

Outros pontos da RAPS e da Rede Intersetorial que identifiquem a necessidade deste recurso deverão obrigatoriamente articular este cuidado com o CAPSij de referência do usuário, a fim de garantir o acesso, a qualificação e/ou a continuidade do cuidado em rede e no território. O usuário deverá ir munido de seus itens pessoais e itens de higiene pessoal (SÃO PAULO, 2019b).

É responsabilidade do CAPSij II discutir a demanda do usuário com antecedência com o CAPSij III, assim como acompanhá-lo e transportá-lo até o serviço solicitado, provendo toda a informação aos seus familiares (SÃO PAULO, 2019b).

Essas orientações reforçam que o CAPSij III é uma continuidade do cuidado já ofertado pelos CAPSij II. Deste modo, a intensidade do cuidado será composta por ambos os serviços. Não se trata de um encaminhamento em que há a desresponsabilização de quem encaminhou; ao contrário, visa promover a corresponsabilização dos serviços, por meio de composições de cuidado que visem garantir a integralidade da atenção.

Em situações que envolvam maior risco clínico, é imprescindível discutir a capacidade de manejo do CAPSij III, a fim de ser avaliada e considerada a necessidade de uma possível intervenção em equipamentos de alta complexidade. Nestes casos, é de responsabilidade do CAPSij II articular previamente o cuidado clínico na Rede de Urgência e Emergência de seu território, antes do usuário acessar o acolhimento integral/noturno. Durante o acolhimento integral/noturno, em caso de possíveis agravamentos clínicos, o CAPSij III articulará o cuidado

na Rede de Urgência e Emergência em parceria com o CAPSij de referência (SÃO PAULO, 2019b).

Esta orientação responsabiliza o CAPSij II por uma avaliação cuidadosa e detalhada do caso, a fim de que não seja negligenciado ao usuário o acesso a um equipamento de maior complexidade no momento que dele necessitar.

Vale ressaltar que as atividades desenvolvidas em terceiro turno e aos finais de semana são apenas para os usuários que estiverem em acolhimento integral, não sendo abertas à demanda espontânea, salvo em caso de indicação prévia no Projeto Terapêutico Singular (PTS) de algum usuário (SÃO PAULO, 2019b).

O PTS e o cuidado compartilhado entre CAPSij II e CAPSij III deverão garantir o vínculo do usuário com o seu território de origem (SÃO PAULO, 2019b).

Um dos principais objetivos de ofertar uma atenção à crise em um serviço territorial, como é o caso dos CAPSij II e III, é a possibilidade de o usuário manter seus vínculos com sua rede de relações e com seu território. De acordo com Dell'Acqua e Mezzina (1991), a hospitalidade 24 horas em um serviço comunitário deve possibilitar a manutenção desses laços, da autonomia e da liberdade do usuário, tornando o serviço um lugar de relações e não de rompimentos e segregações.

Deste modo, é essencial que o CAPSij II mantenha o acompanhamento do usuário durante o período de acolhimento integral, já que este é o serviço que já possui vínculo com o usuário e com seu território de origem, garantindo um cuidado à crise de fato territorial, que garanta direitos e que não restrinja seu cuidado apenas a um serviço de saúde, mantendo próximas as relações do usuário (família, profissionais e amigos), mobilizando todos os recursos comunitários e articulando a rede intra e intersetorial necessária para a garantia de um cuidado ampliado à crise.

Para o usuário que faz uso de medicação (clínica e/ou psicotrópica), a prescrição vigente e a medicação devem ser enviadas pelo CAPSij de referência no dia de entrada do usuário no CAPSij III (SÃO PAULO, 2019b).

Se compreendemos a crise de maneira psicossocial, e não como decorrente de um transtorno psiquiátrico, é necessário que todos os usuários tenham uma prescrição médica? Neste fluxo, é sinalizada a necessidade apenas para usuários que fazem uso de medicação; porém, como observaremos no estudo 2, alguns CAPSij III a solicitam no acesso ao acolhimento integral, por ser uma exigência dos Conselhos de Enfermagem e Medicina, outros

flexibilizam essa necessidade, a partir da necessidade singular de cada caso. Esta questão será retomada e mais bem problematizada nas discussões dos resultados do estudo 2.

É um direito da criança e do adolescente o acompanhamento de familiares e cuidadores, respeitando-se o ECA em seus artigos 12 e 4º, parágrafo único (SÃO PAULO, 2019b).

Quando os demais dispositivos terapêuticos se tornarem insuficientes, a restrição espacial, contenção física e/ou mecânica e /ou química pode ser indicada como manejo clínico para proteção do usuário, tal como ocorre nas demais modalidades de CAPS, desde que prescritas e com vigilância contínua (SÃO PAULO, 2019b).

Questões relativas à identidade de gênero devem ser respeitadas a partir do desejo do sujeito e contempladas em seu PTS (SÃO PAULO, 2019b).

A idade para acesso aos CAPSij III segue a mesma lógica dos CAPSij II, entrada até 17 anos e 11 meses, podendo se estender até os 25 anos (SÃO PAULO, 2019b).

Saídas não pactuadas dos usuários serão avaliadas caso a caso e serão acionados os responsáveis legais e órgãos competentes, assim como ocorre em todos os CAPS (SÃO PAULO, 2019b).

A finalização e saída do acolhimento integral deve ser acompanhada presencialmente pelo CAPSij de referência do usuário (SÃO PAULO, 2019b).

Se a situação de crise requisitar acesso a Atenção Hospitalar, serão acionados os pontos de Urgência e Emergência ou Enfermeira em Hospital Geral, viabilizando a continuidade do cuidado pelo CAPSij de referência (SÃO PAULO, 2019b).

Vale ressaltar que o acolhimento integral/noturno não se configura como um modelo de moradia, não devendo ser indicado com esta finalidade. É um dispositivo de cuidado em saúde mental infantojuvenil, para situações de crise de caráter transitório e de curta permanência (SÃO PAULO, 2019b).

Estes trechos do fluxo apresentados reforçam os direitos de crianças e adolescentes, como o direito a ter um acompanhante, respeito à identidade de gênero, cuidado e ética no uso das contenções, singularidade no manejo de evasões do serviço e garantia de acesso à Atenção Hospitalar em caso de necessidade.

Outro ponto a ser destacado é o receio que o CAPSij III seja utilizado como equipamento de moradia. Este receio está presente desde a origem do primeiro serviço e permanece até os dias atuais. Apesar de o Brasil ter inaugurado uma doutrina de proteção integral com o ECA, lógicas menoristas e tutelares ainda estão presentes na rede. Tal questão será discutida e problematizada no capítulo *Dialogando nas Complexidades*.

Este fluxo construído de forma dialogada e democrática, baseado nas experiências anteriores dos serviços da ponta, visou mitigar os possíveis problemas vivenciados no acolhimento integral. Observa-se um forte alinhamento às diretrizes da atenção psicossocial de crianças e adolescentes e um esforço em não permitir que o CAPSij III se torne apenas um local que oferte leitos, mas de fato como um componente da RAPS, que teça um cuidado territorial e em rede, inscrito numa lógica de garantia de direitos e atenção integral.

## **2.8. Habilitação e estrutura dos CAPSij III**

### **2.8.1. Habilitação dos CAPSij III**

Uma questão que permeia os CAPSij III é como esses serviços foram habilitados no Ministério da Saúde, já que não foram contemplados nas portarias federais. Janaína e Tykanori informam sobre essa questão.

*Não há nenhuma portaria ministerial que regulamente o CAPSij III, o investimento é todo municipal, mas parece que teve alguma estratégia do departamento financeiro de habilitar como CAPS AD III ou CAPS III, teve alguma tentativa de organização nesse sentido, ou foi um financiamento de CAPS II mesmo e aí o município arcou com um número maior de custeio do CAPS III e todas as implicações, eu não sei exatamente como foi.... (Janaína Diogo)*

*Em relação a habilitação dos CAPSij III, o que importava para o Ministério é que tivesse os requisitos para ser um III, número de profissionais, pois a questão central era o valor que seria repassado.*

*O problema do Ministério da Saúde é distribuir recursos. O Ministério não consegue desenvolver coisas muito concretas, sua função central é distribuir recursos e inspirar. Eu acho que é essa a minha ideia, a gente inspira, mas quem respira é quem está trabalhando, e quem inspira não pode desrespeitar quem está ali respirando.*

*As pessoas pensam que as Portarias são normas, leis, de uma forma muito engessada. Mas elas não são assim, elas põem limites para o mínimo, não para o máximo. Então se o serviço corresponde está ótimo, se está fazendo a mais não é um problema, o problema é fazer menos do que está recebendo. (Roberto Tykanori)*

Nestas falas, observa-se que a ausência dos CAPSij III nas portarias federais não inviabilizou a habilitação dos serviços junto ao Ministério da Saúde, não sendo um impeditivo

para a construção dos serviços dessa modalidade nem para o município de São Paulo, nem para a própria Coordenação de Saúde Mental.

A experiência dos CAPSij III da cidade de São Paulo revela que muitas vezes é a própria prática dos serviços que dita os caminhos das políticas públicas. Portanto, para que se construa avanços neste campo, há que se ter uma dose de ousadia e inventividade, não ficar preso a regras que engessam, dispondo-se a arriscar e apostar em novos modos de fazer. Parafraseando o poeta Antônio Machado, permitindo que o caminho se faça ao caminhar.

Aqui, também se destaca a importância de um Estado descentralizado, que amplia a autonomia dos municípios, permitindo que estratégias inventivas e condizentes com as necessidades da população possam ser criadas, independente das possibilidades ou impossibilidades colocadas pelo governo federal.

Acredita-se que a experiência paulistana dos CAPSij III possa inspirar o desenvolvimento de políticas públicas federais, ampliando a capacidade da RAPS acolher as situações de crise de crianças e adolescentes.

### **2.8.2. Composição equipe CAPSij III**

Em relação à composição da equipe de CAPSij III, Myres traz a informação que foi pensada baseando-se na equipe que já compunha os CAPS Adulto III.

*Nós discutimos sobre qual deveria ser a composição da equipe dos CAPSij III, isso foi muito discutido e nós chegamos à conclusão que seria o modelo parecido com o de um CAPS Adulto, seria o suficiente e também viável financeiramente, porque tinha a questão do recurso. Isso foi um processo que foi discutido com toda a rede. (Myres Cavalcanti)*

Já Janaína traz a reflexão sobre a necessidade de avaliar atualmente, junto às equipes, se a quantidade de profissionais está suficiente, uma vez que, além de CAPSij III, os serviços também respondem às demandas de um CAPSij II e não contam com redes eficientes.

*Sobre a equipe dos CAPSij III, seria uma discussão interessante para ser feita hoje, atualmente com os seis já existentes e com o tempo de experiência que já temos. Porque eu imagino que é uma situação difícil para os trabalhadores, o CAPS III é um CAPS II e um CAPS III. Ele tem os seus usuários do seu território, usuários de outros territórios e ainda com uma rede de Hospital Geral que não dá apoio. Por exemplo, como não tem médico no CAPSij III*

*depois das 19h e tem a necessidade de uma avaliação psiquiátrica, poderia ser feita no Pronto-Socorro e depois iria para o CAPS III. Só que não tem esse respaldo, se uma crise acontece depois das 19h, que médico irá avaliar se for uma situação que necessite desse tipo de avaliação? Não necessariamente o acolhimento no CAPSij III tem que passar por um médico, mas se precisar o CAPSij III não tem essa equipe para realizar esse atendimento. (Janaína Diogo)*

Com a ausência de uma portaria federal específica que regulamentasse os serviços, inicialmente a composição das equipes de CAPSij III utilizada foi a mesma TLP dos CAPS III Adulto. A fala de Janaína sugere que, agora, com a experiência acumulada dos serviços, essa TLP seja repensada, visto que a somatória de demandas vivenciadas pelos CAPSij III aponta essa necessidade. Sugerem-se, também, estudos futuros que possam se debruçar sobre a composição ideal de equipe em CAPSij III.

Além do acolhimento integral ofertado aos usuários de outros CAPSij II, o CAPSij III também realiza o acompanhamento dos usuários de seu território, funcionando no período diurno como um CAPSij II, com acolhimento, convivência, grupos, oficinas, atendimentos, ações no território e intensas articulações com a rede, já que esta muitas vezes se mostra ineficiente. Também são exigidas da equipe do CAPSij III articulações com os Hospitais Gerais e serviços de urgência e emergência para usuários que necessitam de avaliação médica, além de toda a articulação com os CAPSij II para o compartilhamento do cuidado dos usuários.

Toda essa intensidade de trabalho e ações exige que o CAPSij III tenha corpo para sustentar toda essa complexidade, o que demanda tempo, recursos, investimento e pessoas, ampliando, assim, as condições para que esse serviço mantenha uma lógica de cuidado psicossocial e garantidora de direitos.

No estudo 2, será apresentada a composição das equipes de CAPSij III e serão discutidas as diferenças presentes nos territórios.

### **2.8.3. Número de camas**

Em relação à decisão sobre ao número de camas em cada um dos CAPSij III, Janaína afirma que foi uma aposta baseada nas experiências dos trabalhadores, uma vez que se tratava de uma demanda reprimida.

*O cálculo do número de camas foi uma conversa entre CAPSij, a gente entendia quais eram as demandas, mas na verdade, foi muito uma experimentação, porque como não existia esses serviços era uma demanda completamente reprimida, foi uma aposta diante das nossas necessidades, enquanto trabalhadores dos serviços, mas sem parâmetros, nenhum.*

*A gente tinha um pareamento do CAPS AD e Adulto que são mais camas do que o Infantojuvenil normalmente, então a gente imaginou que nesse sentido seria uma demanda um pouco menor do que a do Adulto e do AD, pelo que a gente foi conversando com os trabalhadores, então foi uma aposta.*

*A gente via alguns trabalhadores pedindo: “Tem cama?” e os CAPSij com ocupação, lotados. Eu lembro que uma vez no Santana, tinha um sofá lá na entrada e precisou usar, porque eles não tinham camas suficientes mesmo. (Janaína Diogo)*

Nesta fala, Janaína traz que como não havia parâmetros sobre o número de camas em CAPSij III e como esta se tratava de uma demanda reprimida, o município fez uma aposta baseada nas experiências dos trabalhadores e nas referências utilizadas para CAPS III Adulto e AD. A proposição dos CAPSij III mostra que, em alguns casos, a política precisa ser prospectiva, ou seja, é necessário que seja feita uma previsão sobre a necessidade futura daquele recurso para que este possa ser implementado.

Marcia conta que defendia que os CAPSij III tivessem mais camas, a fim de garantir mais acesso, mas essa sugestão foi criticada pelo risco de tornar o CAPS manicomial. Ela conta que, no final, a decisão do número de camas acabou sendo definida pelo contrato estabelecido com as OSS.

*Eu sempre defendi um CAPSij III com um pouco mais de camas. Na época eu ouvi: “Nossa você está querendo um CAPS manicomial?”, eu sempre fui irônica, “você nunca entrou num manicômio, numa Comunidade Terapêutica”. Eu sugeri isso, porque logo que ampliou os serviços eu vi que a demanda era grande. Eu achava muito melhor ter 10 camas do que ir para a enfermaria. “Ah, mas é manicômio!”. Não! 10 camas não é manicômio, eu trabalhei em manicômio, conheci os de Sorocaba... as pessoas não têm ideia do que é um manicômio. As casas dos CAPSij III geralmente são de bom tamanho.*

*É bacana, vamos fazer com mais camas, vamos investir nos CAPSij. As enfermarias têm quatro camas normalmente em um quarto, aí, na enfermaria pode, mas no CAPS é manicomial? Ou dá menos lucro? Ou dá mais trabalho? A questão de utilizar o termo manicômio é*



engraçada às vezes, como se fosse definida pela questão numérica. Dez camas, com um bom número de equipe multi implicada, relações acolhedoras, não é manicômio.

*Eu pensei em dez camas, porque na época havia muita procura e muitas recusas, muita gente ficava ligando, “Eu não estou conseguindo, não tem vaga, eu estou esperando!”, eu pensava, poxa se tivesse um pouquinho mais, duas camas ali, três camas ali, já dava.*

*No final, cada CAPSij III teve um número de camas de acordo com o contrato. (Marcia Innocencio)*

O receio de manicomializar o CAPSij III é apresentado em muitos momentos deste estudo, o que revela algumas contradições presentes na rede. Marcia explicita uma dessas contradições ao argumentar que dez camas não tornaria o serviço manicomial, já que um serviço territorial, com uma equipe multi implicada com a atenção psicossocial, nunca será um manicômio.

Para além da falta de parâmetros e do risco de tornar o serviço manicomial, a fala de Marcia revela que o que realmente influenciou na decisão sobre o número de camas nos CAPSij III foram as negociações dos contratos de gestão da municipalidade com as OSS.

Vale lembrar que todos os CAPSij III de São Paulo são administrados por OSS. Deste modo, a decisão final do número de camas se deu mais por uma questão econômica, neoliberal, do que de fato por um processo democrático de discussão, de negociação e de deliberação. Uma decisão política e administrativa e não técnica.

### 3. INFORMAÇÕES ATUAIS CAPSij III

Para coleta de informações atuais sobre os CAPSij III da cidade São Paulo, foram entrevistadas Camila Bortolucci, componente da Área Técnica de Saúde Mental e Claudia Longhi, Coordenadora de Saúde Mental da SMS/SP.

Nome	Formação	Tempo na Área Técnica
Camila Bortolucci	Fonoaudióloga	2017 até os dias atuais <sup>55</sup>

Nome	Formação	Tempo na Coordenação de Saúde Mental
Cláudia Longhi	Psiquiatra	2013 até os dias atuais

<sup>55</sup> Sabe-se que elas permaneceram na gestão até a entrega da versão final desta tese, em novembro de 2022.

### 3.1. Número atual de CAPSij II e CAPSij III

Neste tópico, Claudia e Camila informam o número atual de serviços na cidade de São Paulo. Na ocasião da coleta de dados (2020), o município contava com 32 CAPSij II e 7 CAPSij III (o CAPSij Penha acabava de ser reclassificado de II para III), informam também que há previsão para que o CAPSij Campo Limpo seja reclassificado de II para III<sup>56</sup>.

Em 2022 um novo serviço foi inaugurado, o CAPSij III São Luiz na região do M' Boi Mirim. Atualmente, são oito CAPSij III implantados em toda a cidade.

*Temos 7 CAPSij III hoje. Recentemente o CAPSij II Penha foi reclassificado para CAPSij III.*

*O CAPSij Campo Limpo também será reclassificado para CAPSij III. Pelo nosso planejamento inicial a ideia é que ele já estivesse funcionando, mas tiveram várias questões com relação ao imóvel, peculiaridades do território com relação ao terreno, que atrasou um pouco os processos, por essa razão ainda não temos uma previsão muito clara de quando ele começará a funcionar.*

*Além do Campo Limpo, não temos previsão de inauguração de nenhum outro CAPSij III.*

*Todos os CAPSij III são administrados por OSS. (Claudia Longhi)*

*Hoje temos no total 32 CAPSij, sendo 7 destes CAPSij III. (Camila Bortolucci)*

*A proposta inicial era ter pelo menos um CAPSij III por Coordenadoria. A única Coordenadoria que ainda não conseguiu fazer isso foi a Coordenadoria Regional de Saúde Oeste, porque tem muitos serviços da administração direta, com muita dificuldade. A oeste tinha um CAPS Adulto que ficou com dois funcionários apenas e não tinha nenhuma condição de funcionamento, tentamos remanejar de todos os jeitos, mas foi necessário que a OSS assumisse. Na época eu estava na CRS Oeste e acompanhei bem esse processo. Foram muitos limites e dificuldades e a gente não conseguiu implantar um Ij III lá, mas está no planejamento da Oeste transformar um CAPSij em CAPS III. Hoje eles não têm nenhum CAPSij III próximo,*

---

<sup>56</sup> Informa-se que até 2022 a reclassificação do CAPSij Campo Limpo para III ainda não ocorreu.

*o que tem é o CAPSij Sé e o Campo Limpo quando reclassificar, que é mais próximo da região do Butantã e será um apoio para a região oeste.*

*Os dois CAPSij da região oeste são da direta. (Claudia Longhi)*

Nesta fala, Claudia apresenta as razões pelas quais a CRS Oeste ainda não tem um CAPSij III e porque ela é a única região da cidade a não contar com a presença deste serviço na rede.

Na região oeste há uma forte presença do movimento de trabalhadores e usuários, um movimento que resistiu bravamente à entrada das OSS nos serviços de saúde. Os dois CAPSij da região se mantêm sob gerenciamento da Administração Direta e têm sofrido muito sucateamento nos últimos anos, com uma realidade de precariedade de recursos e profissionais, falta de concurso público e espaços físicos inadequados. Por todo esse cenário de desinvestimento nos serviços públicos da Administração Direta, não foi possível, até o momento, implantar nenhum CAPSij III na região oeste da cidade de São Paulo.

### **3.2. Documentos norteadores e parâmetros CAPSij III**

Claudia apresenta que a Portaria de CAPSij III (SÃO PAULO, 2019a) é o principal documento que norteia o trabalho dos CAPSij III. Informa também sobre um novo Protocolo (SÃO PAULO, 2020) que orienta sobre o funcionamento dos CAPS e que foi publicado recentemente. Claudia também esclarece sobre os parâmetros para taxa de ocupação de leitos em CAPSij III.

*O documento que orienta o trabalho dos CAPSij III é a Portaria de CAPSij III que foi publicada em 17/09/2019. Foi uma portaria elaborada a muitas mãos pela Área Técnica, participaram trabalhadores de CAPSij, gestores de CAPSij, foi um trabalho bem ascendente que trouxe a expectativa de quem está na ponta, no dia a dia e que pode nos dizer muito mais de como o serviço deve operar, foi uma construção bastante interessante.*

*Além da portaria, nós publicamos um protocolo de CAPS em agosto de 2020 que está disponibilizado no portal da prefeitura, como “Protocolo de Funcionamento de CAPS, Unidade de Acolhimento e Residência Terapêutica”. Nesse protocolo a gente dá as diretrizes de funcionamento e as orientações gerais para todos os CAPS. O CAPSij III não tem uma diretriz diferente do CAPSij II. Ele tem a peculiaridade do acolhimento integral, portanto ele tem mais recursos para serem utilizados, mas é o mesmo funcionamento.*

*Não há parâmetros para taxa de ocupação de leitos, apenas preconizamos uma taxa de ocupação mínima. A gente discute que os leitos de CAPS III, devem estar disponíveis para serem utilizados na hora que é necessário, fazendo um comparativo, é como os leitos de UTI, não podem estar 100% ocupados porque se tem uma urgência, se chega um acidentado, um infartado, precisa imediatamente desse leito. Então, a taxa de ocupação tem que ficar abaixo de 100%.*

*As vagas podem estar ocupadas, mas não todas elas, por conta dessa questão, pela menos uma é importante estar disponível. (Claudia Longhi)*

Em relação à taxa de ocupação dos leitos em CAPSij III, observa-se com a fala de Claudia que não há uma taxa de ocupação mínima exigida pela SMS, já que é importante que os leitos não estejam completamente ocupados, possibilitando que algum esteja disponível, caso um usuário precise dele.

Apesar dos CAPSij III estarem sob a gestão de OSS, observa-se que a não existência de parâmetros mínimos de uso dos leitos<sup>57</sup> preserva a essência dos serviços, a fim de que o recurso do acolhimento integral seja usado somente com o objetivo de intensificação do cuidado e não para cumprimento de metas. Caso houvesse uma taxa de ocupação mínima, o serviço correria o risco de ter sua função distorcida, incluindo usuários que não precisassem do recurso, apenas para cumprimento de metas. Não ter esses parâmetros é essencial para que o serviço cumpra sua função psicossocial sem estar subordinado a uma lógica econômica, neoliberal, que prevê o alcance de resultados, sem se preocupar com todo o processo de cuidado.

Em relação ao Protocolo de Saúde Mental e Centros de Atenção Psicossocial (SÃO PAULO, 2020) citado por Claudia, ele tem o objetivo de apresentar o que são os CAPS, as modalidades de atendimento, as características de funcionamento e a equipe prevista em cada um dos serviços. Este protocolo inclui o CAPS AD IV, que é um equipamento com funcionamento 24 horas e que atende adultos, crianças e adolescentes, conjunta ou

---

<sup>57</sup> Em tempo de finalização desta pesquisa, foi publicizada a Portaria Municipal 333/2022 (SÃO PAULO, 2022a) que atualiza os indicadores de qualidade e produção e institui indicadores de monitoramento para os contratos de gestão, incluindo metas quantitativas aos serviços públicos de saúde administrados por OSS. Para os CAPSij III, essa portaria exige inclusive uma taxa de ocupação mínima de 50% dos leitos, marcando uma postura neoliberal, que se preocupa mais com a produtividade dos serviços do que com a qualidade do cuidado prestado. Pensar taxa de ocupação mínima de leitos é colocar a equipe em uma lógica produtivista pouco centrada no cuidado ao usuário, essa meta pode levar a um tempo maior de acolhimento integral ou a inclusão de usuários que não necessariamente precisam deste recurso, apenas para cumprir a meta, descaracterizando os serviços e a atenção psicossocial. Os profissionais da capital paulista têm se mobilizado para reverter essa portaria, dispondo-se a participarem da construção de metas, principalmente qualitativas, que fortaleçam os serviços e os princípios do SUS, revertendo a lógica neoliberal imposta.

separadamente. Para o caso de atendimento a crianças e adolescentes, o serviço deverá se adequar aos pressupostos do Estatuto da Criança e do Adolescente. Funcionará junto a salas abertas de uso de drogas, oferecendo atendimentos de urgências e emergências psiquiátricas, com acolhimento porta aberta.

### **3.3. Referências Hospitalares**

Apenas a título de informação, Claudia e Camila esclarecem sobre as atuais referências hospitalares para atendimento as demandas de internação em Hospital Geral para crianças e adolescentes na cidade de São Paulo, sinalizando os nomes dos hospitais de referência por CRS.

*Nós temos as referências hospitalares para infância e adolescência por Coordenadoria. Na norte é Hospital Municipal Vereador Storópolli, conhecido como “Vermelhinho”, na Sul é o Hospital Municipal do Campo Limpo, na leste é o Hospital Municipal Alípio Correia Netto, na oeste é o Hospital Municipal do Campo Limpo, no centro e no sudeste é o Hospital Municipal Arthur Ribeiro Saboya. (Camila Bortolucci)*

*Essas referências são para internação. Emergências todas as portas recebem, PS, UPA. As solicitações de internação são feitas pela Regulação e os próprios CAPSij podem solicitar diretamente essa vaga. (Claudia Longhi)*

No capítulo *Diologando nas Complexidades*, será discutido e problematizado o tema internação de crianças e adolescentes.

### **3.4. Função dos CAPSij III na RAPS**

Considerando toda experiência e histórico de implantação e expansão dos CAPSij III, foi perguntado às profissionais que compõem a Área Técnica atualmente como compreendem a função dos CAPSij III na RAPS.

*Os CAPSij III possibilitam uma humanização no cuidado, por ter a opção de cuidar de uma criança/adolescente num ambiente acolhedor e não num leito de hospital sendo um grande diferencial destes dispositivos.*

*Ter os CAPSij III melhorou muito a assistência das crianças em situações de crise, principalmente, pois em muitos hospitais temos dificuldades com internação de crianças e adolescentes em leitos de psiquiatria ou mesmo na clínica médica.*

*O CAPSij III para atenção à crise é um dispositivo muito importante e estamos trabalhando para reclassificação de mais CAPS II para CAPS III. Em São Paulo temos uma questão bastante singular no que tange a 7 serviços Ij já trabalhando na modalidade III. (Camila Bortolucci)*

Aqui, Camila destaca o reconhecimento dos CAPSij III como um dispositivo essencial para a atenção à crise, ao oferecer um atendimento humanizado, em ambiente acolhedor, que evita a internação a crianças e adolescentes e garante um cuidado psicossocial.

A seguir, Claudia complementa, trazendo as potencialidades destes serviços.

*Vou emprestar a fala de uma adolescente do Encontro Municipal de CAPSij, na mesa que discutiu crise uma adolescente disse: “Quando a gente está em crise, a gente quer estar perto de quem já cuida da gente!”. Na adolescência principalmente, que é uma fase com tanta dificuldade de vínculos, você desenvolver um vínculo de confiança com um adulto é algo bastante difícil, então quando você consegue é muito complicado quebrar isso numa crise, não dá. No protocolo de internação de crianças e adolescentes foi colocado que se houver necessidade de internação hospitalar que imediatamente o CAPS de referência tem que ser informado, caso não tenha sido ele quem encaminhou, para que essa equipe possa estar lá dentro do hospital acompanhando o caso e discutindo.*

*Há muitas situações que podem ser cuidadas dentro do CAPS, uma dificuldade familiar, de entendimento, de relação, por exemplo. Eu me lembro de fazer muitas discussões com o Tykanori, que é um “capsciano” nato, um defensor do CAPS e ele dizer que muitas vezes na infância e adolescência, o melhor cuidado seria acolher a família no CAPS e eu concordo plenamente com ele, tem situações que sim. Muitas vezes as relações familiares são iatrogênicas, produtoras de sintomas e muitas vezes não são percebidas pelas pessoas que estão no meio da relação, não conseguem se dar conta disso. É muito importante perceber isso e saber a hora certa de intervir e falar: “Gente, vamos respirar um pouco. Vamos trazer um pouco essa criança para dentro do CAPS!” Isso é prevenção. Eu acho que o papel do CAPS III, é também um papel preventivo no agravo dos transtornos relacionados a infância, obviamente que em situações de grande risco, como risco de suicídio, risco de autoagressão que é o mais comum na infância, até mais do que uma heteroagressividade, esse risco tem que ser avaliado e ser considerado se é possível cuidar num ambiente mais aberto como o CAPS. Essa decisão vai depender muito do vínculo, de como isso vai ser combinado com o próprio*

*sujeito, com a sua família e com a própria equipe do CAPS, mas na grande maioria das vezes é possível esse cuidado no CAPS. (Claudia Longhi)*

Claudia reconhece a enorme potencialidade do CAPSij III no cuidado, na manutenção dos vínculos com os usuários e na prevenção de agravos, e aponta que muitas situações que envolvem principalmente questões familiares, podem e devem ser cuidadas em um ambiente aberto, como os CAPS. Também pondera sobre a necessidade de uma avaliação de risco por parte das equipes a fim de decidir se o CAPS será o local de cuidado mais indicado para cada caso.

Claudia e Camila também responderam sobre quais as perspectivas futuras para os CAPSij III na cidade de São Paulo.

*Eu olho para o horizonte com bastante otimismo, essa rede está potente, está crescendo forte, mas ainda tem muito para crescer. A potência do cuidado da criança em CAPS III é muito grande, mas a taxa de ocupação é baixa nesses leitos. Como é que essas equipes estão vendo esses equipamentos, como que eles estão vendo a potência desse espaço? E eu fico pensando, onde está a criança grave? Porque ela não está no hospital, não está no CAPS III. Talvez a gente precise ir atrás dela. Nós vemos muitos CAPS lotados, com uma demanda que não é de crise, é uma demanda de acompanhamento ambulatorial que deveria estar sendo cuidada pela atenção básica, pelo NASF, pelas equipes de saúde mental da atenção básica e estão lá nos CAPS. Nós temos muito o que construir na rede da infância, avançamos muito e eu fico muito satisfeita de estar terminando essa gestão com 7 CAPSij III. Passamos tantos anos só com o Santana, então avalio que evoluímos bastante, mas ainda falta muito. Eu olho para o horizonte com otimismo, mas eu vejo um caminho ainda bem longo. (Claudia Longhi)*

Claudia vê com bastante otimismo o crescimento da rede, mas ainda aponta desafios.

A superlotação dos CAPSij revela as dificuldades da Atenção Básica se responsabilizar pelo cuidado em saúde mental. Apesar da corresponsabilidade ser uma premissa disposta nas políticas públicas de saúde, os desafios enfrentados pelos CAPSij sinalizam um longo caminho a ser percorrido na SMIJ do município.

Nesta fala, Claudia também questiona onde estão as crianças graves, já que não estão nos hospitais nem nos CAPSij III, referindo-se à baixa taxa de ocupação dos leitos em CAPSij III.

Esse questionamento aponta algumas reflexões. As crianças estão desassistidas ou estão sendo sustentadas nos CAPSij, famílias e territórios? O grande objetivo dos CAPSij é que a criança e o adolescente sejam cuidados em seu território, com os recursos de seus contextos de vida e de sua rede de relações, e que um serviço de maior complexidade, como o CAPSij III, seja acionado apenas em situações estritamente necessárias. Deste modo, o encaminhamento ao CAPSij III deve ser realizado de forma bastante criteriosa pelos CAPSij II, pois nem toda situação de crise deve ou precisa ser cuidada por aquele equipamento.

Conforme os resultados apresentados no estudo 1, observa-se um importante investimento das gestões municipais na qualificação da rede paulistana de CAPSij, por meio do envolvimento em espaços coletivos como os Fóruns Municipais de SMIJ, que possibilitam a problematização de questões cotidianas vivenciadas pelos serviços; pela ampliação dos espaços de Educação Permanente oportunizada pelo *Rede Sampa*; e pela construção democrática de documentos e fluxos que marcam uma orientação psicossocial ao trabalho. Todos esses movimentos vêm resultando em uma maior qualificação do cuidado psicossocial a crianças e adolescentes e uma maior responsabilização dos CAPSij II pelos casos, tornando o encaminhamento ao CAPSij III mais criterioso.

Comparar os dados de CAPS Adulto III e de CAPSij III parece equivocados, pois trata-se de populações com demandas diferentes, e de modalidades de serviço com histórias diferentes na cidade de São Paulo. Como a rede de CAPSij foi investida mais recentemente, observa-se a formação de um potente coletivo de trabalhadores de CAPSij, que se mobilizam para construir uma rede aquecida, consistente e coerente com a atenção psicossocial. Além disso, o trabalho em CAPSij é marcado por uma intensidade das ações intersetoriais e pelo investimento em ações que garantam direitos e que evitem sobremaneira a institucionalização e a internação de crianças e adolescentes. Diferentes dos adultos, crianças e adolescentes ainda não se encontram em circuitos cronificantes, deste modo é dever das equipes de CAPSij evitar que estes circuitos sejam instituídos em suas trajetórias de vida, garantindo direitos e lutando por espaços sociais de convivência no território para além dos CAPSij.

Frente a essas características presentes na clínica da infância e adolescência, considerar apenas o dado de baixa taxa de ocupação de leitos parece dizer pouco sobre a realidade de cuidado ofertado a crianças e adolescentes graves. Sugerem-se estudos futuros que se debrucem sobre esses números, compreendendo a dinâmica de utilização dos CAPSij III pela rede, o acesso e o conhecimento da população sobre este serviço, as estratégias de cuidado utilizados



pelos CAPSij II e quais recursos são acionados para a sustentação das situações de crise nos territórios.

A seguir, Camila aponta que a complexidade e a diversidade presente na clínica dos CAPSij se apresentam como um desafio às equipes. Deste modo, investimentos na qualificação das equipes se fazem essenciais.

*O CAPSij III é um equipamento novo, então é sempre importante revisar, não só os protocolos, mas o cuidado ofertado no dia a dia. Os CAPSij recebem muitos casos relacionados a suicídio e uso de substâncias e para alguns serviços foi um desafio receber crianças e adolescentes em uso de substâncias, nós percebíamos isso e na época o próprio CAPSij pedia apoio e matriciamento. O CAPSij trabalha com uma clínica muito diversa, como tentativa de suicídio, uso de substâncias, transtornos de desenvolvimento, entre outros. Por isso avalio a necessidade de focarmos em Educação Permanente, cursos, discussão de caso que são estratégias muito importantes para fortalecimento da equipe.*

*A gente luta muito para que nossos pequenos tenham a melhor assistência possível, nós sabemos que o cuidado em saúde é bastante complexo, envolve muitos fatores, mas estamos aqui sempre tentando buscar o melhor caminho. O quanto pudermos contribuir, para conseguir ampliar a rede, reclassificar mais CAPS para III, é importante aumentarmos cada vez mais a acessibilidade a esses serviços e A qualificação desta assistência. (Camila Bortolucci)*

Nesta fala, Camila traz as dificuldades de os CAPSij cuidarem de crianças e adolescentes que fazem uso de substâncias, o que revela para a gestão a necessidade de investimentos em Educação Permanente e outras estratégias de fortalecimento das equipes. Como perspectiva futura, Camila aponta a importância de ampliar a rede, reclassificando mais CAPS para III, aumentando tanto o acesso a esses serviços quanto a qualificação do cuidado.

A dificuldade da equipe de CAPSij cuidar dos casos de uso de substâncias é apontado nos três momentos do estudo 1, são casos complexos que, para além do uso de drogas, apresentam uma importante vulnerabilidade social. Este apontamento revela que as populações mais vulneráveis são as que mais têm dificuldades de acessar seus direitos, inclusive ter seu cuidado à saúde mental garantido.

Toda essa realidade expõe a urgente necessidade de investimento em Educação Permanente a toda a rede, a fim de romper com estigmas e preconceitos relacionados ao uso de

drogas, retirando o olhar moralista e conservador presente no senso comum e construindo um olhar complexo sobre esse fenômeno e suas possibilidades de cuidado.

Ao longo do desenvolvimento do estudo 1 e dos resultados apresentados foi possível observar que os objetivos traçados na concepção do primeiro CAPSij III da cidade refletem sua função atual na RAPS. É um equipamento que possibilita a atenção à crise no território, o cuidado mais próximo à família, evitando a vivência de internações e maiores rupturas em suas relações e em seu cotidiano.

Os resultados deste estudo apontam a potência deste equipamento como um efetivo substituto às internações em hospitais (tanto psiquiátricos quanto gerais, salvo em situações de ordem clínica), revelando que é possível ofertar proteção e cuidado territorial nos momentos de mais necessidade, respeitando os direitos de crianças e adolescentes.

Como uma importante contribuição do estudo 1, destaca-se o processo de transformação social realizado em uma cidade tão complexa como São Paulo, a partir da construção de um cuidado psicossocial e territorial à crise de crianças e adolescentes. Este estudo revela pontos-chaves que possibilitaram que esse movimento se efetivasse, trazendo referências que podem inspirar a proposição de políticas públicas e auxiliar outros municípios do território nacional a desenvolverem suas próprias experiências de transformação social no cuidado a SMIJ. São eles:

- 1- Decisão e implicação do gestor – é necessário que a gestão esteja implicada com a transformação social, que esteja alinhada à Reforma Psiquiátrica e apresente experiência e conhecimento técnico da área para embasar suas decisões. A participação dos trabalhadores e dos movimentos sociais é essencial no desenvolvimento das políticas públicas; porém, destaca-se aqui que a gestão formal apresenta uma força de indução capaz de produzir movimentos significativos em prol dessa transformação.
- 2- Governos democráticos-participativos – somente em um Estado democrático é possível produzir transformação social. O investimento em espaços coletivos amplia as possibilidades de participação de trabalhadores, usuários e gestores, que por meio de trocas, compartilhamentos, negociações, discussões e conflitos, constroem democraticamente pautas públicas condizentes com as necessidades da população.
- 3- Encerramento dos convênios com Hospitais Psiquiátricos – uma gestão verdadeiramente implicada com a Reforma Psiquiátrica deve romper com as parcerias com os Hospitais Psiquiátricos, construindo efetivamente uma rede

substitutiva, com equipamentos e estratégias capazes de sustentar o cuidado à crise no território.

- 4- Investimentos nos CAPSij III como equipamentos realmente substitutivos às internações psiquiátricas de crianças e adolescente – marcando, assim, uma atenção territorial, em liberdade e psicossocial, que garanta direitos, que produza um cuidado humanizado, singularizado e ampliado, incluindo a rede de relações e de serviços.

A seguir, serão apresentadas algumas discussões levantadas pelos participantes do estudo 1, que trazem importantes contribuições e reflexões sobre outras estratégias de cuidado à crise de crianças e adolescentes, em municípios em que não há o equipamento CAPSij III.

#### **4. OUTRAS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO À CRISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Nesta seção, foram agrupadas algumas reflexões dos participantes sobre possibilidades de cuidado à crise a crianças e adolescentes em municípios que não contam com os CAPSij III. Os participantes sugerem a criação de novos modelos de cuidado e discutem sobre equipamentos já existentes, como é o caso dos CAPSij AD III.

Rosângela alerta que muitos municípios do estado de São Paulo não apresentam porte para CAPS III e sugere que outras estratégias de cuidado territorial possam ser criadas de acordo com os recursos locais. Esta fala é bastante importante, pois aponta que mais fundamental que a criação de um serviço é o desejo da rede em sustentar a crise no território com os recursos já existentes, sem precisar recorrer à internação como uma resposta única de cuidado.

*No estado inteiro são 89 CAPSi, acho que só São Paulo, Santos, agora em São Bernardo tem CAPSij III. E são poucos os municípios que têm base populacional para ter CAPS III. Metade do estado não tem base nem para CAPS, tem menos de 15 mil habitantes, 645 municípios, 300 e pouco tem menos que 15 mil habitantes, então acho que vai dar uns 90 municípios, se der! Acho que até menos, que pode vir a ter um CAPS III.*

*Então assim, é um dispositivo importante, mas a gente tem que refletir para além disso. O CAPS III vai resolver o problema de grandes metrópoles, mas ainda está longe de resolver o problema do estado como um todo, a gente vai precisar de outras alternativas, às vezes parceria até com o PS pode ajudar.*

*Tem um município muito pequeno, 9 mil habitantes, mas ele tem uma enfermaria, tipo um PS pequeno numa unidade. Então, o gestor começou a trabalhar com o CAPS I dele desse jeito, se tinha um caso grave passava a noite lá na enfermaria e de manhã voltava para o CAPS, não precisava internar ninguém.*

*Essa é uma discussão importante, o não ter, o não poder ter, não pode ser um impeditivo. Porque às vezes eles podem jogar todo o imaginário dizendo não consigo porque eu não tenho, só que existem muitas possibilidades. O que você tem que saber é o que você quer, você quer acolhimento e cuidado territorial e aí onde você vai conseguir isso? às vezes pode ser dormir no abrigo e passar o dia no CAPS, não sei, aí é como o território se organiza. (Rosangela Elias)*

Roberto Tykanori defende estratégias mais plásticas de cuidado à crise, como a possibilidade de os CAPSij II se tornarem III de acordo com as necessidades de seus usuários. Nesta fala, o participante acredita que seria mais efetivo para o cuidado que os CAPS II pudessem virar III quando necessário, ao invés de se ter uma referência fixa. Traz a potência de experiências como o AcampaDentro<sup>58</sup> e a organização do CAPSij II de Jundiaí que, frente a uma situação de necessidade, organizou-se para ofertar o acolhimento noturno aos seus usuários.

*Quando eu estava no Ministério, o CAPSij Capela do Socorro tinha feito o AcampaDentro para os adolescentes e eu achei genial, talvez pudesse ser também uma semente de como os CAPS deveriam funcionar, talvez não ter CAPS III, mas ter dispositivos que financiassem você virar 24h por um tempo pontual e aí todos poderiam fazer. Seria uma estratégia de intervenção, a própria equipe que acompanha “Vamos chamar o plantão, porque precisamos ficar três dias aqui funcionando com essa criança!”, talvez fosse mais adequado.*

*Não é difícil, a questão é aceitar e pôr no papel, o sistema de papel aceita tudo, mas o mais difícil é as pessoas se reorganizarem psiquicamente para isso, “Ah não, mas eu trabalho das 9h às 17h!”, vamos fazer um rearranjo às vezes, quando você fizer plantão você ganha extra, mas parece que é muito assustador mexer com coisas do tipo “Ah, mas eu estou garantida aqui!” é mais estável. Por exemplo, em Jundiaí que é uma cidade que não tinha*

---

<sup>58</sup>A iniciativa reuniu profissionais da equipe multiprofissional do CAPSij Capela do Socorro e contou com cerca de 20 adolescentes, que dormiram no serviço e participaram de diversas oficinas no período noturno, sendo desenvolvidas atividades cooperativas, de lazer e culturais, com o objetivo de promover encontros, interação e fortalecimento de vínculos entre os usuários do serviço e os trabalhadores (SÃO PAULO, 2016c).

*CAPS III e eles já faziam isso, um dos CAPS de lá se transformava de II em III, quando achavam que era interessante e manejavam as situações muito bem. Essa ideia de que o leito pode ser criado segundo à necessidade, é uma ideia mais forte para mim como estratégia do que institucionalizar uma referência fixa. (Roberto Tykanori)*

Em relação à existência de um equipamento específico, CAPSij AD III, Janaína conta que em uma experiência de discussão sobre os CAPSij III na Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, a troca com os CAPSij AD III fortaleceu seu posicionamento de que o cuidado a crianças e adolescentes que fazem uso de substância deve se dar no CAPSij e não em um serviço específico.

*Eu lembro que eu fui pra Brasília, a área da criança e do adolescente convocou algumas Secretarias de alguns municípios. Eu lembro que já aconteceu essa discussão lá, mas tinham duas experiências, que eram de CAPSij AD III.*

*Eu lembro que já foi uma discussão, já tinha o Santana, já tinha essa proposta de ampliação dos nossos Ij e eu sustentando esse lugar que tinha que ter um Ij III e não um ADij III, porque o uso de substâncias na infância e adolescência não deveria ser tomado como objeto principal e sim como parte do serviço de um CAPSij.*

*Eu lembro que me ajudou a fortalecer essa ideia, de que o entendimento não era um ADij e nem um AD, a criança e o adolescente têm que estar no CAPSij e não em um CAPS específico para álcool e drogas para crianças e adolescentes.*

*Eu lembro que essa foi uma discussão importante para mim, porque também nem todo mundo estava de acordo que o CAPSij III era um bom recurso, não era uma unanimidade, às vezes até para os profissionais da ponta, não era todo mundo que apostava nesse recurso, alguns achavam que não teria demanda e hoje é um recurso super utilizado. (Janaína Diogo)*

Essa fala de Janaína reforça a importância da responsabilização dos CAPSij por toda e qualquer demanda relacionada ao sofrimento psíquico intenso de crianças e adolescentes, incluindo as questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. A criação de um equipamento específico, CAPSij AD III, reforça a segregação dessa população, estigmatiza, excluindo-a da convivência com outras crianças e adolescentes. Deste modo, assumir as demandas de álcool e outras drogas nos CAPSij é afirmar que antes de tudo os usuários são

crianças e adolescentes que merecem ser cuidados de maneira integral e ampliada, e nunca reduzidos a suas demandas.

A seguir, Tykanori complementa a reflexão, trazendo que a compreensão reducionista no campo do álcool e outras drogas acaba levando a respostas muito específicas e que muitas vezes não apresentam uma consistência lógica.

Para ele, por uma perspectiva política, a criação dos CAPSij AD III é uma tentativa dos serviços assumirem a responsabilidade por esse cuidado e não encaminhar a um hospital, o que já é válido, uma vez que tanto este estudo quanto outros estudos (GALHARDI; MATSUKURA, 2018; SANTAROSA, 2016) evidenciam que há uma lacuna evidente em relação ao cuidado desta população, tanto nos CAPSij como nos CAPS AD, revelando um importante caminho a ser percorrido para que a atenção a crianças e adolescentes que fazem uso de substâncias se efetive na RAPS.

*Em relação a ter algumas experiências em alguns municípios de CAPSij AD III, eu vou pelo raciocínio básico, entre ser CAPS e ser hospital é melhor CAPS. Então era bizarro ter um CAPSij AD III, era o específico do específico, mas por outro lado eu penso assim, é melhor que o serviço assuma a demanda do que mandar para frente essa questão.*

*Para eu explicar um pouco dessa lógica de CAPSij AD III, é um raciocínio que vai somando fantasias do que poderia ser mais ou menos uma resposta, mas essa resposta você não sabe exatamente o que é porque você não consegue formular qual é o problema de verdade e quando a gente formula, a gente chega numa molécula, num gene e o que você faz com isso? Esse pensamento reducionista no campo de álcool e drogas leva a ter uma inconsistência lógica nas propostas. Então, aparentemente parece ser lógico CAPSij AD III, mas não tem lógica nenhuma. Agora, do ponto de vista da política é válido, porque os serviços estão assumindo a responsabilidade de cuidar. (Roberto Tykanori)*

O pensamento reducionista, fortemente presente no campo de álcool e drogas, é fruto do modelo biomédico e de sua tentativa de reduzir a doença a aspectos biológicos, excluindo os aspectos psicológicos, sociais e ambientais (PRATTA; SANTOS, 2009).

Se compreendemos que o processo saúde/doença é um processo dinâmico, histórico e multideterminado, no qual fatores psicológicos, sociais, políticos, econômicos e ambientais interferem diretamente nas (im)possibilidades de os indivíduos manterem sua saúde, faz-se necessária a construção de um modelo de cuidado biopsicossocial, que integre todos esses

aspectos, compreendendo a saúde como produção social (PRATTA; SANTOS, 2009; MENDES, 1996; ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005 apud PRATTA; SANTOS, 2009).

Nesta perspectiva, o uso abusivo de substâncias deve ser compreendido e amplamente considerado, não somente os aspectos biológicos e psicológicos envolvidos, mas todos os aspectos sociais, políticos, econômicos, legais e culturais inerentes a esse fenômeno complexo e multifacetado (PRATTA; SANTOS, 2009).

Construir um cuidado psicossocial a crianças e adolescentes que fazem uso de drogas possibilita romper com um reducionismo que invisibiliza crianças e adolescentes, reduzindo-as a suas demandas. É ampliar e compreender de forma crítica e complexa a história desses usuários, retirando da droga o foco do cuidado. É olhar para as vulnerabilidades, os sofrimentos e os direitos violados. Portanto, acredita-se que segregar esta demanda é segregar o sujeito, é dizer que o uso de drogas é mais importante do que toda sua história de vida, é reforçar que a especialidade de um serviço é a resposta para um problema de ordem tão complexa.

Defende-se que nenhuma criança ou adolescente seja reduzida a seu diagnóstico, que possa ser cuidada integralmente, em convivência com seus pares, sem segregação por demanda ou diagnóstico, e que tenha seus direitos garantidos.

Este posicionamento não visa criticar os serviços CAPSij AD III, que estão em atual funcionamento, mas marcar um posicionamento ético e político sobre caminhos mais coerentes para a construção de políticas públicas alinhadas aos princípios da atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Sugerem-se novos estudos que possam se debruçar sobre este equipamento, sua construção e função na RAPS.

O estudo 2, a seguir, vai aprofundar a função dos CAPSij III na RAPS, apresentando a caracterização e o funcionamento destes serviços, a dinâmica do acolhimento integral, suas potencialidades e dificuldades.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO ESTUDO 2 - OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS III**

Após abordarmos a implantação dos CAPSij III na cidade de São Paulo no estudo 1, abordaremos no estudo 2 a função destes equipamentos na RAPS paulistana. Além disso, este estudo tem o objetivo de caracterizar os serviços e identificar as práticas de cuidado, potencialidades e dificuldades presentes na atenção à crise de crianças e adolescentes, no compartilhamento com os CAPSij II e na articulação com a rede.

Os resultados do estudo 2 serão apresentados em quatro seções.

1. Caracterização dos CAPSij III
2. Dinâmica de trabalho dos CAPSij III
3. Acolhimento Integral em CAPSij III
4. Potencialidades e dificuldades dos CAPSij III

### **1. CARACTERIZAÇÃO DOS CAPSIJ III**

Os gerentes de CAPSij III preencheram uma Ficha de Caracterização, na qual informaram dados gerais do serviço, como território de abrangência, tempo de funcionamento, número de leitos, tempo médio de duração do acolhimento integral, faixa etária dos usuários, serviços encaminhadores, composição da equipe, estrutura física, transporte e retaguarda de serviços de urgência e emergência.

O quadro 3, a seguir, apresenta parte das informações coletadas junto aos gerentes.

*Quadro 3 - Dados gerais dos CAPSij III*

<b>CAPSij III</b>	<b>População de abrangência</b>	<b>Ano de implantação como CAPSij III</b>	<b>Nº camas</b>	<b>Tempo médio de duração do acolhimento integral</b>
<b>1</b>	450.000 hab.	2017	5	7 dias
<b>2</b>	395.425 hab.	2018	8	7 dias
<b>3</b>	400.000 hab.	2016	6	14 dias
<b>4</b>	264.747 hab.	2019	6	9 dias
<b>5</b>	636.453 hab.	2010	5	7 dias
<b>6</b>	478.120 hab.	2018	6	7 a 14 dias



A população de abrangência dos CAPSij III da cidade de São Paulo varia de 264 mil habitantes a 636 mil habitantes. Estes serviços foram implantados entre 2010 e 2019. Vale ressaltar que alguns serviços já funcionaram como CAPSij II e foram reclassificados para CAPSij III, nestes casos foi considerado o ano de implantação como CAPSij III. Em relação ao número de camas, este número varia de cinco a oito camas<sup>59</sup>. Todos os serviços apresentam espaço para acomodar os familiares ou responsáveis durante o período de acolhimento integral, com exceção do serviço 2, que não apresenta o recurso da poltrona reclinável, mas informou que sempre que necessário busca uma estratégia para adaptar o espaço e acolher também o acompanhante.

Os gerentes informam que o tempo médio de duração do acolhimento integral é de 7 a 14 dias, conforme preconizado na Portaria de CAPSij III (SÃO PAULO, 2019a).

O quadro 4 apresenta as faixas etárias dos usuários que mais acessam o acolhimento noturno e também os serviços que mais encaminham ao CAPSij III. São apresentados primeiramente os mais citados e na sequência os menos citados.

*Quadro 4 - Faixa etária e serviços encaminhadores*

<b>CAPSij III</b>	<b>Faixas etárias que mais utilizam o acolhimento integral (da que mais utiliza, para a que menos utiliza)</b>	<b>Serviços que mais encaminham ao CAPSij III (do que mais encaminha para o que menos encaminha)</b>
<b>1</b>	12-18 anos, 18-23 anos, 7-11 anos, 0-6 anos	Próprio serviço, CAPSij de outras CRS, CAPSij da mesma CRS, outros serviços
<b>2</b>	12-18 anos, 7-11 anos, 18-23 anos, 0-6 anos	CAPSij da mesma CRS, próprio serviço, CAPSij de outras CRS, outros serviços
<b>3</b>	12-18 anos, 18-23 anos, 7-11 anos, 0-6 anos	CAPSij da mesma CRS, próprio serviço, CAPSij de outras CRS, outros serviços
<b>4</b>	12-18 anos, 18-23 anos, 7-11 anos, 0-6 anos	próprio serviço, CAPSij da mesma CRS, CAPSij de outras CRS, outros serviços
<b>5</b>	12-18 anos, 7-11 anos, 18-23 anos 0-6 anos	Próprio serviço, CAPSij da mesma CRS, CAPSij de outras CRS, outros serviços
<b>6</b>	12-18 anos, 18-23 anos, 7-11 anos, 0-6 anos	Próprio serviço, CAPSij da mesma CRS, CAPSij de outras CRS, outros serviços

Em relação à faixa etária que mais utiliza o acolhimento integral, a maior parte dos serviços cita em primeiro lugar a adolescência (12 aos 18 anos), na sequência a juventude (18

<sup>59</sup> De acordo com o Estudo 1, o número de camas foi decidido após negociação com cada uma das CRS, STS e as OSS responsáveis pela administração dos serviços.

a 23 anos), seguido da segunda infância (7 a 11 anos) e, por último, a primeira infância (0 a 6 anos). Os motivos pelos quais os usuários acessam este recurso será abordado na subseção 3.1.

Considerando que a adolescência, seguida da juventude, são as faixas etárias que mais utilizam os serviços, compreende-se que esse dado expressa a complexidade presente nessas fases da vida, marcada pelas intersecções entre questões biológicas, psicológicas, sociais, culturais, econômicas, políticas e raciais.

A adolescência e a juventude são compreendidas, aqui, para além de uma visão desenvolvimentista, como um período de transição, crises e transformações. Silva e colaboradores (2014, apud GASPARINI, 2022) apontam que esse momento da vida deve ser compreendido a partir de uma perspectiva histórica e cultural, incluindo suas singularidades e contextos familiar e social.

No documento ministerial que aborda as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2010), é destacada uma compreensão plural das adolescências e juventudes, reconhecendo “a grande diversidade de experiências, condições de vida e características sociais, raciais, étnicas, religiosas, culturais, de gênero e de orientação sexual que compõem o universo desses segmentos populacionais” (p. 46).

Frente à multiculturalidade brasileira, a diversidade dos grupos populacionais e dos contextos de vida de adolescentes e jovens, torna-se mais coerente falar em adolescências e juventudes (BRASIL, 2010).

Compreende-se que essas fases fazem parte de um *continuum* de vida e que estão envoltas em três dimensões interdependentes: a macrossocial, marcada pelas desigualdades sociais (classe, gênero e etnia); a dimensão dos dispositivos institucionais, composta pelos sistemas de ensino, trabalho e relações produtivas; e a dimensão biográfica, que traz as singularidades de cada trajetória pessoal (BRASIL, 2010).

Adolescentes e jovens que sofrem com a pobreza e o preconceito são privados de acessar seus direitos de cidadania, como a educação formal, os serviços de saúde, as atividades de lazer, o desenvolvimento vocacional e as oportunidades de trabalho. Além disso esses grupos populacionais estão expostos aos riscos associados à violência física, à violência estrutural, aos problemas sociais e aos conflitos armados, aumentando a vulnerabilidade aos mais variados agravos à saúde (BRASIL, 2010).

Essas desigualdades afetam as diferentes dimensões da vida social de adolescentes e de jovens – em particular em relação à saúde – e reverberam de modo perverso nos dados sobre mortalidade e morbidade entre esse segmento populacional, incluindo fortemente o que se

refere à saúde sexual e à saúde reprodutiva, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, violências e outros agravos à saúde (BRASIL, 2010, p. 47)

A partir dessa discussão, fazem-se claras as razões pelas quais adolescentes e jovens tornam-se os usuários que mais utilizam o acolhimento integral nos CAPSij III, demandando um cuidado intensivo em saúde mental, pelas marcas que a intersecção das mais variadas dimensões de sofrimento, violências e violações produzem em suas vidas.

Em relação à origem dos usuários que mais utilizam o acolhimento integral, observa-se que eles são provenientes principalmente do próprio serviço e dos CAPSij II que compõem a mesma CRS, seguido dos CAPS II de outras CRS e, por último, outros serviços como Hospital, UBS, CAPS adulto, CAPS AD e via judicial.

O quadro 4, a seguir, expõe as diferentes composições das equipes presentes em cada um dos CAPSij III. Vale ressaltar que cada CAPSij III é administrado por uma CRS e por uma OSS diferente, o que pode revelar essas distinções entre os serviços.

Quadro 5 - Composição das equipes

<b>Categorias profissionais</b>	<b>CAPSij III 1</b>	<b>CAPSij III 2</b>	<b>CAPSij III 3</b>	<b>CAPSij III 4</b>	<b>CAPSij III 5</b>	<b>CAPSij III 6</b>
<b>Gerente</b>	1	1	1	1	1	1
<b>Supervisor técnico</b>	0	0	1	0	0	0
<b>Enfermeiro</b>	1 de 40h	1 de 40h	1 de 40h	1 de 40h 4 de 36h	1 de 40h	2 de 40h
<b>Enfermeiro plantão (12 horas)</b>	8	7	6	4	8	6
<b>Auxiliares/técnicos de enfermagem</b>	0	0	0	6 de 36h 1 de 40h	0	0
<b>Auxiliares/técnicos de enfermagem plantão (12 horas)</b>	15	20	13	6	13	13
<b>Farmacêutico</b>	1 de 40h 1 de 30h	1 de 40h	1 de 30h	1 de 40h	1 de 40h	0
<b>Técnico de Farmácia</b>	2 de 40h	2 de 40h	2 de 30h	2 de 40h	2 de 40h	0
<b>Assistente Social (30h)</b>	3	3	2	3	3	2
<b>Educador Físico</b>	1 de 40h 2 de 20h	1 de 40h	1 de 15h	1 de 40h	1 de 40h	1 de 40h
<b>Fonoaudiólogo</b>	2 de 40h	0	2 de 30h	1 de 40h	1 de 40h 1 de 30h	2 de 30h
<b>Neurologista (20h)</b>	0	0	1	0	0	0
<b>Nutricionista (20h)</b>	0	0	0	0	1	0
<b>Oficineiro</b>	6 de 20h	2 de 20h	0	0	1 de 40h 1 de 20h	3 de 40h
<b>Pediatra</b>	1 de 12h	0	0	1 de 20h	1 de 12h	1 de 20h
<b>Psicólogo</b>	4 de 40h	4 de 40h	4 de 30h	2 de 36h	4 de 40h	2 de 40h
<b>Psicopedagogo (40h)</b>	0	0	1	0	0	0
<b>Psiquiatra</b>	4 de 20h	1 de 10h 1 de 20h 1 de 30h	1 de 10h 2 de 20h	2 de 20h	2 de 10h 1 de 5h	2 de 20h

<b>Redutor de danos (40h)</b>	1	0	0	0	1	0
<b>Terapeuta Ocupacional (30h)</b>	4	4	2	2	3	3
<b>Apoio Administrativo<sup>60</sup> (40h)</b>	4	4	3	5	6	4
<b>Auxiliar de limpeza (12h x 36h)</b>	4 (2 por turno)	2 (1 por turno)	0	4 (2 por turno)	5 (2 diurno, 3 noturno)	0
<b>Auxiliar de limpeza</b>	0	2 de 40h	2 de 40h	0	0	3 de 44h
<b>Auxiliar de serviços gerais/ operacionais (40h)</b>	2	2	0	0	1	1
<b>Vigilante/ porteiro/ segurança/ (12h x 36h)</b>	4 (2 por turno)	4 (2 por turno)	4 (2 por turno)	4 (2 por turno)	4 (2 por turno)	4 (2 por turno)
<b>Motorista (40h)</b>	1	0	0	0	0	0

Observa-se que os CAPSij III possuem um número maior de profissionais de enfermagem comparado a profissionais de outras categorias. Isso se deve ao funcionamento dos CAPSij III, que à noite e aos fins de semana contam apenas com equipe de enfermagem. Outro aspecto que merece atenção é a frequência com que esses profissionais exercem suas jornadas de trabalho em formato de plantões, no qual há um revezamento diário dos componentes da equipe. Essa reprodução do modelo de contratação hospitalar em um serviço psicossocial, que preza pela subjetividade do trabalhador, pelo vínculo, pela presença e pelo cuidado longitudinal, pode levar a dificuldades na dinâmica de trabalho das equipes. Tipos diferentes de jornadas de trabalho levam a diferenciações nas relações de trabalho, dificultando a integração dos demais técnicos com os profissionais da enfermagem e reforçando a separação entre as categorias profissionais. Além disso, impede que os profissionais da enfermagem possam participar com constância das atividades programadas dos serviços, que ocorrem sempre no mesmo horário e dia da semana, como verificado em muitos grupos, atendimentos, ações de matriciamento e encontros com a rede, por exemplo.

Em relação às outras categorias profissionais, observa-se que há uma diversidade dos profissionais presentes nas equipes técnicas dos CAPSij III. Esse aspecto revela um princípio importante da atenção psicossocial, que é a constituição de equipes multidisciplinares, enriquecendo o campo da saúde mental com seus diferentes saberes e fazeres e que, por meio de trocas, compartilhamentos e negociações, constroem um campo interdisciplinar de cuidado (BRASIL, 2004a, BRASIL, 2014, MORORÓ, 2007).

---

<sup>60</sup> Nomeamos como Apoio Administrativo todos os profissionais que compõem o trabalho administrativo dos serviços, como analistas, assistentes, técnicos e auxiliares administrativos.

Vale ressaltar que os auxiliares de limpeza, serviços gerais, vigilantes e porteiros são contratados por empresas terceiras, o que também pode fragilizar o vínculo com a unidade, já que a rotatividade é frequente.

Apesar da política pública de saúde mental prever recursos financeiros para a Qualificação dos CAPS, incluindo a Supervisão Clínico-Institucional (BRASIL, 2005b), observamos, nos resultados deste estudo, que apenas o CAPSij 6 conta com a presença de um supervisor clínico-institucional. O CAPSij 3 possui uma supervisora técnica contratada diariamente no serviço, que segundo o gerente entrevistado “*auxilia nos casos mais difíceis e dá bastante suporte para a equipe*” (Gerente 3), ela não é uma supervisora externa e não exerce a função esperada de um supervisor clínico-institucional.

De acordo com Figueiredo (2008), a Supervisão Clínico-Institucional é um dispositivo de formação permanente, que favorece o compartilhamento das responsabilidades, facilitando o diálogo entre os membros da equipe e a construção conjunta dos casos. Também auxilia no manejo dos desafios e dos impasses institucionais vivenciados cotidianamente no trabalho coletivo, reduzindo conflitos e possibilitando avanços no trabalho em equipe.

Sobre os transportes, todos os serviços apresentam carro para realização de atividades no território, quatro serviços possuem o carro disponível cinco dias por semana e dois serviços possuem esse recurso três vezes por semana.

Em relação à disponibilidade da ambulância para eventuais remoções, três serviços sinalizaram que a OSS oferece o recurso da ambulância para todos os serviços sob sua administração. Quatro serviços citaram o uso do SAMU, porém somente o serviço 3 aponta o SAMU como o único meio de transporte disponível em caso de remoções. O serviço 4 citou que há uma ambulância disponibilizada pela CRS para todos os serviços de saúde mental de sua região. O serviço 5 apresenta esse recurso disponível 24 horas para seu uso e se encontra lotado na própria unidade, além de contar com ambulâncias disponibilizadas pela Supervisão Técnica de Saúde (STS).

Essa diversidade se refere aos diferentes contratos de gestão estabelecidos entre SMS/SP e as OSS. Vale reforçar que esses contratos são feitos em negociação com a SMS/SP, a CRS, a STS e a OSS, nos quais são decididos os recursos disponíveis para cada um desses serviços.

Já em relação à retaguarda para urgências e emergências, todos os serviços citam o Hospital Geral como uma importante retaguarda. Quatro serviços citam o AMA, três serviços citam a UPA, três serviços citam o PS e um serviço cita o PAI<sup>61</sup>.

Vale ressaltar que neste estudo os gerentes informaram que raramente encaminham os usuários para esses serviços de retaguarda, sendo acionados, principalmente, para questões de ordem clínica. Já para questões de ordem psiquiátrica, esses serviços são acionados quando se faz necessária uma avaliação do profissional médico e a unidade se encontra sem psiquiatra. Para ambas as situações, antes de encaminhar os usuários a esses serviços, o CAPSij avalia se esgotou seus recursos próprios para lidar com a situação apresentada. Os resultados relativos a essas questões serão aprofundados no Capítulo *Dialogando nas Complexidades*.

## **2. DINÂMICA DE TRABALHO DOS CAPSij III**

### **2.1. Rotina de trabalho**

Os serviços CAPSij III apresentam uma rotina de trabalho diferente durante o dia e à noite e aos fins de semana,

Os gerentes contam que, de segunda a sexta-feira das 7h às 19h, o serviço apresenta o mesmo funcionamento de um CAPSij II, com acolhimento porta aberta, grupos, oficinas, reuniões, matriciamentos e articulações com a rede realizados por uma equipe multiprofissional (equipe multi).

*Durante a semana, de segunda a sexta, acontecem todas as atividades, a gente tem os grupos, oficinas, agora não com a pandemia, mas os matriciamentos, a articulação com a rede, o acolhimento inicial, tudo a gente distribui de segunda a sexta no horário das 7h às 19h... neste período tudo é mais movimentado. (Gerente 1)*

*(...) eu acho que a gente consegue circular mais e propor atividades distintas durante o dia, contato com outros profissionais para avaliar, para fazer um atendimento à crise caso ocorra e para discutir as situações que acontecem. (Gerente 5)*

---

<sup>61</sup> Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental - localizado nas dependências do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, na Zona Norte da cidade de São Paulo. Disponibiliza serviços de pronto-socorro com 13 leitos de observação para urgências e emergências psiquiátricas e 30 leitos de internação.

Já à noite e aos fins de semana, o CAPSij III funciona com o acolhimento integral, contando apenas com uma equipe de enfermagem. Não há atividades estruturadas no serviço como ocorre durante os dias da semana no período diurno, mas sim atividades mais flexíveis de acordo com as demandas, as possibilidades dos profissionais e preferências dos usuários. A ausência da equipe multi nesses períodos também impacta no cuidado, pelo número menor de profissionais e pela redução de possibilidades de trocas entre os diferentes saberes e práticas.

*Na enfermagem a gente tem a equipe 12h por 36h, das 7h às 19h e das 19h às 7h. Então, a noite e finais de semana, fica só essa equipe de enfermagem, então, normalmente ficam de quatro a cinco profissionais, um ou dois enfermeiros, normalmente um enfermeiro e os outros técnicos de enfermagem responsáveis pelo acolhimento integral. (Gerente 1)*

*Nesses outros períodos está a equipe de enfermagem e ela vai dando sequência a certos acordos que foram pensados no PTS desse paciente e aí (...) seguem também com algumas atividades que são bastante livres e também vão de acordo com a demanda, então, tem pacientes que solicitam mais praticas físicas, atividades lúdicas, dependendo da faixa etária que está presente, tem exposição de filmes, tem esses horários que eles ficam nessa ambiência também sem nada muito dirigido, tem pacientes que querem conversar mais, tem os momentos que as famílias estão junto, geralmente de fim de semana as famílias tem mais liberdades porque o CAPS está mais vazio. Então, eles trabalham também essa questão dos vínculos familiares e fazem algumas orientações para as famílias. (Gerente 3)*

*A equipe de enfermagem se sente muito solitária a noite e aos finais de semana, porque acaba que em alguma situação diferente, uma situação de crise, são poucos profissionais e eles acabam tendo mais dificuldades para conduzir essas situações, não desfazendo do trabalho deles, mas também temos uma equipe multi com a ideia de ter vários saberes juntos.*

*Por outro lado, no fim de semana tem mais esse movimento de dispositivos, eu acho que é onde dá mais uma relaxada durante o dia. Porque eles cozinham juntos, porque tem menos gente na cozinha, tem menos fluxo e aí, fazem outros tipos de atividades durante o dia e conseguem às vezes sair e andar um pouco pela rua, ir a uma pracinha. E durante a noite, as atividades acabam também sendo um pouco mais restritas pelo número de profissionais, acaba sendo mais atividades na ambiência, assistir filmes, às vezes fazer uma janta juntos ou fazer uma pizza, ficar conversando, um jogo ou alguma coisa assim. (Gerente 5)*

Essas falas apontam que a presença de apenas uma categoria profissional no período noturno e aos fins de semana fragiliza o cuidado ampliado em saúde mental, pois reduz as possibilidades de trocas e construção do cuidado pela composição de diferentes categorias profissionais.

O trabalho em equipe interdisciplinar é uma das premissas da atenção psicossocial (BRASIL, 2004; YASUI, 2016). De acordo com Oliveira e Silva (2000 apud MILHOMEM; OLIVEIRA, 2007), a diversidade de saberes e trocas proporcionada por uma equipe possibilita que seja desvelada a complexa teia que forja o sofrimento psíquico, composta por eventos biológicos, emocionais, psicológicos, sociais, culturais e políticos.

É importante lembrar que a Portaria de CAPSij III (SÃO PAULO, 2019a) garante a presença de pelo menos um profissional da equipe multi durante a noite (19h às 22h) e aos fins de semana; porém, observamos com estes resultados que ainda não é uma realidade nos serviços.

O estudo de Silva e colaboradores (2020), realizado junto a um CAPS III, também aponta que o acolhimento noturno é realizado somente pela equipe de enfermagem, e os autores sugerem que haja uma reformulação na legislação que regulamenta a equipe mínima do CAPS III, garantindo que o cuidado seja realizado de maneira interdisciplinar, conforme as premissas da atenção psicossocial.

Outra questão abordada se refere que aos fins de semana. Como o serviço não oferta grupos, atendimentos e acolhimento porta aberta, há um menor fluxo de pessoas e, deste modo, o serviço acaba se focando somente na demanda dos usuários que estão em acolhimento integral, sendo mais possível que ocorram atividades diversificadas e flexíveis, como fazer um almoço e ir à pracinha. Por não ter muitas demandas, a equipe fica totalmente disponível para as necessidades dos usuários em acolhimento integral, favorecendo uma maior disponibilidade, flexibilidade e singularidade nos processos de cuidado. No entanto, reafirmamos que o ideal seria a presença de uma equipe multi.

De modo semelhante, no estudo de Josefczyk (2021), que se debruçou sobre o cuidado diurno e noturno oferecido por um CAPSij III, os profissionais informam que durante a semana a equipe diurna fica ocupada pela diversidade de atividades que o serviço oferece, há um número bem maior de profissionais e com mais variedade entre as categorias profissionais. Além disso, para os usuários que estão em acolhida integral, há a possibilidade de participarem das atividades oferecidas pelo serviço e interagir com outros usuários, para além dos que estão



em acolhida. Já no período da noite, a equipe tem mais possibilidade de dar mais atenção aos usuários.

É importante ressaltar que estes resultados não excluem a necessidade da presença da equipe multi à noite e aos fins de semana, já que tanto o presente estudo quanto o estudo de Josefczyk (2021) reforçam essa necessidade, a fim de garantir uma ampliação do olhar para o usuário e para as práticas de cuidado.

## **2.2. Estratégias de Comunicação entre os profissionais do noturno e do diurno**

Os gerentes também foram questionados como se dá a comunicação dos profissionais que trabalham no período noturno e no período diurno.

Observa-se que a comunicação entre o noturno e o diurno é um grande desafio para as equipes. São criadas diferentes estratégias que visam possibilitar uma comunicação efetiva e assim garantir a continuidade do cuidado aos usuários.

A seguir, serão apresentadas as principais estratégias de comunicação utilizadas pelas equipes, como a passagem de plantão, o livro e a planilha de plantão, o prontuário, a lousa de informação, o WhatsApp® e as reuniões de equipe.

### **- Passagem de plantão**

*Às 7h da manhã a gente tem a passagem de plantão do noturno para o diurno. Nessa passagem está a equipe do noturno que é da enfermagem e aí, recebe a enfermagem do diurno junto com a equipe multi que entra a 7h. (...) e também a noite às 19h tem uma equipe multi junto com a enfermagem que passa o plantão para a equipe que está recebendo da enfermagem e vice-versa. (Gerente 1)*

*Eu acho que essas coisas mais ortodoxas do cuidado são bem contempladas nas passagens de plantão, “comeu, dormiu, tomou banho, tomou remédio, está em crise ou não está em crise, dá para ir para casa ou não dá”, mas outras coisas que têm a ver com a nossa relação com os usuários, a gente não consegue contemplar nessas passagens de plantão. (Gerente 4)*

Todos os serviços citaram realizar a passagem de plantão, alguns realizam três vezes ao dia (manhã, tarde, noite), outros realizam duas vezes ao dia (manhã e noite). A quase totalidade dos serviços afirmou que a passagem de plantão ocorre com os profissionais da enfermagem

juntamente com os outros profissionais da equipe técnica, apenas um serviço afirmou que ocorre apenas entre profissionais de enfermagem.

A gerente 4 pondera que questões mais objetivas, relativas à rotina do usuário no serviço, são passíveis de serem contempladas com a passagem de plantão; porém, para questões que exigem um maior aprofundamento, como questões relativas à relação estabelecida entre o usuário e a equipe, não são passíveis de serem contempladas. Para este fim, são utilizadas outras estratégias que serão apresentadas a seguir.

Vale destacar que os formatos de passagem de plantão nos serviços são diferentes. Alguns realizam no clássico formato hospitalar de passagem rápida de informações mais objetivas, outros realizam uma passagem de plantão mais estendida, garantindo uma discussão mais ampliada dos casos.

De forma geral, os gerentes relatam que a passagem de plantão possibilita uma melhor comunicação entre as equipes do período noturno e do período diurno, visando garantir a continuidade do cuidado ao usuário.

#### **- Livro de plantão, diário de bordo e prontuário**

*Tem o livro de plantão que a gente reforça a importância das anotações, tem rolado e, a evolução no prontuário também. A gente diz que o livro do plantão é um resuminho e o prontuário precisa ter mais informações. Que essa seja uma rotina da casa: chegar olhar a lousa, ler o livro e ao longo do dia para quem está em acolhimento noturno, ler o prontuário. (Gerente 2)*

*Temos o instrumento de passagem que é uma planilha de plantão, onde a gente coloca o nome do usuário, o prontuário e a evolução durante o dia ou a noite e, é utilizada como instrumento para não esquecer algum detalhe, o que chamou mais atenção e qualquer pessoa tem acesso a essa planilha, fica na sala da equipe e vai anotando essas questões durante o dia.*

*O prontuário já é obrigatório, mas o que falta no prontuário evoluímos nesse diário de bordo só a questão que toda a equipe precisa saber. Se o usuário entra em contato a noite, aí a referência de manhã precisa saber “Olha, ligar para esse usuário!”. Então a gente anota nesse diário de bordo e passa na passagem de plantão. Eu acho que tem muita coisa para ser construído, nós somos muito novos, temos dois anos só. Já melhorou muito... a comunicação da equipe foi uma construção bem importante porque normalmente as pessoas chegavam e não sabiam o que aconteceu pela manhã, quem saiu de alta, quem estava com previsão para entrar,*

*então, isso já está bem melhor, a gente conseguiu andar bastante, mas com muita disponibilidade da equipe de se comprometer mesmo com esses instrumentos que nós fomos criando. (Gerente 6)*

Além da passagem de plantão, as equipes utilizam ferramentas escritas para a garantia de uma comunicação mais clara e efetiva. Para isso, utilizam o livro de plantão, a planilha de plantão, o diário de bordo e o próprio prontuário do usuário.

A gerente 6 traz que a melhoria comunicação é um processo e também um investimento da equipe. Ela afirma que a comunicação da equipe já foi um problema maior para o serviço e que a disponibilidade e comprometimento dos profissionais em utilizar as ferramentas de comunicação propostas têm trazido bons resultados.

#### **- Lousa de informação**

*A gente está iniciando agora um método que se chama Kanban, esse método era usado antigamente nas fábricas para esse trabalho coletivo para todo mundo ter acesso às informações (...), nós faremos uma parede de lousa lá na sala da equipe, lá estará todo o processo diário na parede, os PTSs, e todo mundo vai preenchendo junto e criando o processo de cuidado, e que fique visível para toda equipe participar. (...) É um super desafio, então a gente pensou em algo visual, uma parede escrita com giz que a gente possa ir compondo noite e dia e fim de semana. (Gerente 5)*

A gerente 5 traz a implantação de uma nova estratégia visual, que é uma parede lousa, onde a equipe pode coletivamente compartilhar informações e construir de forma dinâmica as propostas de cuidado, facilitando a comunicação entre os profissionais do período noturno e diurno.

#### **- WhatsApp®**

*Nós temos um grupo, usamos a tecnologia do WhatsApp para passar alguma informação mais pontual. Claro que tem a questão do sigilo, nós não discutimos casos assim no grupo, mas alguns ajustes, algumas informações pontuais a gente compartilha. (Gerente 3)*

*O grupo de WhatsApp que eu acho que também é um jeito de estar todo mundo junto e ir compartilhando as situações que vão acontecendo. (Gerente 5)*

*Alguns reivindicam, por exemplo, que quando chega uma acolhida nova, alguém faz um resumo e coloca no WhatsApp, mas uma parte da equipe ainda questiona. Eu também, ainda fico meio insegura com isso, sabe?*

*Mas eu acho que tem a privacidade, tem o sigilo e tem também isso, porque é uma lista com 50 pessoas que às vezes estão dormindo, estão trabalhando em outro lugar, estão cuidando do filho. E como que você vai entender o que é urgente, o que é um recado? Para mim tinha que ser mais para recados. (Gerente 2)*

O uso da tecnologia WhatsApp foi citada por todos os gerentes como um importante recurso que tem facilitado muito a comunicação da equipe, principalmente em situações em que o compartilhamento rápido de informações se faz necessário.

Como os profissionais utilizam seu próprio celular pessoal, a gerente 2 alerta para alguns riscos. O primeiro se refere à quebra de sigilo das informações. O segundo é a dificuldade de a equipe avaliar o que é urgente e que realmente precisa ser compartilhado por essa via, levando a uma invasão na vida pessoal dos profissionais nos momentos em que não se encontram em horário trabalho.

Apesar de ser uma ferramenta de comunicação rápida e eficaz, é importante que esta não seja considerada a ferramenta principal, mas sim uma ferramenta a mais que facilita a comunicação da equipe. Além disso, não deve ser exigido do profissional uma prontidão de resposta fora do seu horário de trabalho, a fim de preservar os limites do seu contrato de trabalho.

### **- Reuniões de equipe**

*A gente sabe que em uma equipe multi, cada um tem um entendimento, uma percepção, um olhar para a demanda. Eu acho que diante disso, o importante é o resultado desse trabalho, se “Ah, eu acho que o PTS deveria ser dessa forma”, vamos pensar nas reuniões, a reunião é para alinhar mesmo, porque no decorrer acaba se soltando e pode soltar em algum momento. (Gerente 3)*

*O noturno traz uma percepção e o diurno traz outra, então a gente está planejando esse mês uma reunião, que a gente foi autorizado a fazer apenas no mês passado, com toda a equipe chamando todos os plantões. (Gerente 2)*

As reuniões são citadas por todos os gerentes e apontadas como momentos essenciais de compartilhamento, troca e alinhamento da equipe, um momento para explicitar as divergências, ampliar o olhar e construir coletivamente o cuidado.

A gerente 2 traz a necessidade de realização de reuniões com todos os profissionais juntos, noturno e diurno, para melhorar a comunicação entre os dois períodos, favorecendo a construção de uma equipe única e evitando a cisão entre o noturno e o diurno. Mesmo com horários de trabalho opostos dos profissionais dos diferentes períodos, a realização dessa reunião mensal traz o esforço da gestão em construir um trabalho coletivo, mesmo com todas as dificuldades colocadas.

#### **- Dificuldades na comunicação da equipe**

Mesmo com todas as estratégias de comunicação utilizadas, os gerentes informam que ainda há dificuldades vivenciadas na comunicação da equipe, revelando os desafios que se apresentam ao CAPSij III

A gerente 6 apresenta algumas dessas dificuldades.

*Já melhorou muito a comunicação da equipe foi uma construção bem importante porque normalmente as pessoas chegavam e não sabiam o que aconteceu pela manhã, quem saiu de alta, quem estava com previsão para entrar.*

*Eu acho que no decorrer do dia acaba se perdendo algumas informações ou essas informações não estão registradas nesse instrumento e aí, a gente acaba esquecendo de passar na passagem de plantão. Eu acho que a maior questão é essa, assim de se preocupar mesmo com aquela informação de anotar ali na hora, mas às vezes está tão corrido que acaba passando e aí o técnico esquece e a gente acaba tendo que ligar para saber. (Gerente 6)*

Na fala da gerente 4, a seguir, observa-se que apesar do trabalho em equipe ser uma das premissas dos serviços, muitos profissionais ainda não coletivizam o cuidado, discordam da conduta do outro, dificultando a construção de uma sintonia e de relações de parceria na equipe.

*Eu acho que é a equipe entender a importância de se encontrar. Eu acho que as pessoas por mais que tenham uma vivência em CAPS, em equipe multi, elas ainda fazem muito sozinhas, sabe? Ainda falta essa sintonia, assim, de olhar o outro e saber que outro está precisando de*

*ajuda, de confiar também na conduta do outro, eu vejo muito assim. Hoje eu entendi que a fulana precisa ficar de acolhida, e, eu deixo, aí no outro dia, eu vejo as pessoas falando: “Mas porque você deixou? Eu era a referência. Eu acho que não precisava”. Eu acho assim, que questionam muito a conduta do colega e não respeitam o momento que o colega presenciou. Se ele acha que precisa é porque naquele momento, ele achou que precisava. Eu acho que isso falha um pouco. (Gerente 4)*

A gerente 2 reflete sobre como garantir a continuidade do cuidado com profissionais que trabalham em turnos diferentes, apresentam divergências, mas não se encontram.

*Como que a gente qualifica o cuidado na lógica da continuidade dele? Como é compor uma equipe no diurno, como é compor uma equipe no noturno, no final de semana. Isso vai aparecer também, mas trazendo a centralidade do cuidado do usuário. Então, como a gente compartilha um elemento com alguém que está do dia, mas aí, o do noturno está questionando. Só que é isso, nessa cisão de processo tem sido muito difícil fazer essa conversa maluca. O dia acha isso, a noite acha aquilo. Não! Vamos fazer uma reunião e aí, vai precisar aparecer porque a gente tem limites, nesta forma de composição das equipes tem limites, e, a gente vai precisar entender o que é o limite e quais são as possibilidades e o que a gente pode inventar a partir disso. (Gerente 2)*

O gerente 3 pondera que o trabalho em equipe gera conflitos e divergências e que os mesmos são decorrentes das trocas entre diferentes perspectivas e saberes.

*Eu acho assim, qualquer agrupamento humano, qualquer atividade que envolve grupo sempre é desafiadora. Eu acho que a única forma de não existir conflitos e divergências é quando alguém fica calado e não se manifesta. (Gerente 3)*

O trabalho em equipe é repleto de complexidades, é composto por diferentes sujeitos, com diferentes histórias e diferentes categoriais profissionais. Há um desafio presente na composição desse trabalho, que é como conciliar as singularidades dos trabalhadores e suas visões de mundo com o alinhamento psicossocial da equipe e a construção coletiva do trabalho.

Ainda mais quando se pensa no trabalho em equipe em um CAPSij III que se soma a outras tantas complexidades. É um serviço de SMIJ, com funcionamento 24 horas,

frequentemente localizados em territórios vulneráveis, que é referência tanto para os usuários do seu território quanto para serviços de outras regiões, que conta com uma equipe reduzida em número e diversidade de profissionais à noite e aos fins de semana, um serviço focado na atenção à crise de crianças e adolescentes, o que exige uma intensa articulação com os outros CAPSij II e com a rede intra e intersetorial de seu território e dos demais territórios dos usuários.

Soma-se a isso o evidente fato de que o funcionamento dos plantões noturnos e aos fins de semana apenas com a equipe enfermagem dificulta a construção de um cuidado psicossocial, gerando ruídos de comunicação, divergências e sobrecargas nas relações de trabalho. A presença de equipe nesses períodos auxiliaria no compartilhamento e no alinhamento da equipe aos pressupostos psicossociais, favorecendo o trabalho em equipe.

Vale ressaltar que toda essa complexidade apresenta uma grande potência para engendrar a transformação social dos territórios, porém também gera sobrecarga nas relações de trabalho e nas relações pessoais dos trabalhadores, gerando muitas dificuldades e conflitos.

Moura et al. (2021) apontam a necessidade de investimento em espaços democráticos e coletivos nos serviços, a fim de que as contradições, conflitos e dificuldades possam surgir, possibilitando espaços de conversação, problematização e negociação, que horizontalizem as relações, coletivizem as decisões e valorizem a pluralidade de saberes e práticas produzidas pelo trabalho em equipe.

Campos (2000 apud GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010), baseado na construção de uma democracia institucional, apresenta as estratégias de cogestão como possibilidades de coprodução de sujeitos e de coletivos organizados para a produção do trabalho, capaz de produzir liberdade e autonomia ao invés de controle e dominação, por meio da instituição de compromissos coletivos, que afirmem a dimensão coletiva da tarefa da gestão. São exemplos de espaços institucionais que podem operar com a cogestão as reuniões de equipe, os colegiados de gestão, as supervisões clínico-institucionais, os espaços de educação permanente, os fóruns, as assembleias, os conselhos gestores, entre outros espaços que podem ser criados pelos coletivos de trabalho.

Para que toda essa potência coletiva se operacionalize, é preciso que condições mínimas sejam garantidas nos serviços, como número e diversidade de profissionais adequados, redução da sobrecarga de trabalho, garantia nas agendas de espaços de construção coletiva, ampliação das estratégias de investimento no desenvolvimento das equipes, maior disponibilidade de recursos, ampliação e fortalecimento da rede.

### 2.3. Relação equipe técnica e equipe de enfermagem

Uma das perguntas feitas aos gerentes se referia à relação da equipe técnica e a equipe de enfermagem do serviço. Alguns gerentes apontam que não há essa separação na equipe e que o serviço funciona com uma equipe única.

*Aqui é muito tranquilo mesmo. A equipe é muito unida, tem um ótimo relacionamento, não temos problemas, não temos queixas em relação a enfermagem e não é porque eu sou enfermeira, mas assim porque é uma construção mesmo. Não fica nada só para a enfermagem, por exemplo, as contenções que são situações que deixam a equipe muito tensa e aí, acaba ficando mais para a enfermagem essa responsabilidade e aqui não. Aqui normalmente a gente discute tudo junto, sempre fazemos essas passagens juntos, não fica só para a enfermagem a responsabilidade de passar o plantão, fica para quem está com a responsabilidade na escala, independente da enfermagem. É uma relação muito boa, positiva. (Gerente 6)*

*Aqui no CAPS, tem sempre equipes bem misturadas, então, todo o acolhimento inicial, todo o atendimento a gente sempre faz em dupla, no mínimo dupla. Essa dupla mescla pessoas de várias categorias e querendo ou não, o usuário se vincula mais com alguém que tem nível médio de formação, essa pessoa consegue manejá-lo, consegue acessá-lo melhor para conseguir sugerir possibilidades de cuidado. O que a gente faz? A gente sempre tenta discutir em equipe mesmo todos os casos para a equipe pensar em possibilidades juntos e aquela pessoa que tem maior aproximação e vinculação vai bancando aquilo que a equipe sugere de cuidados, então, dificilmente as pessoas aqui tomam qualquer conduta sozinha, tanto que a gente sempre orienta para os usuários quando eles solicitam alguma coisa que foge um pouco da rotina de aguardar a discussão em equipe. Porque aí a gente sempre pensa junto se dá ou não para a equipe bancar. Porque tudo que acontece seja coisas positivas ou algo que foge um pouco do esperado a equipe sempre banca junto. (Gerente 1)*

Já outros gerentes apontam que há uma cisão entre a equipe técnica e a equipe de enfermagem.

*Tem uma cisão. E, eu acho que tem diversos elementos para isso, eu acho que a própria formação do próprio CAPS tem uma história que traz elementos para isso. Por exemplo, a*



*equipe de enfermagem do dia somente uma pessoa tinha experiência na saúde mental todas as outras pessoas não.*

*Eu percebo muito esse incômodo e de ambas as partes, isso é muito maluco porque eu acho que a equipe tem dificuldades de se perceber nisso, assim “Eu acho que a equipe da noite é muito reativa”. E aí, falando um monte de coisas da equipe da noite, “Eu acho que você está muito reativo também!”. Eu fui trazendo nessa última reunião falando assim “Gente! A gente vai ter que sentar junto!”. (...) De um jeito que entre no trabalho, não entre na desqualificação do outro, ao mesmo tempo que a gente precisa fazer um processo formativo com parte da equipe de enfermagem e equipe técnica, que também não é horizontal. A equipe técnica também vem de diversas experiências, outras experiências de trabalho e que precisa chegar ali. (Gerente 2)*

O estudo de Mororó, Colvero e Machado (2011) também revelou uma cisão entre a equipe noturna e equipe diurna de um CAPS III, refletindo que a falta de espaços sistemáticos de conversa para elaboração e discussão dos projetos terapêuticos dificultava essa integração.

Já o estudo de Costa (2020) afirma que a formação biomédica presente nos profissionais de enfermagem muitas vezes leva a tensões e conflitos com o restante da equipe, devido à concepção de cuidado e aos critérios de internação, contenção e medicação utilizados nas situações de crise por essa categoria profissional.

David e colaboradoras (2018) apontam que o trabalho da enfermagem na saúde pública foi inicialmente desenvolvido assim como na prática hospitalar, ou seja, subordinado à prática médica.

Os estudos mostram que nas práticas dos enfermeiros há uma tendência de focalizarem a doença, os procedimentos e as ações curativas, prevalecendo, assim, o modelo biomédico (DAVID, et al., 2018).

Apesar de as autoras se debruçarem sobre o contexto da Atenção Básicas, suas reflexões também são coerentes para a atenção psicossocial. “As práticas envolvem razão e ação e se dão em contexto. Portanto as práticas podem se construir reconstruir e se modificar conforme as condições sociais culturais e políticas em que se inserem” (DAVID, et al., 2018, p. 44). Deste modo, espaços de reflexão com os enfermeiros que atuam nos serviços de saúde, por meio da construção de práticas de cuidado que possam levar a uma transformação profissional e que contribuam para sua inserção na equipe interdisciplinar, são muito bem-vindas nesse processo.

Souza e colaboradoras (2006) apontam que os Projetos Políticos Pedagógicos, baseados em novas diretrizes curriculares, têm levado a mudanças no processo de formação do enfermeiro, reduzindo sua ênfase no modelo biomédico, que focaliza o estudo das doenças e a reprodução de técnicas e tarefas, passando a se centrar em um modelo humanizado e contextualizado, que favorece a formação de profissionais críticos, criativos e éticos.

Apesar das diretrizes apontarem essa transformação, muitas formações ainda continuam centradas no modelo biomédico e na aprendizagem dos aspectos técnicos. Assim, ao se formarem, “os profissionais tendem a ter uma maior preocupação em atender às necessidades biológicas do indivíduo, colocando em segundo plano o envolvimento com outros aspectos do ser humano” (SOUZA, et al., 2006, p. 806).

Todo este cenário atravessa a constituição das equipes de CAPSij III, que é composta em sua maioria por profissionais da enfermagem, revelando conflitos, divergências e cisões que são decorrentes das disputas de modelos – biomédico e psicossocial.

Ainda em relação aos atravessamentos do poder biomédico, o gerente 3 reflete sobre a influências do Conselho de Classe de Enfermagem nos processos de trabalho do CAPSij III.

*Eu acho que o maior desafio, e é daí que surge essa questão que aparece em muitas unidades essa coisa da diferença das equipes, é porque a enfermagem ela se preocupa com uma série de processos técnicos que envolvem os Conselhos, envolve segurança e eles tem que responder a muitos outros processos que são mais frios. Enquanto a agenda do resto da equipe induz a um processo mais quente. Então, a gente pensa na coisa do que é um processo frio e do que é um processo quente nos cuidados. E, eu acho que é daí que surgem as maiores divergências. Eu não vejo muito como sanar, então assim, por exemplo, geralmente a parte da equipe que não é da enfermagem acaba ficando com a responsabilidades de tocar mais alguns grupos, estar mais próximos das escolas e você vê, por exemplo, esse cuidado dos leitos é muito delicado, ele requer uma série de cuidados é de uma responsabilidade muito grande dos enfermeiros, então, eu acho que tem isso.*

*E na questão institucional, eu acho que tem algo que é da própria construção dos CAPS, quando os documentos norteadores dos CAPS colocam que para o CAPS poder existir, ele coloca como, tem essa figura do gerente, você tem que ter um psiquiatra, um enfermeiro e outros técnicos. Então, o próprio modelo do CAPS, ele coloca a enfermagem num papel diferencial, e eu também acho que isso é uma coisa interessante de a gente pensar nisso no futuro. Por quê? Porque existem procedimentos que por mais que a gente queira que seja,*

*porque eu acho que é uma discussão que algum momento tem que ser tocada, a gente quer criar esse espaço psicossocial, mas tem uma série de divergências assim que ainda não foram bem esclarecidas. (Gerente 3)*

A fala do gerente 3 revela que as cobranças realizadas pelo Conselho de Enfermagem acabam exigindo algumas responsabilidades dessa categoria profissional e que levam a uma separação da equipe. O gerente aponta que os “processos frios” acabam sendo de responsabilidade da enfermagem e os “processos quentes<sup>62</sup>” da equipe técnica, o que reforça uma cisão na equipe do CAPSij III e não uma integração, como é preconizado no trabalho psicossocial realizado por esses serviços.

Não obstante, compreende-se que esta leitura é relativa à realidade específica deste serviço, já que outras gerentes apontaram não haver essa cisão relatada nos equipamentos em que atuam, evidenciando que a prática e o investimento coletivo são capazes de transformar esse cenário.

A seguir, o gerente 3 também problematiza que há uma falta de compreensão dos Conselhos (Enfermagem e Medicina) de como é realizado o trabalho nos CAPS, criando uma imposição de regras para o trabalho nesses serviços que os distanciam da lógica psicossocial.

*Por exemplo, alguns médicos se queixam dessa questão do CRM, porque se um local tem pessoas é internação. E a gente tem a nossa visão que não é uma internação, é um acolhimento.*

*Os médicos em geral, não os da saúde mental, geralmente eles têm uma visão diferente, mas tem uma questão que é com os próprios Conselhos que diz que se em um local a pessoa fica esse local é caracterizado como internação. A noção de acolhimento legalmente falando ela não é muito bem definida. Eu acho que tem essas questões que são legais que ajudam a criar uma dessas diferenças. E como o enfermeiro ele é responsabilizado nesse caso, ele é obrigado a ficar mais atento nessa questão fria, e aí, é uma coisa que ninguém tem culpa, eu acho que é uma questão assim: nós temos uma visão psicossocial, mas eu acho que existe uma carência nesse campo de compreensão das Leis e dos Conselhos do que é esse papel psicossocial. Ele sempre fica nessa linha tênue de divergência com o que é do instrumento mais clássico do que é o modelo mais clássico de atendimento. Esse modelo mais clássico impõe Leis, ele impõe regras, então o enfermeiro ele tem que estar muito preocupado com tudo isso.*

---

<sup>62</sup> Nesta fala, o gerente está fazendo uma referência às tecnologias leves e duras.

*Eu acho que isso é um dos motivos que cria um pouco essa distância. Ele tem que se ocupar com esse papel porque senão o CAPS também não pode acontecer. Então, eu acho que isso é um nó que ele vem da parte legal, digamos, e que vai respingando nas equipes depois. (Gerente 3)*

### **3. ACOLHIMENTO INTEGRAL EM CAPSij III**

Esta seção apresentará como se dá o acolhimento integral nos CAPSij III, desde a chegada do usuário, a construção do PTS, a articulação com a rede e a decisão do término do período de acolhimento integral.

#### **3.1. Principais razões de solicitação do acolhimento integral**

Em relação às principais razões pelas quais é solicitado o acolhimento integral, as respostas dos gerentes foram categorizadas para fins didáticos em *situações de crise* e *questões sociais*. Porém, essa separação não é estanque, já que, principalmente na infância e adolescência, essas demandas estão imbricadas e não ocorrem de forma isoladas, conforme será visto nas próprias falas dos participantes.

##### **Situações de crise**

Esta categoria se refere a situações de crises decorrente de sofrimento intenso, desorganização psíquica, uso de substâncias psicoativas, auto e heteroagressividade, tentativa ou ideação suicida e situações de risco. Revelando situações que se referem a uma agudização sintomatológica, a vivência de um sofrimento intenso decorrente de alguma situação de vida e situações que envolvem risco à vida.

*Crise aguda de saúde mental, pensando que a gente já acompanha usuários que são graves no ponto de vista da saúde mental, mas que em algum momento da vida ele tem aí um episódio de desorganização psíquica ou uma fase mais difícil de sofrimento e que precise de um contorno 24 horas, que precise de um cuidado mais intensivo (...) de uma equipe multi. (Gerente 1)*

*Os pedidos chegam muito por essa questão da desorganização de vida dos meninos, de uma ordem mais psicótica, uma questão que teria um lastro nesse sentido, mas também por*

*uma questão de uso de substâncias. Então, às vezes isso vem junto, misturado, às vezes não, mas eu tenho uma percepção que esses são os meninos que acabam acessando mais isso de uma maneira mais regionalizada. Tem uma outra demanda, e isso recentemente, inclusive, foi também uma questão para a gente que a gente ficou atento, que é a automutilação e tentativa de suicídio de meninas, geralmente são jovens que estão na acolhida, raramente tem algum usuário que seja menor de 10 anos, 11 anos, 12 anos, isso é muito pontual, acontece, mas é muito pontual. Em alguma medida tem um pedido também de casos de primeiro momento de crise mais intensivo, que acessou uma rede de urgência hospitalar, UPA e que aí, em seguida vem para a gente.*

*Eu acho que o perfil é de meninos e meninas com automutilação, ideação, uso de substâncias e desorganização em decorrência disso ou não. (Gerente 2)*

*Pensando assim nos tipos de crise mais comuns, a gente tem as tentativas de suicídio, as situações de uso e abuso de substâncias e, também muitas vezes, a questão da proteção por conta da pessoa estar em risco no território dela, então, esse é um outro evento que traz muito e os pacientes por algum motivo independentemente dos diagnósticos estão muito autoagressivos ou estão se colocando em risco. Eu acho que isso são os principais motivo. Psicose é um pouco mais raro, tem uns pacientes, mas a maioria está muito nesse campo da tentativa de suicídio, do risco no território e da questão da autoagressividade e heteroagressividade, esses são os casos mais comuns. (Gerente 3)*

Nesta categoria, observa-se que há uma visão ampliada de crise, na qual são consideradas a expressão de alguns sintomas, mas também são incluídas difíceis situações de vida que podem levar ao sofrimento. Aqui, há a presença de uma compreensão que não nega os sintomas, mas que os compreende como parte de um contexto maior de vida.

Assim, apesar de incluírem os sintomas, as falas não descrevem uma “crise psiquiátrica” estrita, deslocada da vida e história do sujeito, mas sim reconhecem que há um entrelaçamento dos sintomas com as situações de vida, os contextos e as relações, possibilitando que o sujeito não seja objetificado ou reduzido a um diagnóstico.

## **Questões sociais**

Os gerentes afirmam que muitas das demandas que chegam para acolhimento integral estão relacionadas a vivências de violência no território, questões no contexto familiar, vulnerabilidade social e ausência de equipamentos sociais disponíveis na rede.

*Questões sociais, porque como a gente recebe também de outros CAPS, a gente percebe que às vezes alguns serviços quando tem um usuário que está ameaçado em território ou quando tem uma questão mais social mesmo, às vezes, ao invés de buscar outros recursos da assistência, buscar outras possibilidades, pensam no acolhimento integral, nesses casos a gente acaba discutindo e pensa junto em outras possibilidades. (Gerente 1)*

*Então, eu percebo que tem uma questão assim relacionada a crise, mas a crise da desorganização psíquica ela não é na maior parte das vezes o nosso acolhimento. Geralmente eles vêm muito associados a questão da vulnerabilidade social e do contexto familiar. E às vezes, em relação ao uso de álcool e drogas também, eu acho que mais do que a desorganização psíquica por conta de um transtorno ou algo assim. (Gerente 4)*

*Internamente nos casos em que nós já acompanhamos o acolhimento é indicado por algum contexto familiar mais difícil em relação a convivência mesmo, na dinâmica familiar. Em alguns casos o humor deprimido, tentativa de suicídio, automutilação nesse sentido de que a família não consegue dar esse suporte 24h para esse usuário e acaba vindo para a acolhida para ter esse olhar mais presente 24h. Normalmente são essas questões internas, externas são diversas, como as questões de abrigamento, está aguardando vaga no Conselho Tutelar, e aí, solicita porque não tem onde essa criança ficar até chegar a vaga, tem as questões de vulnerabilidade social do território, às vezes ameaças... (Gerente 6)*

Uma outra demanda apontada pela gerente 1 é a de meninos que se encontram em situação de rua e em uso de substâncias e apresentam questões sociais e clínicas, evidenciando a intensa complexidade dessa demanda e a necessidade de um cuidado integral, integrado e que garanta uma efetiva atenção em rede, a fim de reduzir as iniquidades vivenciadas por essa população.

*A gente tem muitos meninos que ficam em situação de rua usando substâncias. Então, às vezes, a rotina deles já é usar substâncias, já estão num risco alto, já estão vulneráveis e*

*quando eles têm uma questão um pouco mais clínica, um pouco mais debilitados no território que precise de um cuidado mais próximo, uma investigação mais clínica mesmo a gente acaba também trazendo para o acolhimento integral. Isso a gente acaba fazendo aqui no nosso serviço com os nossos usuários ao invés de buscar um recurso em hospital que a gente sabe que o cuidado no hospital é bem diferente do acolhimento, do cuidado dentro de um serviço de saúde mental. Então, a gente acaba fazendo esse trabalho que não é muito específico da saúde mental, essa questão clínica. A gente costuma colocar também em acolhimento para fazer uma antibioticoterapia quando precisa, levar para fazer exames de imagem, coletar sangue aqui na unidade para enviar para as UBS fazer a análise... a gente cuida aqui, pois é algo que não exige uma complexidade hospitalar. (...) são coisas que dariam para fazer em um AMA ou num hospital só que sabendo o jeito que muitas vezes esses usuários são recebidos nesses equipamentos a gente acaba fazendo isso aqui. Emprestando a equipe um pouco para levar esses usuários nos lugares e cuidando aqui dentro. (Gerente 1)*

Essas falas trazem a dimensão psicossocial das crises. Pereira, Sá e Miranda (2017) consideram que a crise psicossocial é caracterizada pela indissociabilidade entre suas dimensões individuais e coletivas.

Moura e colaboradores (2021) complementam essa compreensão ao apontar que uma situação de crise vivenciada por uma criança e adolescente traz não somente o sofrimento singular desses sujeitos, mas também toda a capacidade ou incapacidade de suporte de sua rede, seus contextos e relações.

As situações de crise na infância e adolescência apresentam uma complexidade, pois envolvem uma intrincada teia de fatores desenvolvimentais, subjetivos, familiares, sociais e culturais (MOURA; MATSUKURA, 2022,). Deste modo, não há como cuidar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico sem a inclusão de sua rede de relações e seus cenários de vida, o que possibilita a construção de um olhar ampliado tanto para a compreensão da produção do sofrimento quanto para a construção de estratégias de sustentação.

Moura e colaboradores (PRELO) apontam que “a crise psicossocial está relacionada aos contextos microssociais, família, escola e outras instituições e aos contextos macrossociais, que abarcam questões sociais, culturais, políticas e econômicas” (p. 9).

Para as autoras, os contextos microssociais – família e escola – estão intrinsecamente entrelaçados com o curso do desenvolvimento de crianças e adolescentes. Assim, dificuldades vivenciadas nesses contextos - como conflitos familiares, prejuízos na aprendizagem e na

socialização escolar - apresentam uma estreita relação com as vivências de sofrimento e crises na infância e adolescência (MOURA et al., PRELO).

Em relação aos contextos macrosociais, a vivência de desigualdades estruturais em nosso país, como as desigualdades sociais, raciais e de gênero, expressadas pela falta de acesso aos direitos sociais, violência e vulnerabilidade social, revela um importante campo técnico, ético e político que amplia a compreensão da produção do sofrimento psíquico, rompendo, assim, com uma lógica medicalizante e individualizante (MOURA et al., PRELO).

A determinação social da saúde e a interseccionalidade contribuem com essa discussão.

A determinação social da saúde é um referencial teórico que estabelece uma relação entre o processo saúde-doença individual e coletivo, compreendendo seu caráter histórico-social. Fundamentada no marxismo, reconhece que as relações sociais são permeadas pelas contradições presentes nos diferentes projetos de classe em disputa e se expressam em formas desiguais de viver, de adoecer e de morrer (VIANA; SOARES; CAMPOS, 2013 apud ROCHA; DAVID, 2015).

Compreende que os fatores econômicos e sociais, fatores ambientais de convivência e trabalho e fatores culturais e seus valores podem ampliar ou restringir as possibilidades de saúde de uma população, o reconhecimento de sua cidadania, sua concepção de saúde, e a forma com que lida com as diferenças de gênero, classe e etnia (CAMPOS, 2009 apud ROCHA; DAVID, 2015).

Na interseccionalidade, apresentada por Crenshaw (2002), as consequências estruturais e dinâmicas são fruto da interação de dois ou mais eixos de subordinação e poder, como o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios que criam desigualdades básicas que geram posições relativas de gêneros, raças, etnias, classes e outras.

Baseados nesse conceito, Moura e colaboradores (PRELO) destacam que crianças e adolescentes em sofrimento psíquico podem se encontrar em diferentes intersecções desses eixos de poder, complexificando ainda mais a experiência do sofrimento. Como exemplos de eixos de poder que atravessam as infâncias e juventudes temos o adultocentrismo, a medicalização, o racismo, o patriarcalismo, a heteronormatividade e opressão de classe.

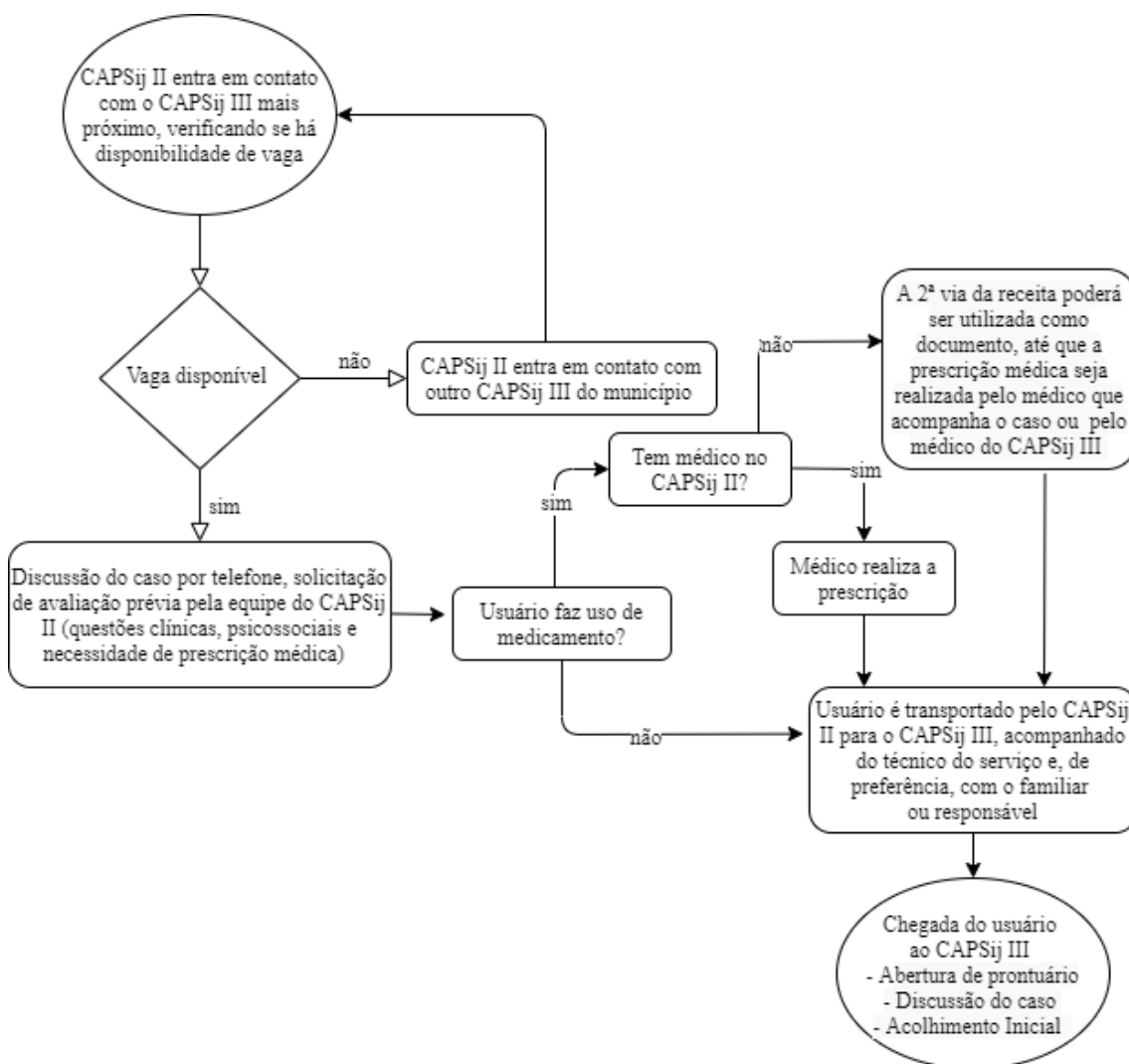
Deste modo, é urgente reconhecer que as infâncias e adolescências são singulares e plurais, compreendendo de forma ampliada e crítica como o sofrimento afeta cada grupo em suas diferentes realidades sociais, culturais, políticas e econômicas, além de promover a desinvisibilização das diferenças e das iniquidades sofridas por essas populações (MOURA et al., PRELO).



Esta discussão sobre a complexidade e as dimensões presentes na compreensão da crise psicossocial visa afirmar que na infância e adolescência não há como separar as categorias *situações de crise* e *questões sociais*, pois ao compreendermos o fenômeno da crise pela perspectiva psicossocial, ambas as dimensões se encontram entrelaçadas, expressando as potências e os desafios no cuidado à crise nessas fases da vida.

### 3.2. Fluxograma de encaminhamento ao CAPSij III

Abaixo, será apresentado o fluxograma de encaminhamento aos CAPSij III baseado na vivência prática dos serviços. Vale ressaltar que o fluxo relatado pelos gerentes se encontra de acordo com a Portaria Municipal de CAPSij III (SÃO PAULO, 2019a) e o *Fluxo de atenção à crise de crianças e adolescentes* (SÃO PAULO, 2019b), apresentados no estudo 1.



Em linhas gerais, o fluxo de acesso ao CAPSij III se dará por solicitação do CAPSij II. Havendo vaga, o caso é discutido entre os serviços; caso não haja vaga, o CAPSij II deverá entrar em contato com outro CAPSij III mais próximo. Para usuários que fazem uso de medicamentos, é solicitada ao CAPSij II prescrição médica, ou pelo menos a segunda via da receita, que servirá como respaldo para que a equipe de enfermagem do CAPSij III administre os medicamentos até que seja possível a realização de uma prescrição médica. É de responsabilidade do CAPSij II o transporte do usuário, que deverá ser feito com a presença ou autorização do familiar ou responsável. Ao chegar no CAPSij III, é realizada a abertura de prontuário, a discussão do caso e o acolhimento inicial do usuário.

### **3.2.1. Chegada do usuário**

Os usuários que chegam para acolhimento integral podem ser provenientes do próprio serviço ou de outro CAPSij II. Para os usuários que são do próprio serviço, o acesso ao acolhimento integral é feito via reunião de equipe, na qual o caso é discutido e decidido coletivamente o uso deste recurso. Para usuários de outros CAPSij II, o serviço solicitante entra em contato com o CAPSij III a fim de discutir o caso, articular a vaga e garantir como se dará a continuidade do cuidado.

*Tem basicamente duas maneiras principais de chegar: quando o paciente é de outra região, o CAPS daquela região entendendo que o CAPS II, não é suficiente, vem e traz o caso para discussão. Eu acho que todos os casos que são trazidos para discussão estão precisando do CAPS III, no sentido em que não podem ter descontinuidade do cuidado. Então, esses pacientes vêm para o CAPS III ou se eles são do nosso território, na própria discussão técnica da equipe a gente propõe essa possibilidade do acolhimento, seja diurno, seja integral/noturno. Quando é de outro território, a equipe do outro território sempre vem compor conosco essas estratégias de cuidado pensando na maior brevidade possível de alta do acolhimento. (Gerente 3)*

### **3.2.2. Necessidade de prescrição médica para acessar o Acolhimento Integral**

Alguns gerentes afirmam que é necessária a prescrição médica para acessar o acolhimento integral, pois os Conselhos de Classe da Medicina e da Enfermagem exigem que em locais que possuem leitos, mas não possuem médico 24 horas, haja uma prescrição médica

e de enfermagem que respalde a atuação dos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem no período noturno e aos fins de semana.

*Como a gente está falando de 5 leitos, a gente fala acolhimento integral, mas a Secretaria de Saúde vê como leitos e o COREN principalmente, quando tem uma equipe de enfermagem 24 horas cuidando de um usuário essa equipe precisa estar respaldada com uma prescrição médica e também com uma prescrição da enfermagem. Então, não tem como ter um menino aqui, um usuário que durma no serviço sem ter esse respaldo de prescrição, algo que norteie esse cuidado. (Gerente 1)*

*Essa questão da receita médica é importante até por causa do CREMESP. Por ser um serviço que funciona 24h, nos períodos noturnos, fins de semana e feriados, a equipe de enfermagem fica sem a presença de médico, pelo CREMESP tem que ter uma receita médica que dê inclusive legalidade para a administração da medicação e para caso ocorra alguma situação de crise a equipe possa fazer o manejo medicamentoso se necessário. Eu estava até conversando sobre isso esses dias porque é uma questão para mim também, quando cheguei eu falei: “Por que é importante?”. E a gente foi entendendo que é dentro dessa legalidade do CREMESP e do COREN, senão eles não conseguem trabalhar.*

*E a gente pede para o médico da unidade de referência, que é o médico que faz o acompanhamento do caso, que faça essa prescrição, até porque, a gente vai entendendo que o CAPS II fez uma avaliação da necessidade do leito, então, eles têm muito mais condições de fazer essa avaliação e essa prescrição para vir. (...) Quando não tem médicos, em muitos casos se eu tenho médico aqui, a gente consegue avaliar para não ser um impedimento para o usuário que está precisando vir para o integral. (Gerente 5)*

A gerente 4 aponta que a prescrição médica é necessária, mas em caso de ausência, a segunda via da receita poderá servir de respaldo para a enfermagem, até que seja possível a realização da prescrição.

*Precisa sempre, mas assim, às vezes, também tem esse combinado com a equipe, para o COREN para ele fazer a medicação assistida o enfermeiro precisa ter a prescrição. Agora a receita ela já é um respaldo para o enfermeiro. Então, uma vez que a família trouxe a segunda*

*via da receita e a medicação, eles podem fazer até o próximo dia que tenha médico. (Gerente 4)*

A gerente 2 aponta que não ter a prescrição médica não é um impeditivo de acesso ao acolhimento integral e que a equipe do CAPSij III se coloca à disposição para pensar estratégias para os casos que precisarão fazer uso de medicamentos durante a estadia no serviço.

Traz ainda uma reflexão sobre a centralidade do saber médico no cuidado e que a negação das questões que envolvem o uso de medicamentos não impedirá que essa centralidade ocorra. Por isso, defende que as questões sobre o uso de medicamentos sejam incluídas e compartilhadas com toda equipe na produção do cuidado.

*Isso sempre foi muito um nó para a gente... O não cuidar disso não significa que isso não seja importante e, eu fui entendendo isso, sabe? “Não veio com a receita atualizada, mas precisa retirar medicação”, de vários jeitos apareciam questões e a gente tem uma disponibilidade, consegue pensar em alternativas, mais formalizadas ou nem tanto formalizadas e vai pensando a partir do caso. Mas eu comecei a perceber que não é não valorizar isso no sentido de cuidar e olhar do que está acontecendo que vai fazer a gente achar que não está numa centralidade porque está sim, também. A gente não saber o medicamento que usa faz com que a gente não centralize o saber médico? Não! Essa é uma clínica tão compartilhada como qualquer outra e a gente vai poder falar e tentar se apropriar disso.*

*Mas ainda tem na discussão da rede muita centralidade médica inclusive, para vir para a acolhida, mas de fato, se faz o uso da medicação a documentação precisa estar organizada. Não ter não impede, não impediu ninguém de acessar. Agora a questão é, se a gente já traz isso na primeira discussão é muito mais fácil de cuidar do que a gente descobrir na hora que o menino chegou aqui, que não tem nada e a gente perde com isso...*

*Vamos perguntar antes que chegue aqui, porque não é perguntar antes que é impeditivo do acesso. A gente se coloca à disposição e a gente não vai deixar ninguém sem acesso. (Gerente 2)*

Verifica-se nas falas que o paradigma psicossocial é preponderante na maior parte dos serviços. Porém, alguns serviços ainda colocam a exigência da prescrição como um critério rígido, protocolar, evidenciando um resquício do modelo biomédico, hospitalar.

É possível verificar em algumas falas a colisão das lógicas psicossocial e biomédica. Apesar das gerentes compreenderem que se trata de um acolhimento integral, concernente à lógica psicossocial, para os Conselhos de Classe este recurso não é reconhecido e legitimado em sua complexidade, sendo compreendido como uma internação e, por isso, exigidos todos os requisitos legais para que o cuidado seja ofertado numa centralidade médica e numa lógica hospitalar.

Apesar dessa exigência legal imposta pelos Conselhos aos serviços, observa-se que os CAPSij III têm encontrado estratégias que não impeçam a chegada do usuário que necessita do acolhimento integral.

No estudo de Josefczyk (2021), que objetivou caracterizar e analisar as relações de cuidado de dia e noite num CAPSij III, evidenciou-se que nem todos os usuários inseridos na acolhida noturna fizeram uso de medicamento.

Assim, é essencial que os serviços trabalhem com fluxos flexíveis que não produzam barreiras de acesso ao acolhimento integral e que sejam capazes de abarcar as singulares demandas de cuidado que se apresentam aos CAPSij III.

### **3.2.3. Acolhimento Inicial**

Os trechos a seguir apresentarão como as equipes de CAPSij III realizam o Acolhimento Inicial e quais atores participam desse processo.

*É o plantão quem faz o acolhimento integral. Então o profissional do plantão fica responsável por articular a avaliação médica para a acolhida noturna sempre que possível e necessário. Articular com a família, abrigo ou acompanhante a periodicidade das visitas, dos períodos que as pessoas poderão visitar. Esclarecer as regras gerais, inclusive do funcionamento dos plantões sobre a possibilidade de intervenções clínicas necessárias às situações de crise, seja medicamentosa ou uma contenção física ou coisa desse tipo. Outras intervenções que a gente também pode vir a ter no serviço que são os combinados como uso do celular, cigarro, solicitar a família, abrigo ou acompanhante que traga os pertences pessoais, preencher junto com o acompanhante o termo de acolhida noturna que fala um pouco dessas coisas que a gente faz. Comunicar ao profissional de enfermagem do dia, sobre a acolhida esclarecendo brevemente sobre o quadro e sobre o combinado com as medicações assistidas. Comunicar a toda equipe sobre a acolhida noturna e discutir o caso na próxima reunião geral e de mini equipe. O profissional que acolher vai ser referência técnica desse caso*

*durante a permanência aqui no serviço, então, vai ter uma referência compartilhada com o serviço de origem. (Gerente 4)*

*E em alguma medida quando é possível também a gente tenta priorizar para que seja feito pela mini equipe de referência que também é dividida por CAPS para aproximar às equipes, para tentar ampliar essa vinculação, inclusive com os próprios usuários. Cada mini equipe é referência de dois CAPS. Então isso aproxima os técnicos... (Gerente 2)*

*Hoje é mais a enfermagem. A nossa equipe de enfermagem, a gente tem sempre o coordenador de enfermagem, os enfermeiros do plantão e geralmente eles, se possível com mais alguém, algum outro técnico da equipe, mas a enfermagem em quase 100% dos casos é ela quem recebe. Ela que faz toda a ponte, que tem essa informação mais pronta sobre os leitos. Hoje, a equipe de enfermagem é que está na linha de frente. (Gerente 3)*

Em relação ao Acolhimento Inicial, cada serviço realiza a sua própria organização. Há serviços que utilizam o próprio plantão de acolhimento, outro divide a equipe em mini equipes de referência para os CAPSij da região e outro ainda designa essa função aos enfermeiros do plantão.

Observa-se que a lógica do acolhimento inicial para casos de acolhida integral é a mesma utilizada para os usuários que buscam o CAPSij pela primeira vez. É um procedimento que pode ser realizado por qualquer profissional da equipe técnica, uma vez que o acolhimento é responsabilidade de todos os profissionais que compõem a equipe e não um ato privativo de alguma categoria profissional.

Vale ressaltar que um dos serviços relatou designar essa tarefa aos enfermeiros, o que parece apontar a presença de uma lógica mais hospitalar, na qual o enfermeiro é o líder da equipe e o responsável pelas decisões. Este é o mesmo serviço que, na subseção 2.3, apontou haver uma cisão entre a equipe de enfermagem e a equipe técnica. Mais uma vez se observa a presença e a força do modelo biomédico, mesmo em um serviço de atenção psicossocial.

Abaixo, os gerentes relatam que o acolhimento inicial é realizado com o usuário, técnicos de referência e família, quando possível.

*Os técnicos de referência do paciente, o paciente e a família. Para a gente poder fazer todos os acordos que vão cercar se os familiares virão ou não virão, se é interessante ficar um*

*acompanhante e, também, poder esclarecer para a família, por que é muito difícil para a família ir para um equipamento novo, um novo território que não é o que ela está habituada, com um monte de técnicos novos, refazendo algumas perguntas, então a gente tenta tornar o máximo possível confortável tudo isso. Por isso é tão importante estar todo mundo junto, porque quando esse usuário chega com alguém da equipe que já o atende há bastante tempo, a sensação de familiaridade aumenta, facilita bastante esse processo que é sempre difícil, de ficar afastado. (Gerente 3)*

*A gente sempre pede que venha o usuário e se tiver algum acompanhante que venha, mas isso não é um critério, inclusive, tem meninos que estão em circulação de rua, estão num conflito intenso com a família, então, não é de fato um critério, mas o CAPS de referência, o técnico de referência precisa vir ou outro técnico que esteja apropriado do caso. (Gerente 2)*

*Os nossos usuários aqui, que estão em circulação de rua, todos são conhecidos pela Assistência e Conselho Tutelar, pelo menos a maioria. Então, nesses casos a gente aciona o Conselho Tutelar, não necessariamente para eles virem aqui na hora, mas a gente manda e-mail da situação, do caso para eles irem se apropriando. Difícilmente de outro território vem sem alguém que não se responsabilize. (Gerente1)*

É importante que os principais atores do cuidado estejam presentes no acolhimento inicial do usuário, o técnico de referência ou algum técnico com vínculo e apropriação do caso e o familiar ou responsável. Os gerentes citam que nem sempre é possível a presença do familiar, seja porque os usuários encontram-se em circulação de rua ou pela presença de intensos conflitos familiares. Nestes casos, como é necessário a autorização do familiar ou responsável para a realização do Acolhimento Integral, normalmente é acionado o Conselho Tutelar.

Observa-se na fala da gerente 3 que a presença do técnico de referência facilita o processo de vinculação com o CAPSij III. O uso de tecnologia leves (MERHY; FRANCO, 2003) como o vínculo, o afeto, a confiança e a negociação se apresentam como essenciais quando se fala em acolhimento à crise. Mesmo que o usuário não conheça o CAPSij III, reconhece-se, nas falas dos gerentes e no fluxo estabelecido, um cuidado dos serviços em garantir que o processo de acolhimento integral respeite e preserve ao máximo os vínculos e as

relações do usuário. Tal cuidado se revela como um importante diferencial desses serviços na construção de um cuidado psicossocial.

Os gerentes também foram questionados se há diferença no cuidado prestado à usuários do próprio CAPSij III e aos usuários provenientes de outros CAPSij.

*A única diferença é na vinculação. Por exemplo, os que vem de fora, a gente ainda faz um processo, começa um processo de aproximação, vinculação, mas a equipe sempre tenta e a gente acaba não tendo dificuldade nisso. E os que são nossos a gente já conhece, mas também nem todos conhecem, então também é bom, é uma possibilidade de a equipe conhecer melhor, da gente estar mais próximo de usuários que nem sempre estão muito perto. Assim conseguem circular mais em toda a equipe. (Gerente 1)*

A vinculação é uma das principais estratégias de cuidado na saúde mental e, apesar de ser possível construí-la com o usuário, como informado pela gerente 1, o ideal seria que ao precisar de um acolhimento 24 horas, o usuário pudesse ser cuidado pelos profissionais com que já possui vínculo.

Porém, considerando a atual impossibilidade de todos os CAPSij se tornarem III, reconhece-se que o acesso a um CAPSij III garante o cuidado dentro da lógica psicossocial e evita internações, apresentando-se como um potente equipamento na atenção à crise de crianças e adolescentes.

A fim de reduzir o distanciamento das atividades e relações que compõem o cotidiano dos usuários durante o período de acolhimento integral, é essencial que os serviços, CAPSij II e CAPSij III, compartilhem o cuidado, minimizando ao máximo os prejuízos da retirada do usuário de seu território.

#### **3.2.4. Decisão do Acolhimento Integral**

Os gerentes apontam que a indicação da acolhida integral é feita pelos CAPSij II, mas os CAPSij III também compõem essa avaliação. Quando identificam que não tem indicação para o serviço, a equipe acolhe o usuário e depois discute com o CAPSij solicitante outras possibilidades de cuidado.

*A decisão do acolhimento noturno é compartilhada. Geralmente o CAPS de referência conhece bastante o histórico do paciente e aponta os riscos e juntos pensamos o que*



*terapeuticamente é mais interessante. (...) Geralmente o que tem acontecido é que a gente no CAPS III, escuta bastante a experiência do colega que já conhece o caso há mais tempo e tem sido bastante acertado, eu não me lembro de nenhum descompasso, eu acho bastante afinada essa relação entre o CAPS III e o CAPS II. (Gerente 3)*

*Se porventura a gente percebe que não é bem um caso de acolhimento integral que daria para ser proposta outra possibilidade de cuidado a gente vai discutindo isso ao longo da estadia do usuário aqui. A gente pede para a equipe do outro serviço vir também na nossa reunião de equipe diária, para que esse serviço possa falar um pouco do caso e a equipe inteira conseguir contribuir com sugestões para o projeto terapêutico. Neste momento temos a possibilidade de dizer que na nossa visão não é caso para CAPSij III e pensar juntos caminhos, ou até, dependendo da situação, bancar esse cuidado aqui dentro. A equipe pode sugerir do usuário voltar para o território todos os dias ou os técnicos do serviço passarem um período com o usuário aqui. Então, isso tudo depende de cada caso e dos combinados que a gente faz entre as equipes. (Gerente 1)*

A gerente 2 aponta que é essencial a parceria com o CAPSij II para que se efetive a proposta de cuidado dos CAPSij III.

*Pedir para que o CAPS de referência venha é algo essencial, a gente refez essa pactuação recentemente via Coordenadoria com os CAPS de referência. O critério de acolhida é do CAPS de referência e estar junto aqui na acolhida é um critério, a gente foi até tensionando para que estivesse aqui também em convivência para construir essa vinculação, para construir manejo de crise, para poder dar o segmento depois e até para pensar num percurso da crise no acolhimento integral mais curto possível e com menos rompimentos no território. (Gerente 2)*

Essa fala traz a importância de os CAPSij II estarem presentes no cuidado durante o acolhimento integral, auxiliando na preservação dos vínculos e reduzindo as rupturas com seu território. Dell'Acqua e Mezzina (1991) apontam que uma das maiores potencialidades de um serviço territorial é a possibilidade de estabelecer múltiplos contatos com seus usuários, seus locais de vida e sua rede de relações, incluindo a crise num *continuum* histórico e favorecendo todo o processo de construção de cuidado.

Deste modo, é fundamental que os CAPSij II se façam presentes durante todo o período de acolhimento integral, tanto no cuidado com o usuário e a família, quanto nas articulações com a rede, não terceirizando o cuidado à crise ao CAPSij III.

Se a proposta da atenção psicossocial é construir um cuidado territorial à crise, faz-se urgente a radical corresponsabilização dos serviços e da rede por esse cuidado, rompendo com a lógica manicomial que coloca em um único serviço a responsabilidade pelo cuidado em saúde mental. Assim, defende-se que a parceria entre os dois CAPSij (II e III) tem um imenso potencial de mobilização e de construção de um cuidado psicossocial e territorial, que sustente as situações de crise fora de uma lógica segregadora e institucionalizante.

Os gerentes também foram questionados se avaliam que a indicação realizada pelos CAPSij II é adequada. O gerente 3 aponta que os casos que têm chegado, realmente precisavam do recurso do acolhimento integral, por se encontrarem em situações graves e complexas.

*Eu diria assim que todos os últimos que vieram precisavam bastante, eram situações graves de risco, situações bem complexas mesmo. Eu sinto que os CAPS têm tentado bastante esgotar os recursos do CAPS II, antes de solicitarem para a gente. Agora, tem casos que o risco é tamanho, o perigo está tamanho para o paciente, para a integridade dele, ou numa iminência de uma internação, que realmente os que tem vindo para cá tem ficado muito evidente que há necessidade. A diferença só está no tempo que demora para estabilizar cada quadro e para poder organizar cada território para assumir de volta esse paciente. (Gerente 3)*

A gerente 1 pondera que, nas primeiras acolhidas, os serviços têm mais dificuldade nessa indicação e que, a partir do trabalho compartilhado, os CAPSij II passam a indicar este recurso com mais propriedade.

*Eu acho que tem essa dificuldade, principalmente nas primeiras acolhidas, eu estou aqui desde janeiro de 2019, então, eu percebo que alguns serviços no início, às vezes faziam alguma indicação que a gente entendia que não cabia muito, mas esse mesmo serviço a partir do momento que começa a vir para cá e começa a entender melhor esse dispositivo, entender melhor o recurso, das próximas vezes também fica mais apropriado e passa a indicar de uma forma mais adequada. Então, de certa forma, hoje a gente não tem muito problema com isso não. (Gerente 1)*

A gerente 2 problematiza que muitas vezes o CAPSij III é entendido como o único recurso de manejo da crise e que muitas vezes os casos são encaminhados sem de fato terem esgotados os recursos do território, faltando investimento e disponibilidade institucional para que sejam criadas outras formas de cuidado à crise.

*No começo da minha estadia aqui a gente vinha discutindo muito nesse sentido da inadequação, na verdade, um não manejo de crise de outras formas, sabe? De que esse era o único manejo da crise. Eu vou entendendo que é isso mesmo sim, seja por uma dificuldade do horário, do tempo, a gente percebia muito uma falta de disponibilidade no sentido, sei lá, institucional, assim, não estou nem dizendo do trabalhador em si, desse cuidado da crise mesmo, sabe? (Gerente 2)*

Observa-se nestas falas que cada CAPSij III vivencia uma realidade diferente na parceria com os CAPSij II. Alguns sinalizam que há um bom alinhamento nos CAPSij da região sobre a importância de esgotar os recursos locais antes de encaminhar os casos para o CAPSij III; outros apontam que muitas vezes o encaminhamento ao acolhimento integral é sentido como uma terceirização do manejo da crise pelos CAPSij II.

De todo modo, observa-se que os CAPSij são bastante comprometidos e que as dificuldades são possíveis de serem equacionadas com o trabalho conjunto, a disponibilidade, as trocas e a frequência na parceria realizada entre os serviços, favorecendo um melhor alinhamento e reverberando em indicações mais apropriadas e corresponsáveis.

É importante ressaltar que o acolhimento à crise é um dos maiores objetivos dos serviços CAPS (BRASIL, 2004a). Assim, a existência dos CAPSij III não retira a responsabilidade dos CAPSij II pela construção de uma atenção à crise no território. O CAPSij III não tem a função de substituir o trabalho realizado pelo CAPSij II de referência do usuário, mas sim compor a atenção psicossocial à crise para aquele usuário que necessita de uma intensificação do cuidado dia e noite.

### **3.3. Construção do PTS e compartilhamento do cuidado entre CAPSij II e CAPSij III**

Os gerentes apontam como é realizada a construção do PTS para os usuários que se encontram em acolhimento integral. Além disso, refletem sobre as contribuições do CAPSij III

e a influência que a participação dos CAPSij II, dos familiares e dos usuários tem para a condução do processo.

*Normalmente quando é feito o acolhimento integral a gente vê todas as possibilidades que têm aqui na unidade. A gente fala um pouco daquilo que pode e aquilo que não pode muito, aquilo que tem que ser conversado, das rotinas que a gente tem de alimentação. Então a gente passa tudo isso para os usuários. Se tem família, se tem pessoas que querem visitar, dependendo do caso a gente também faz esses combinados de quando vão ser essas visitas. A gente tem bastante flexibilidade, então, tudo isso é combinado a partir do momento que entra, mas também ao longo da estadia dele aqui a gente vai propondo. Como muitas vezes é breve essa passagem, a gente tenta sempre estimular de várias formas o envolvimento deste usuário com as atividades que a gente tem disponível aqui. E desta forma a gente tenta contribuir para o projeto que é bem maior, o projeto terapêutico dele mais ampliado. A gente vai dando devolutivas sobre o que a gente percebe da dinâmica desses usuários para os CAPS solicitantes para eles também irem pensando em possibilidades depois da alta. (Gerente 1)*

*Acho que aí varia se é um usuário nosso ou um usuário de outro CAPS. Quando o usuário é nosso é muito mais fácil, a gente vai fazendo esse PTS junto com a família normalmente e aí é feito nas nossas reuniões, a gente discute e rediscute e vamos pensando também diariamente, por que como estamos aqui, nós vamos conduzindo assim. Agora com os CAPS II é um pouco mais difícil porque depende da disponibilidade da equipe do outro CAPS.*

*Eu acho que quando a família está junto também para poder ver se vai vir visitar se não vai, quem vai vir visitar e o usuário dependendo da condição, porque às vezes o usuário está numa crise, não está tendo muito condição, mas quando ele vai ficando, vai diminuindo um pouco, aí ele participa até para poder pensar: “Pô, tô cansado de ir lá!”, “Quero ficar aqui” ou “Tô cansando de ficar aqui quero ir mais lá”. E inclusive para o processo de alta, ouvir o usuário é muito importante. Quando ele consegue dizer que já deu para ele ficar no CAPS, eu acho que já vai finalizando. (Gerente 5)*

A gerente 1 informa que, durante o acolhimento integral, o PTS é feito a partir da rotina estabelecida e das atividades oferecidas pelo próprio CAPSij III, a fim de contribuir com o PTS mais ampliado do usuário após a alta do serviço. Informa, também, que as visitas são flexíveis e pactuadas com os familiares.

Já na fala da gerente 5, é sinalizado que a construção do PTS para os usuários que são do próprio serviço se dá de forma mais fácil e fluida, incluindo a participação dos familiares. Já o PTS dos usuários que são de outros CAPSij II é mais difícil, pois depende da disponibilidade das equipes e das famílias, que nem sempre estão presentes nesse processo. A participação dos usuários nessa construção varia muito de acordo com a condição de cada um, porém a gerente 5 reforça que a escuta ao desejo do usuário é muito importante em todo o processo de acolhimento.

### **3.3.1. Estratégias para compartilhamento dos casos**

Os gerentes apontam que o compartilhamento dos casos entre o CAPSij II e o CAPSij III é um desafio e apresentam as estratégias utilizadas entre os serviços para a garantia de um cuidado compartilhado.

*Eu acho que o desafio para a gente é o desafio de casar o CAPS II com o CAPS III. Porque eu acho que para a equipe é bem puxado quando a gente está com todas as camas ocupadas e está rolando todos os atendimentos. (...) Quando a gente está com um caso de fora, para a gente conseguir construir isso junto com as outras equipes. Porque é muito difícil se a gente não consegue chegar num consenso dentro da nossa própria equipe imagine em equipes diferentes, então, às vezes é muito difícil. (Gerente 5)*

A intensidade das relações de trabalho presentes nas equipes de CAPS trazem uma importante complexidade ao trabalho em equipe realizado nestes serviços. Deste modo, compreende-se o desafio que se configura a construção do cuidado no acolhimento integral com duas equipes diferentes, conforme sinalizado pela gerente 5.

Apesar do desafio que se configura, o compartilhamento do cuidado é uma grande potência, pois garante acesso aos recursos do CAPSij III e possibilita a manutenção dos vínculos com o CAPSij de referência. Deste modo, é essencial que os serviços construam estratégias que possibilitem aproximar as equipes, ampliando os espaços de trocas e trabalho conjunto.

A gerente 1 cita a importância das reuniões com as duas equipes, a fim de discutirem as possibilidades de cuidado de ambos os serviços na construção conjunta do PTS do usuário.

*Depois que vem a equipe junto com o usuário nesse primeiro momento, a gente sempre solicita que eles retornem para um segundo momento de reunião com equipe multi. E aí, eles conseguem muitas vezes se organizar para vir no dia seguinte ou daqui a dois, três dias. A gente tenta não ser muito depois, porque é nessa reunião que a gente vai pensar o que o CAPS tem de possibilidade e sugere e, o que a gente acha que seria interessante para o usuário e, é ali que a gente determina quais são as atividades que vão compor o processo terapêutico do usuário. (Gerente 1)*

Outras estratégias citadas são as ligações telefônicas, as trocas que ocorrem entre os profissionais antes e depois dos atendimentos e as negociações com os próprios usuários.

*A gente também liga, faz ligações e quando eles vêm aqui para fazer algum atendimento ou passar um período, a gente tenta sempre conversar antes e depois desse atendimento, desse período que eles vão estar, para também pensar o que foi combinado ali com o usuário. Porque o usuário vai dizendo o que ele gostaria de fazer se eles querem ir mais para o território ou ficar aqui, então os usuários também participam desse processo. A gente senta junto com eles para ver o que foi combinado e estar sempre alinhado. (Gerente 1)*

A gerente 4 aponta que o WhatsApp® também tem sido uma estratégia importante de comunicação entre os técnicos dos dois serviços.

*O WhatsApp, mas se puder vir aqui é melhor porque geralmente é quem o usuário tem mais vínculo. A maioria vem ou está sempre no WhatsApp com o técnico que fez a acolhida noturna, então, eles se conversam. (Gerente 4)*

A gerente 2 cita que a presença dos profissionais de ambos os serviços nos espaços de convivência dos serviços tem se mostrado bastante interessante para a construção e fortalecimento dos vínculos com os usuários.

*Tem um tensionamento nosso mais recentemente para que a gente compartilhe mais das convivências, justamente no sentido de se aproximar ou de se ampliar o cuidado na crise. Seja aqui, seja na convivência do CAPS de origem.*

*(...) de fato é uma questão concreta assim, poder estar na hora de dormir, na sala assistindo, comendo uma pipoca... é a hora que rola as conversas mais íntimas. Tem uma aproximação de outra ordem. Então, poder estar um pouco junto, para o menino fazer essa troca e esse fortalecimento da vinculação tem sido algo interessante. (Gerente 2)*

A gerente 5 conta que a proximidade entre as duas equipes, propondo e realizando atendimentos e reuniões juntos, tem se mostrado uma estratégia bastante potente para o cuidado.

*De um tempo para cá que a gente tem tentado que o projeto seja bem compartilhado, a gente tem tido experiências bem bacanas assim, de ser um processo em que possamos avaliar e cuidar juntos. Então, agora nesse momento pandêmico que é difícil para os usuários ficarem indo para os serviços e vindo, quando é daqui da região é mais fácil, mas os profissionais têm estado bastante aqui com a gente. Passando um período juntos, fazendo atendimentos compartilhados com a nossa equipe, participando das nossas reuniões ou pequenas reuniões ali de quem está mais à frente do cuidado do dia, mas normalmente a gente já consegue, chegando no acolhimento enquanto normalmente o usuário está conhecendo a casa, vendo onde vai dormir, organizando a sua cama, então a gente vai aproveitando para ver isso a disponibilidade da outra equipe vir, fechar alguns dias, algumas datas, algumas coisas assim.*

*Estar junto. Conversar, inclusive para bater boca se for preciso e discordar. Eu acho que é conversar, estar junto, se reunir, a gente foi vendo o quanto é importante isso, a pessoa vir, a gente vai pedindo muito agora por essa experiência. “Vem alguém agora que consegue conversar”. Não dá só para pegar o usuário e levá-lo para voltar daqui duas horas. É legal falar: “Olha, ele passou assim a noite...” ou “Ontem aconteceu assim e tal coisa”. E quando vir trazer, vir alguém que nos consiga trazer como que foi lá, para a gente conseguir de fato fazer um projeto que seja conciso e forte. (Gerente 5)*

As gerentes sinalizam algumas estratégias de comunicação como telefonemas, reuniões e conversas pelo WhatsApp® mas, mais do que isso, as falas trazem a potência das equipes poderem estar efetivamente juntas na produção do cuidado cotidiano compartilhado, realizando reuniões diárias, discutindo, trocando, realizando atendimentos, participando da convivência. Todas essas estratégias favorecem a construção conjunta do trabalho das equipes, enriquecendo as trocas, os olhares, ampliando o investimento no caso e nas possibilidades de cuidado psicossocial às situações crise.

Foi perguntado aos gerentes se, normalmente, durante o dia os usuários ficam no CAPSij III ou voltam para o CAPSij II de referência. Alguns gerentes informam que os usuários permanecem no CAPSij III e que a equipe do CAPSij II vem até o serviço realizar os atendimentos compartilhados. Outros apontam que a maioria dos usuários volta para o seu serviço de referência durante o dia. Observa-se que essas diferenças se referem aos combinados realizados em cada região e também às possibilidades dos CAPSij II em realizarem diariamente o transporte do usuário.

*Dependendo da proposta tem alguns que vão passar algum período lá e voltam às vezes uma, duas ou três vezes na semana. Depende da possibilidade mesmo do outro serviço também de fazer esse transporte. A gente já chegou a levar e buscar usuários de outros serviços, principalmente dos serviços da direta que a gente percebe que o usuário pede: “Eu quero ir para o meu CAPS”, “Eu quero fazer as atividades do meu CAPS”, “Eu quero estar junto com o pessoal lá”. E aí, o serviço não tem como fazer isso, a gente se organiza para levar também, isso é possível.*

*A maioria fica aqui. Os outros CAPS tendem a vir mais para cá e fazer o atendimento aqui. É que tem muitos serviços que também tem dificuldade com transporte. (Gerente 1)*

*Passam o dia lá e a noite aqui, para romper o menos possível com o PTS que ele já vem executando com o território dele.*

*Na verdade, eu acho que está bastante equilibrado. Geralmente os que não vão para o território são aqueles casos que estão com ameaça no território e aqueles que por uma questão logística dos serviços fica muito difícil ir e voltar. (Gerente 3)*

Observa-se nas falas dos gerentes que o que determina se o usuário passará ou não o dia em seu serviço de origem se refere mais à ausência ou presença do recurso do transporte do que de fato uma decisão baseada na singularidade do cuidado de cada caso.

Como já apontado, a manutenção do cuidado do CAPSij II durante o acolhimento integral é essencial para a construção da atenção à crise no território. A ida diária dos usuários aos seus serviços de referência revela um importante esforço dos serviços em fazer do acolhimento integral um período que leve ao mínimo de rupturas possíveis com os vínculos do usuário e com seu território de origem.



Esses resultados apontam a importância de que todo serviço CAPS tenha acesso ao recurso do transporte, facilitando a circulação da equipe pelo território e sua articulação com outros serviços da rede. Além de favorecer o transporte de usuários em situações específicas, como é o caso do acolhimento integral compartilhado entre CAPSij II e CAPSij III.

Os gerentes de CAPSij III também apresentam as principais dificuldades encontradas no compartilhamento dos casos com os CAPSij II.

A gerente 1 afirma que, quando o CAPSij solicitante não está presente no cuidado, é muito difícil para o CAPSij III realizar as articulações necessárias para que não ocorra a institucionalização do usuário no serviço.

*E aí a gente sabe, como eu falei, são pessoas, tanto aqui como lá que se envolvem mais ou menos nos casos, então, querendo ou não tem referências nos outros serviços que se implicam mais estão mais próximos, que acompanham mais de perto e que de fato vem atender aqui ou leva para atender lá. (...) quando o CAPS solicitante não está junto fica muito mais difícil porque querendo ou não, a equipe aqui fica sozinha. Muitas vezes a equipe daqui articula coisas assim em territórios bem distantes porque percebeu que a equipe de lá não iria fazer e o usuário precisava da articulação com Vara do território, SPVV [Serviço de Proteção Social às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência<sup>63</sup>] do território, então muitas vezes a gente já saiu daqui para ir em reuniões em lugares bem distantes para conseguir movimentar a rede dos usuários desses territórios porque a gente percebeu que o CAPS mesmo que solicitou não tinha pernas ou disponibilidade para isso. (...) E se a gente não fizesse o menino ia ficar aqui para sempre assim, sabe? E a gente sabe que não é a indicação, de ficar meses. (Gerente 1)*

Os gerentes afirmam também que as principais dificuldades se encontram com os CAPSij II que são gerenciados pela Administração Direta. Devido ao sucateamento vivenciado por esses serviços, com a redução de disponibilidade de recursos materiais e humanos, os profissionais apresentam dificuldades para compartilhar o cuidado com o CAPSij III.

*O que eu percebo de diferença é principalmente com os CAPS de administração direta. Então, têm alguns CAPS ainda no município que não são gerenciados por OSS. E esses CAPS*

---

<sup>63</sup> Serviço de Proteção Social às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência (SPVV): Serviço referenciado ao CREAS, que realiza atendimentos sociais e psicossociais interdisciplinares e articulações com a rede intersetorial, a fim de garantir atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de violência doméstica, abuso ou exploração sexual, bem como aos seus familiares, visando fortalecer a autoestima, auxiliar na superação da situação de violação de direitos e na reparação da violência vivenciada (SÃO PAULO, 2018a).

*normalmente não tem muitos recursos, por exemplo, transporte, até mesmo tem uma sobrecarga de trabalho, de usuários para atender, poucas pessoas na equipe, então, muitas vezes nós temos dificuldades com esses serviços, porque eles não conseguem estar junto ali no acompanhamento desses usuários aqui quando está em acolhimento integral. A gente até tenta propor possibilidades de o usuário ir para lá ou de reuniões, mas é muito difícil eles conseguirem cumprir esses combinados, então as dificuldades são mais com essas, com as demais a gente tende a conseguir mais diálogo e aproximação. (Gerente 1)*

*Acontece de um jeito tranquilo? Não. E aí, tem a ver com dois elementos, com os projetos, mas tem a ver também com as condições de cada unidade, cada instituição, tem unidade que é muito mais longe, tem equipe que é mais reduzida, eu acho os outros CAPS que não são da OSS não tem carro, então, por exemplo, tem um menino que está aqui com a gente e ontem ele foi ficar no CAPS de referência, a gente levou e combinou de a família trazer. Porque eles não têm esse recurso.*

*É o momento mais difícil da sua vida, não dá para não ter um cuidado mais próximo né? (Gerente 2)*

Nestas falas, as gerentes revelam o quão difícil é sustentar o cuidado à crise numa lógica psicossocial e territorial, quando os serviços de referência não se encontram presentes no caso, seja pelo baixo envolvimento e comprometimento com o cuidado do usuário, seja pelo sucateamento vivenciado pelos CAPSij da Administração Direta, que se encontram com equipes reduzidas e ausência de recursos.

É importante alertar para o risco de que o sucateamento dos CAPSij II, possa levar a uma sobrecarga e sucateamento do próprio CAPSij III. Ao se ver assumindo responsabilidades de outros serviços, o CAPSij III pode vivenciar dificuldades no cumprimento do seu papel. O CAPSij será sempre reflexo dos (des)investimentos realizados em toda a rede, deste modo, qualquer análise dos serviços deve estar atrelada a essa condição.

As gerentes informam que, nestes casos, o CAPSij III acaba realizando além do seu papel, como articular os recursos do território ou transportar o usuário, a fim de garantir o cuidado que ele necessita.

### 3.4. Estratégias de cuidado no acolhimento integral

#### 3.4.1. Cuidado ao usuário

Em relação às estratégias de cuidado utilizadas no acolhimento integral, os gerentes informam que o cuidado singular, o acolhimento, a disponibilidade e o respeito ao usuário e o cuidado com o ambiente apresentam-se como importantes ferramentas para os usuários que se encontram em situação de crise.

*Eu acho que a gente tenta estar disponível para conhecer o outro também e criar vínculos, você tem que se por lá escutando, às vezes a pessoa não quer fazer nada, e ok em não fazer nada juntos em alguns momentos, mas estar ali disponível para conhecer melhor esse sujeito. E a partir daí, ir compondo com ele, com o que ele gosta também. (Gerente 4)*

*Aqueles que querem ficar mais descansando ou que querem ficar mais calados, a gente sustenta mais esse silêncio, sustenta um pouco mais esse período deles ficarem um pouco mais quietinhos e aí, cada caso a gente vai pensando, sugerindo possibilidades dependendo também dos recursos que temos ali disponíveis. (Gerente 1)*

*Outro recurso que a gente tem de estratégia quando o usuário não é nosso e, é de outro CAPS, é o profissional do acolhimento fazer diariamente uma conversa com esse usuário, para entender o que ele está pensando da acolhida. (...) O acolhimento é livre para qualquer usuário solicitar a qualquer momento essa escuta, mas temos já estabelecido, do profissional daquele dia fazer essa escuta com os pacientes que são de origem de outro território. (Gerente 6)*

Todas essas falas refletem a potência do cuidado produzido nos CAPSij III. Um cuidado singular baseado em afeto, vínculo, disponibilidade, respeito - ferramentas, estas, nomeadas por Merhy e Franco (2003) como tecnologias leves.

Yasui (2016) traz que o cuidado é uma condição que se dá em ato, em relação. Deste modo, o cuidado em saúde deve refletir uma atitude de estar com o outro, com sua alteridade, sua diferença e seus modos de viver, produzindo responsabilização e envolvimento.

Aqui vale um destaque para a potência dos bons encontros na produção do cuidado psicossocial e sua capacidade de afetar e ser afetado por quem compõe essa relação. De acordo com Yasui (2016), “o cuidado na atenção psicossocial é essa busca de produzir atos de cuidado como efeitos de bons encontros, que potencializem e expandam a vida” (p. 104).

O gerente 3 reflete sobre a importância de o CAPSij III desconstruir a ideia de internação junto aos usuários, cuidando para que o ambiente seja protetivo e acolhedor e que o período de acolhimento integral seja o menor possível, a fim de evitar mais rupturas em seu cotidiano.

*Eles chegam muitas vezes assustados porque eles têm que vir para outro ambiente, muitos com a ideia de que aqui é uma espécie de punição porque eles não ficaram bem em outro local. Eu acho que a primeira parte do trabalho para tornar o acolhimento mais confortável é explicar que na verdade (...) esse é um local de proteção é mais uma equipe que irá se alinhar aos cuidados. Isso faz muita diferença para eles, quando eles começam a entender que esse espaço aqui não é uma punição, um castigo ou fruto da incompetência deles de se cuidar.*

*A segunda é a gente tentar com a maior brevidade possível reduzir essa crise para que ele possa voltar para o território, porque apesar de gostarem daqui é muito difícil você ficar longe de casa. É muito difícil você ficar longe da família, então, a gente tenta tornar esse ambiente o mais seguro possível e acolhedor para que a gente favoreça essa estabilização deles. E sempre mantendo a ideia de que o cuidado vai ter que continuar e que se o sofrimento dele foi complexo, ele vai precisar igualmente de um tempo para cuidar dessa ferida. (...) Da parte medicamentosa a gente tenta ser o mais delicado possível para não trazer para eles a ideia de que aqui é um local que eles serão medicados. Essa preocupação justamente em não tornar aqui um ambiente de internação porque a linha que separa essa internação e o acolhimento, ela pode ser muito tênue. (...) A gente vai compondo essa estratégia de um local seguro, cuidadoso e que é parceiro do outro CAPS para que eles entendam: “Vocês não perderam o outro CAPS, vocês ganharam mais um!”. Essa ideia ajuda bastante na recuperação dessa crise, desse momento de crise.*

*Então, tem a questão de entender, do paciente também entender o que levou esse atendimento, esse acolhimento, aqui descontrói muita coisa. (Gerente 3)*

O gerente 3 revela a delicada desconstrução a ser feita pela equipe do CAPSij III junto aos usuários de que o acolhimento integral não é uma internação e nem uma punição. Acredita-se que essa compreensão trazida pelos usuários parte de um imaginário social construído pela histórica institucionalização vivenciada por crianças e adolescentes em sofrimento psíquico em nosso país, tanto nos manicômios (RIBEIRO, 2006; TAÑO; MATSUKURA, 2015), quanto nas instituições tutelares como a FEBEM (RIZZINI, 2005; VICENTIN, 2006).

A mudança paradigmática despertada pela atenção psicossocial ainda revela um longo caminho de desconstrução em todas as suas dimensões, mas principalmente em sua dimensão sociocultural (AMARANTE, 2007), construindo um novo lugar para a loucura e suas formas de cuidado em nossa sociedade.

Observa-se, na fala do gerente 3, que reconfigurar junto aos usuários o que é o acolhimento integral é também uma importante forma de cuidado. A partir dessa nova relação construída com a equipe do serviço é possível reverter a histórica lógica punitiva e tutelar presente na atenção a crianças e adolescentes.

Outro ponto destacado pelo gerente 3 se refere à preocupação da equipe em manter o usuário o menor tempo possível em acolhimento integral, reduzindo o período de distanciamento de sua casa e seu território. Este ponto é imprescindível, já que um dos maiores objetivos da atenção psicossocial de crianças e adolescentes é evitar qualquer forma de institucionalização dessa população, garantindo que os cuidados em saúde mental sejam tecidos junto aos seus territórios, seus contextos de vida e suas relações.

Os gerentes também informam que, durante a estadia no CAPSij III, os usuários participam da convivência, dos grupos e oficinas realizados pelo serviço, mostrando a diversidade de atividades que podem surgir no encontro entre os próprios usuários e com a equipe.

*As oficinas e grupos daqui, normalmente se eles querem participar, eles participam. As convivências, a gente sempre pensa em atividades juntos, jogos, alguma questão artística. A gente tem seis oficinairos aqui na unidade, então os oficinairos têm muita criatividade e vão sugerindo várias coisas. Tem uns que embarcam mais e tem uns que embarcam menos. (Gerente 1)*

*O povo gosta de dançar, fazer festa, gosta muito de fazer comida junto, assistir filme, vez ou outra cortar cabelo, pintar cabelo, apronta aí, dessas. Agora tem o inverno, então, acende mais a fogueira. Acolhida integral também, isso pode ser no dia, mais no final de semana. Essa casa é um mundo de opções. Tem a piscina e isso é fantástico.*

*Pintura, artes, o pessoal adora fazer grafites, mandalas, jogar bola, andar de skate, falar dos sentimentos. Tem um oficinairo que é professor de Yoga faz umas estratégias de PICs [Práticas Integrativas Complementares], como auriculoterapia.*

*As assembleias a gente tem o costume de fazer, mas na pandemia a gente tem feito muito menos, mas faz muito sentido, tanto que eles trazem incômodos, a gente consegue construir como que estão as relações, às vezes percebe que tem coisas que estão pegando ali, consegue colocar para todo mundo pensar em atividades, discutir temas, quando teve a chacina do Paraisópolis os meninos trouxeram. (Gerente 2)*

*No geral é poder ter esse espaço de ambiência mesmo, que eles se sintam em casa, de poder acordar, tomar o café, acordar a hora que deu, descer ir na cozinha, almoçar... hoje nós vimos as meninas lá embaixo, batendo um papo, aí subiram, depois fizeram um desenho (...) Então, tem gente que vai mexer com as plantas, tem outros que vão cozinhar, tem outros que vão assistir filme, outros vão fazer rodas de conversa... varia muito. (Gerente 5)*

*A gente costuma sair muito com eles. Dependendo do caso, claro. Se está muito grave, com algum risco de se perder no território, porque ele está um pouco mais desorganizado a gente não costuma sair muito. Tem um parque aqui embaixo, tem um mirante, então, eles gostam de sair um pouco, ir ao mercado. Tem a perua, a gente tem um carro com motorista de segunda a sexta, então a gente usa bastante essa perua para ir para outros lugares com os usuários. (Gerente 1)*

As falas das gerentes revelam a potência dos encontros, gerada no acolhimento integral e pela infinidade de atividades que é produzida, a partir desse estar junto dia e noite, como as atividades artísticas, culturais e comunitárias, atividades de culinária, de jardinagem, de cinema, de autocuidado, de lazer, de esporte, de convivência e de participação social, atividades de vida diária, entre outras. Uma variedade de atividades que visa ampliar o cuidado psicossocial, desfocando-o de um cuidado médico-centrado e enriquecendo as vivências e o cotidiano dos usuários durante esse período de acolhimento.

De modo complementar ao que foi encontrado no presente estudo, o estudo de Jozefczyk (2021) revela que as estratégias de cuidado oferecidas pelo CAPSij III foram subdivididas em: 1- cuidados básicos e cuidar do corpo (alimentação, higiene pessoal, sono e medicação); 2- relações de cuidado participativas e inventivas (a escuta no encontro com os usuários; reconhecimento como sujeitos e suas possibilidades de participação e empoderamento; dar lugar à expressividade de crianças e jovens como práticas de cuidados, de modos lúdicos e

artísticos; construção de relações criativas para situações tensas e conflituosas); 3- o cuidado pela articulação da rede intra e intersetorial.

Observa-se que os CAPSij III utilizam estratégias de cuidado que incluem os adolescentes e fazem diálogo com a subjetividade da população atendida. As falas revelam que a presença dos oficinas e a promoção de atividades diversificadas são bastante potentes para a fluidez do processo de cuidado.

### **3.4.2. Cuidado à família**

Em relação ao cuidado ofertado às famílias, os gerentes informam que essa atenção normalmente é realizada pelos CAPSij II de referência dos usuários. O CAPSij III contribui trazendo informações que auxiliam na compreensão da relação e da dinâmica familiar, favorecendo os processos de cuidado.

*Normalmente para os usuários que vem de fora é muito do que está sendo construído lá e aí, eles vão trazendo e nós vamos sugerindo o que aparece aqui, por exemplo, se é um problema de família e lá não aparece, então aqui parece essa dificuldade da relação, então nós vamos sugerindo “Olha, com a família acontece isso, e aí, vocês pensam em algum atendimento para a mãe, algum atendimento para um familiar?”. O PTS acaba ficando mais com o CAPS de origem. (Gerente 6)*

*Geralmente é mais o CAPS II que conversa com as famílias, aqui o tempo de visita é livre, então é estimulado que eles venham e fiquem muito à vontade. Eles têm preferência pelos finais de semana quando o movimento é menor. (Gerente 3)*

Considerando que a participação das famílias é essencial para a construção de um cuidado psicossocial, que promova fortalecimento dos laços sociais e da cidadania (SARACENO, 2001; YASUI; COSTA-ROSA, 2008), os gerentes foram questionados como se dá a inclusão das famílias no processo do acolhimento integral.

Nas falas a seguir, eles informam a importância de ter a família próxima do CAPSij III também, a fim de compreender melhor as dinâmicas que geram sofrimento e assim construir estratégias de cuidado.

*Depende do caso. Tem caso que a gente acha que é importante a família estar mais próxima para a gente entender melhor essa dinâmica e pensar em como ajudar.*

*Os usuários que têm família, a gente tenta sempre incluir nesse processo, porque depois do acolhimento integral ele vai voltar para a família, muitos deles, os que não estão em SAICA. (Gerente 1)*

*Isso tem sido mais constante também de falar como é que está o acompanhamento dessa família, desse lugar para onde esse menino retorna. Vários deles tem questões nesse sentido. “Tem algum elemento para ser trabalhado para esse retorno acontecer? Quem vai trabalhar isso? Somos nós, são vocês? Porque o vínculo vai se estabelecer com vocês. Vamos marcar uma visita da família aqui, mais um atendimento lá, uma conversa?”.*

*Mesmo que o familiar não esteja presente nas discussões a gente traz como elemento de sentar e ver como é a que vai ser. “A gente pode ser o melhor sapateiro, mas quem sabe onde o calo aperta é o dono do sapato”. A gente pode pensar o jeito mais bonito, mas quem vai dizer se aquilo funciona ou não são eles. (Gerente 2)*

Na fala da gerente 2, é destacada a centralidade do cuidado à família na atenção à crise de crianças e adolescentes. Muitas vezes, as situações de crise revelam conflitos, desgastes e fragilização das relações familiares, sendo necessário um investimento dos serviços para que esses vínculos sejam fortalecidos e possam ser reconstruídos, possibilitando o retorno do usuário a sua casa e a seu território.

Dell’acqua e Mezzina (1991) apontam que é essencial que os serviços construam espaços flexíveis de escuta e disponibilidade, que promovam relações de cumplicidade e confiança e favoreçam a recomposição da identidade do usuário e também das rupturas de relações que precederam sua crise, compreendendo e cuidando das contradições e dos conflitos que a mobilizaram.

A seguir, a gerente 1 esclarece que, apesar de a presença de acompanhante no acolhimento integral ser um direito, nem todos os usuários contam com a presença de um familiar ou responsável durante esse período.

*Aqui é direito do usuário ter um acompanhante. Então se a família disser que quer estar, que vai ficar aqui 24 horas com o usuário a gente permite, ter esse tipo de suporte. (Gerente 1)*



Frequentemente, os familiares se fazem presentes em visitas que realizam após o trabalho ou aos fins de semana. Muitos familiares também não têm condições de permanecer acompanhando o usuário no CAPSij III, pois possuem outros filhos e não contam com uma rede de apoio, como relatado pelo gerente 3.

*A família vem visitar mais de final de semana ou quando sai do trabalho, então, fisicamente a família não costuma estar nessas situações em que é discutido o PTS, mas a família é sempre informada, sempre orientada. A gente sempre conversa com a família o que está sendo combinado. (Gerente 1)*

*Agora no geral, as famílias têm uma dificuldade em permanecer no acompanhamento, é sempre ofertado essa possibilidade (...), mas poucas famílias espontaneamente desejam ficar. Tem alguns casos que seria interessante. Geralmente a gente precisa fazer concessões para entender que a família não pode ficar, muitas vezes, a família conta só com a genitora que tem outras crianças e que ela precisa cuidar. É muito comum, elas não poderem ficar mesmo querendo ficar. (Gerente 3)*

A fala do gerente 3 revela que as condições de vida determinam as possibilidades ou impossibilidades da família estar presente no tratamento, trazendo mais uma vez a discussão sobre a determinação social da saúde e o quanto o processo de produção da saúde irá se expressar em desiguais formas de viver, adoecer e se cuidar de acordo com sua classe social (ROCHA; DAVID, 2015).

A realidade de famílias monoparentais, compostas por mulheres que se veem solitárias e sobrecarregas no cuidado aos seus entes e que apresentam uma frágil rede de apoio, também é evidenciada em outros estudos (CAVALHERI, 2010; COLLARES, 2010; DOMBI-BARBOSA, 2009; MOURA, 2019; PEGORARO; CALDANA, 2008b; PEGORARO; CALDANA, 2006).

Os gerentes também apresentam que, para alguns casos em que há a presença de questões familiares, é indicado um distanciamento inicial da família, a fim de minimizar um conflito ou uma superproteção, que acabam por gerar mais sofrimento.

*A maioria das vezes, as dificuldades que a gente tem no momento do acolhimento integral tem a ver com essa dinâmica, então a gente entende que talvez seja melhor dar uma afastada inicial da família para ir aos poucos retomando. Se tem alguma relação simbiótica e que justamente isso esteja causando esse sofrimento no usuário, a gente tenta sempre sensibilizar a família em relação a isso ou até mesmo para não vir em alguns momentos, se essa for a indicação, mas a gente não proíbe de virem. (Gerente 1)*

*A única restrição que a equipe faz é quando ela percebe que essa convivência está trazendo um grande prejuízo, algum desconforto para o paciente, a gente pontua e trabalha essas questões relacionais, mas isso não se dá de uma maneira estruturada, salvo, alguns projetos que incluem necessariamente essa família, pois nem toda a crise está atrelada a essa questão familiar. (Gerente 3)*

Apesar das dificuldades relatadas pelos participantes em relação à presença e à participação das famílias no processo de acolhimento integral revelarem pontos a avançar, observa-se, a partir dos resultados apresentados, que os serviços se encontram alinhados às premissas da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, ao buscarem estratégias de inclusão das famílias tanto pelos CAPSij II quanto pelo CAPSij III.

Além disso, observa-se uma compreensão ampliada das questões familiares, sua influência na vivência das crises, a necessidade de cuidado e investimento nas famílias, uma flexibilidade dos serviços em adequar os modos possíveis das famílias estarem no tratamento e, também, a presença de um olhar singular e social para as situações que permeiam as realidades das famílias.

### **3.5. Articulações com a rede durante o período de acolhimento integral**

Em relação às necessárias articulações com os serviços da RAPS durante o acolhimento integral, os gerentes informam que usualmente é de responsabilidade do CAPSij solicitante.

*A gente traz que no caso dos meninos que estão em acolhida integral e são de outras referências, quem tem que fazer essa articulação é o CAPS de referência. Isso já deu nó em alguns momentos, mas essa é uma tarefa da articulação no cuidado do território. (Gerente 2)*

O mesmo acontece com os equipamentos da rede intersetorial, como informa a gerente 6.

*Quando não é do nosso território, não, raramente a gente aciona, é o CAPS de origem. Agora do nosso território sempre, assim, eu acho que intensifica mais esse cuidado de articular com a rede. Eu acho que aparece mais os problemas na acolhida e surge mais essa necessidade de acionar, mas o CAPS de origem é quem faz quando eles estão aqui. (Gerente 6)*

Já a gerente 4 traz que a necessidade de articulação é apontada e negociada com os CAPSij II.

*Acho que é responsabilidade dos dois. Eu acho que quando a gente precisar fazer a gente faz. A gente pontua também, “Oh, eu acho que precisa fazer isso, vocês conseguem?” Senão a gente vai fazendo isso também. (Gerente 4)*

A articulação em rede, a intersetorialidade e o cuidado no território são premissas da atenção psicossocial de crianças e adolescentes (BRASIL, 2005a) e são fundamentais para a efetivação de um cuidado psicossocial. A partir das gerentes, observa-se que a tarefa de articulação da rede é compreendida como responsabilidade do CAPSij de referência do usuário. Porém, em situações específicas, o CAPSij III também se disponibiliza a auxiliar nessas articulações.

É importante ressaltar que a intensidade de cuidado demandada pelas situações de crise ser refere não somente às ações clínicas, mas também a uma amplitude de ações no território e na rede, que possibilita atuar nos cenários que configuram as situações de sofrimento na vida de crianças e adolescentes e suas famílias. Deste modo, faz-se essencial o investimento nos contextos de vida e na rede de relações dos usuários a fim de garantir um cuidado à crise ampliado e territorial.

Os gerentes trazem também que, às vezes, faz-se necessária a articulação com serviços de urgência e emergência pelos CAPSij III durante o período de acolhimento integral. Normalmente, essas articulações são feitas para questões de ordem clínica, raramente são realizadas por questões de ordem psiquiátrica.

*Por exemplo, final de semana, a noite ou até durante a semana, se tem alguma alteração clínica do usuário, e aí, a gente precisa de uma avaliação mais urgente, a gente chama o SAMU e encaminha para o hospital. (Gerente 1)*

*A gente tem aqui próximo a UPA que tem atendido a gente prontamente. Eu tive um paciente que sofreu um acidente, escorregou e bateu a cabeça, eles atenderam prontamente, até facilitando o nosso acesso, isso foi bem interessante (...). A gente não tem tido grandes dificuldades, não. (...) Eu acho que neste ano não teve nenhuma necessidade de acessar o pronto socorro por uma questão psiquiátrica, não foi necessário, não. (Gerente 3)*

*Se precisa fazemos. Eu acho que principalmente se for por questões clínicas. Questões clínicas nós temos um hospital de referência e quando a gente precisa de um cuidado mais nesse sentido e que não dá para esperar para o dia seguinte a gente faz. Agora a gente tem a nosso AMA de referência e muitas vezes a gente vai com eles até lá. (...) Agora quando tem uma necessidade de urgência, tem a nossa referência psiquiátrica, às vezes acontece também, mas a equipe tem se fortalecido mais neste sentido. E nesses casos a medicação faz a diferença quando tem uma prescrição de “se necessário” porque é o que o hospital faria, então, se ele faz porque nós não podemos fazer aqui? (Gerente 4)*

Observa-se, nos relatos acima, que é possível sustentar as situações de crise em um serviço de saúde mental territorial, sem precisar recorrer a um serviço hospitalar. Já os serviços de urgência e emergência são acionados pelos CAPSij III, basicamente, quando há questões de ordem clínica. Reconhece-se que os serviços têm se mostrando alinhados à política de SMIJ, responsabilizando-se pela demanda de seus usuários, sustentando o cuidado na lógica psicossocial e rompendo com a lógica hospitalar.

Os gerentes informam que as UBSs, AMAs e também CAPS AD são acionados para a realização de exames clínicos.

*Se é um caso que é só para fazer um exame de imagem, porque às vezes a gente ou o CAPS solicitante pede um exame de sangue, um exame de imagem, a gente leva para o AMA. Tem um AMA para fazer esses exames ou a gente coleta aqui. (Gerente 1)*

*Articula muito no acolhimento noturno. Eu acho que a gente vai articulando mais os serviços de saúde quando tem questões clínicas tipo UBS ou quando precisa fazer exame (...) por suspeita de COVID. Então, a gente articula, vai fazer o teste, vai para o hospital e volta ou por alguma questão de violência e aí precisa passar no médico, ir no gineco. Mesmo de outro território assim, acontece, o CAPS vem, pega e leva para passar em consulta com o médico, depois volta.*

*A gente vai bastante no CAPS AD também porque eles colhem exames lá. A gente não colhe aqui, então a gente faz parceria porque precisa para mudança de medicação, alguma coisa assim. (Gerente 5)*

Além das articulações realizadas durante o acolhimento integral, abaixo, a gerente 2 chama a atenção para casos que chegam aos CAPSij III diretamente da UPA, sem um cuidado adequado, reforçando a necessidade de que a rede respeite o fluxo garantido em portaria (SÃO PAULO, 2019a). Este fluxo estabelece que apenas os CAPSij II podem solicitar vaga para acolhimento integral, e que no caso de outros serviços da rede desejarem acessar esse recurso, deverão articular com o CAPSij de referência do usuário. A gerente 2 defende a importância de manter esse fluxo, a fim de qualificar os encaminhamentos, já que há riscos de que os encaminhamentos cheguem sem o cuidado necessário, como a situação relatada adiante.

*A última discussão foi com a UPA e apesar de ter todas as Portarias e a Coordenadoria reforçar esse fluxo [que o usuário seja encaminhado pelo CAPSij de referência], durante a reunião, um dos CAPS e a UPA falavam: “Mas eu acho que poderia ser diferente”, sugerindo que a UPA poderia ligar direto para cá, para que a gente articulasse aqui.*

*É um tensionamento constante para que encaminhamento seja via CAPS de referência.  
(...)*

*Recentemente a gente foi sentindo isso de fazer uma discussão com a rede de urgência e emergência para que não encaminhassem de maneira direta e também fazendo uma discussão muito delicada sobre qual é o critério para ir para a UPA ou para vir para cá? Eu acho que isso tem uma confusão muito grande e ainda tem um trabalho para a gente fazer (...)*

*Eu estava nesse tensionamento com a rede, mas não ganhava muito eco, “vamos discutir crise no território?”, estava fazendo o planejamento das ações, veio a pandemia e aí, as coisas começaram a acontecer e pipocar. A ponto de um hospital da região mandar o menino para cá que rebaixou [nível de consciência] no meio do caminho, numa sexta-feira e a gente*

*fazia uma articulação e diversas conversas com a Coordenadoria falando assim: “Não dá para ser assim de qualquer jeito!”. E aí, o menino ficou três dias mal. “Ele estava ótimo!” é essa discussão da questão clínica também, sabe? A gente não pode colocar os meninos em risco, uma coisa é o menino chegar da rua e estar sem cuidados, outra é chegar de outro equipamento assim, né? (Gerente 2)*

Aqui, é apresentada a desresponsabilização da UPA ao encaminhar o usuário para o CAPSij III sem antes ofertar os cuidados clínicos que o caso demandava. Há um processo de invisibilização das questões de saúde vivenciadas pelos usuários de saúde mental, podendo levar a graves processos de negligência, como o relatado acima. A lógica manicomial, ainda impressa, reforça que uma única instituição, e não a rede, é responsável pelas complexidades de cuidado na saúde mental, produzindo circuitos de desresponsabilização, descuido, violências e violações.

Ademais, vale ressaltar que o acolhimento integral é um recurso utilizado pontualmente e que faz parte do cuidado longitudinal oferecido pelos CAPSij. Desta forma, mesmo que seja um usuário ainda não vinculado ao CAPSij II, é fundamental que esses serviços tenham conhecimento dos casos de seu território que demandem cuidado intensivo em saúde mental, a fim de garantirem uma aproximação e a continuidade do cuidado posteriormente.

A responsabilização é um princípio fundante da atenção psicossocial (YASUI, 2016). Para Dell’Acqua e Mezzina (1991) um serviço territorial deve ser referência para toda e qualquer situação de sofrimento, devendo reduzir as barreiras de acesso ao serviço.

Yasui (2016) aponta que, para que o cuidado se estabeleça, é necessário que o serviço se responsabilize pelas demandas de saúde mental de seu território, ofertando recursos e articulando os equipamentos necessários para a garantia do cuidado.

Portanto, mesmo que o CAPSij não conheça o usuário, mas ele seja de seu território, é imprescindível que o serviço possa se responsabilizar por esse caso, articulando todos os recursos necessários para o seu cuidado, sendo um desses recursos o CAPSij III.

Os gerentes informam que os principais serviços da rede intersetorial acionados no período de acolhimento integral são os serviços da Assistência Social, da Educação e o Conselho Tutelar.

*Quando é nosso a gente acaba acionando também. A gente aciona CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social<sup>64</sup>], aciona Assistência, Conselho Tutelar, Educação. A gente tem reuniões com a Educação também. Então, a gente está constantemente em contato com esses atores. (Gerente 1)*

*CREAS, NPJ [Núcleo de Proteção Jurídico Social e Apoio Psicológico<sup>65</sup>], SPVV, tem o SAICA mesmo. Os SAICAs a gente faz bastante articulação de rede, porque não tem como.*

*A gente tem duas ações com o SAICA. Uma que é tentar fazer uma intervenção no SAICA no âmbito geral e tem as articulações de rede que geralmente a referência faz com o usuário lá com eles, com os técnicos e tal. (Gerente 4)*

*Já aconteceu também de estar em acolhimento integral a criança ir para a escola e voltar para o acolhimento integral, fez parte do processo de alta dele retomar a escola, estando no CAPS e depois voltar para a casa. Então tem toda essa articulação que você faz com escola, eu acho que quando tem SAICA também tem toda essa articulação com o SAICA, Judiciário, CREAS, enfim. (Gerente 5)*

A necessidade dessas intensas articulações intersetoriais apresenta a complexidade que é a vivência das crises nessa fase da vida, exigindo que se amplie a rede de cuidados a fim de dar conta dessa complexidade. A perspectiva psicossocial propõe a construção de estratégias de cuidado que sejam capazes de sustentar as situações de crise no território, abarcando todos os atores envolvidos com o cuidado da criança e do adolescente e transformando os cenários produtores de sofrimento.

De modo semelhante, o estudo de Jozefczyk (2021) também revela que, durante o acolhimento integral, faz-se necessário que o CAPSij realize um constante agenciamento das redes, a fim de favorecer de forma participativa a construção de vínculos sociais e comunitários junto aos usuários.

---

<sup>64</sup>“O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública que organiza serviços de assistência social voltados a famílias ou pessoas vivendo situações de violência, violação de direitos ou risco à vida” (SÃO PAULO, 2022b).

<sup>65</sup> Núcleo de Proteção Jurídico Social e Apoio Psicológico (NPJ): Serviço referenciado ao CREAS, tem o objetivo de assegurar atendimento especializado para apoio, orientação e acompanhamento a famílias em situação de ameaça ou violação de direitos, por meio de ações de promoção de direitos, fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais, visando ampliar a função protetiva das famílias diante das condições que as vulnerabilizam. Realiza referência e a contrarreferência com a rede de serviços socioassistenciais da proteção social básica e especial e com o Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares, outras Organizações de Defesa de Direitos e demais políticas públicas (SÃO PAULO, 2018b).

Além disso, a autora destaca que o dispositivo da acolhida integral não totaliza as possibilidades de cuidado para os momentos de grande sofrimento, apontando a necessidade de agenciamentos territoriais para a construção de estratégias múltiplas, inclusive para a luta por melhores condições de vida, objetivando a redução da desigualdade social (JOZEFczyk, 2021)

Os resultados do presente estudo vão revelando que é necessário que se invista muito além de um equipamento psicossocial para o cuidado às situações de crise, são necessários investimentos que possibilitem a construção de territórios psicossociais, capazes de sustentar a experiências de sofrimento nos cenários reais da vida, possibilitando que o acolhimento, o cuidado, e a responsabilização sejam premissas e práticas de todos os serviços da rede e não de apenas um serviço de saúde. Assim como aponta Vicentin (2016) somente a partir da pactuação de compromissos coletivos será possível sair da impotência e quebrar os efeitos sedativos que a exclusão tem sobre nós, auxiliando na redução das vulnerabilidades e do risco.

Parafraseando o provérbio africano<sup>66</sup>, “é preciso uma aldeia para cuidar de uma criança”, deste modo, quando se fala no cuidado à crise no território, evidencia-se a necessária convocação de toda a comunidade e toda a rede para engendrar novos modos coletivos de cuidado e sustentação que façam frente a institucionalização, estigmatização, medicalização e exclusão vivenciados por crianças e adolescentes.

### **3.6. Decisão do término do período de acolhimento integral**

Os gerentes informam que a decisão de término do período de acolhimento integral é realizada de forma compartilhada entre os dois serviços e quanto mais próximos no cuidado compartilhado esses serviços se encontram, menos divergências há nessa decisão.

*Quando a gente percebe que o usuário dá uma melhorada a gente vai informando para a equipe solicitante. A equipe também vai observando isso, porque conforme eles estão próximos, eles também estão entendendo a melhora do usuário. Além da primeira reunião, dependendo da situação a gente marca outras reuniões para continuar essa discussão. E aí, tanto pode partir do outro serviço solicitar essa alta, como a gente sugerir, mas a gente sempre também pactua junto. A gente não costuma dar alta para o usuário da nossa cabeça, pensando no que a nossa equipe avalia sem conversar com o outro.*

---

<sup>66</sup> Provérbio original “É preciso uma aldeia para educar uma criança”.



*É construído junto, é um processo junto, mas algumas vezes, já aconteceu, da gente precisar sinalizar, pois já passou de quinze dias, já passou de dezesseis. Porque também tem um tempo previsto que é do acolhimento integral. (Gerente 1)*

*As equipes percebendo que o paciente já está estabilizado e que uma situação que precisava, por exemplo, ser organizada no território ela é organizada antes do prazo, e o paciente está respondendo bem, então ele vai antes, se ele não estabiliza demora mais, ele vai um pouco depois. Então, eu acho que isso é bem dia a dia com as equipes sentindo juntas.*

*Às vezes rola alguma divergência, mas ela não tem sido assim conflituosa, quando os argumentos são colocados na discussão tem sido bastante amigável, tem sido bastante fácil esses acordos assim. (Gerente 3)*

Observa-se que a decisão de “alta” do acolhimento integral não é realizada de forma arbitrária pelos CAPSij III. Assim como todo o processo, é negociada com o CAPSij II solicitante e realizada de forma singular, respeitando a opinião de ambas as equipes e as possibilidades reais de retorno do usuário ao seu território.

Abaixo, a gerente 4 aponta que, além da conversa entre as equipes, é muito importante a conversa com o usuário, a fim de que ele sinalize também como ele deseja que esse processo se dê.

*A gente vai tentando conversar nas passagens de plantão e também formalizando encontro com os CAPS de referência, tentando quando não é possível pelo telefone. Agora também a gente vai conversando com o usuário sobre isso, como que ele está se sentindo, o que ele acha e a gente vai também dando voz para isso. Porque isso pode gerar uma crise também e não precisa. (Gerente 4)*

Aqui, nesta fala, destaca-se a importância do protagonismo do usuário, tão cara à atenção psicossocial de crianças e adolescentes e à transformação social. Há que se romper com o poder adultocêntrico e reconhecer o lugar de sujeito de direitos ocupados por crianças e adolescentes, possibilitando o processo de empoderamento e de cidadania destes sujeitos. Deste modo, práticas de cuidado que reconheçam esse lugar e quebram com modos hegemônicos que levam ao silenciamento de crianças e adolescentes são da mais suma relevância.

A seguir, a gerente 4 conta que, para evitar rupturas com o término do acolhimento integral, a equipe utiliza as “licenças terapêuticas”, que possibilitam aos usuários experimentarem essa volta para casa de uma forma mais processual, respeitando o seu tempo e trazendo mais segurança para a vivência do processo de retorno.

*Aqui a gente tem uma estratégia que a gente chama de “licença terapêutica”. Um caso, por exemplo, muito grave que precisou passar um período muito longo aqui com a gente e para essa volta para casa não ser muito brusca, ele vai, passa um dia em casa e volta para dormir a noite ou então, passa o dia aqui e dorme na casa dele e daqui um dia volta para avaliação. Essa “licença terapêutica” a gente faz tanto com quem é nosso como quem é dos outros CAPS. Para que esse processo seja um processo mesmo. (Gerente 5)*

Os gerentes também apresentam algumas dificuldades vivenciadas com os CAPSij II nessa decisão, seja porque os serviços de origem solicitam mais tempo de acolhida para trabalhar questões que possibilitem a volta do usuário ao seu território, seja por não acompanharem tão de perto o processo de acolhimento integral e acabarem não concordando com a conduta do CAPSij III.

*Porque quando o usuário está aqui há mais de duas semanas, começa a ficar um movimento diferente. Eles já querem ir embora, já estão estáveis e aí, às vezes, o CAPS solicitante quer trabalhar algumas outras questões ou com a família ou com a rede do usuário e acaba pedindo para prorrogar um pouco “Ah! Mas ainda não está preparado para receber”. Quando acaba segurando um pouco, é ruim, o usuário sente muito isso e fica ruim. Então às vezes acontece essas dificuldades, mas não é sempre. (Gerente 1)*

*Olha, eu estaria idealizando se eu dissesse que sempre é tudo tranquilo. Eu acho que a equipe vai compartilhando a cada passagem. (...) Então assim, a gente vai podendo acompanhar o processo, a mudança, porque tem também uma delicadeza quando você troca isso com outra equipe, uma equipe que está vindo, mas também não acompanhou isso, ao mesmo tempo, eu também percebo e sei que também tem questões para outra equipe que às vezes tem a ver assim: “Olha, mas se segurar mais um dia a gente consegue dar mais um passo”. Como é que vai negociar isso? Eu acho que a gente já melhorou essa comunicação para fazer esses combinados, para pensar o PTS junto e que seja combinado isso com o*

*usuário, que seja o desejo dele. (...) Às vezes o CAPS de origem nem sempre se sente contemplado, dizem que se sentiram atropelados que faziam uma avaliação diferente, que tinham um outro conhecimento do caso. (Gerente 2)*

*Temos algumas discordâncias relacionadas ao período de permanência porque sempre quem está acompanhando diariamente, que somos nós, acaba avaliando uma melhora que já vai caminhando para a alta e o CAPS que às vezes está mais distante, não tem essa vivência com o usuário e acaba às vezes, discordando nesse período de alta.*

*Principalmente quando o caso tem complicações, vamos se dizer sociais, que acaba prejudicando no processo de alta porque se aquele usuário tem para onde voltar, então, é um facilitador para a alta. (Gerente 6)*

A vivência das situações de crise se apresenta em muitas dimensões, singulares, familiares, sociais, institucionais. Portanto, pensar o cuidado à crise é reconhecer que há uma complexidade nessas dimensões que irá exigir ações, muitas vezes difíceis de serem concretizadas no período de acolhimento integral.

Esse processo complexo é revelado, nas falas, pelas divergências apresentadas entre os serviços, sobre o momento ideal de “alta” do usuário. É fundamental que as equipes possam pensar juntas quais os principais objetivos a serem alcançados durante o período de acolhimento noturno, intensificando as ações nesse sentido, seja com o usuário, seja com a família, seja com a rede, a fim de favorecer o retorno o mais breve possível do usuário ao seu cotidiano e território.

Alguns objetivos não serão possíveis de serem alcançados durante esse período, e é importante que as equipes tenham isso claro, reconhecendo que mesmo após a “alta”, muitos investimentos ainda precisarão ser feitos a fim de equacionar as dificuldades vivenciadas.

Nessa parceria, há uma delicadeza a ser cuidada nas relações entre as equipes, os usuários, as famílias e a rede. Uma comunicação próxima e efetiva dá espaço para as singularidades, para os diferentes tempos, para os possíveis, facilitando a fluidez dos processos de cuidado.

#### **4. POTENCIALIDADES E DIFICULDADES DOS CAPS IJ III**

Os gerentes também foram questionados sobre quais são a potencialidades e dificuldades dos CAPSij III. Os resultados serão apresentados a seguir.

#### **4.1. Potencialidades dos CAPSij III**

A seguir, serão apresentadas algumas potencialidades dos CAPSij III relatadas pelos gerentes participantes do estudo.

*Olha ao mesmo tempo que ter aqui a disponibilidade do acolhimento integral é bom, porque facilita o acesso dos nossos usuários a esse recurso (...) nós recebemos os usuários de fora também com muito acolhimento, todo mundo tem um acompanhamento muito parecido assim, em termos do que a gente oferece. A gente não faz diferença se veio de fora ou se é daqui de dentro. (Gerente 1)*

A primeira potencialidade relatada pelos gerentes se refere à facilidade de acesso ao acolhimento integral pelos usuários do próprio serviço e também a um tratamento igualitário destinado a todos.

Nesta fala, a gerente 1 aponta que ter o recurso do acolhimento integral aos próprios usuários do serviço é uma importante potencialidade, deste modo é possível intensificar o cuidado pela própria equipe com que o usuário já possui vínculo.

Contudo, a gerente 1 também reforça que o serviço é bastante acolhedor com todos os usuários que acessam o CAPSij III, e que não há diferença no acompanhamento ofertado aos usuários que são do próprio serviço e aos que são provenientes de outros serviços, configurando-se como um espaço de cuidado e acolhimento a todos que precisam desse recurso.

A gerente 2 cita a importância do CAPSij como espaço de pertencimento à juventude, um espaço de trocas afetivas, mas que também deve ser muito bem circunstanciado.

*Com a complexidade e a dinâmica da cidade, esses espaços de pertencimentos vão ficando mais escassos e o CAPS é um espaço para isso. (...) ter um espaço para procurar, para ir quando tiver algo pegando, quando você precisar de uma escuta, de uma troca afetiva de outra ordem e que você não tá conseguindo estabelecer em outros espaços. Então, eu acho que é um recurso essencial para a juventude, mas que deve ser muito bem circunstanciado e isso para mim também é um dilema. (Gerente 2)*

Nesta fala, destaca-se a importância dos CAPSij como um espaço de convivência, pertencimento e acolhimento à juventude. A gerente 2 traz que, ao mesmo tempo em que esse lugar ocupado pelo CAPSij é uma potencialidade, também escancara um importante dilema, que revela o quão frágeis estão os espaços de pertencimento a essa população. Para além dos CAPSij, seria essencial que outros equipamentos também pudessem produzir pertencimento, troca e acolhimento. Crianças e adolescentes têm garantidos pelo ECA (BRASIL, 1990b) os direitos fundamentais de liberdade, respeito e dignidade; convivência familiar e comunitária; educação, cultura, esporte e lazer; que devem ser garantidos por meio de uma rede de proteção. Porém, os casos vão sinalizando importantes falhas nessa garantia de direitos, produzindo violências, violações e vulnerabilidades.

Frente a essa realidade, muitas vezes, serviços mais sensíveis às questões vivenciadas por essa população acabam tentando responder às imensas falhas produzidas pela rede de proteção, assumindo responsabilidades de outros serviços do território.

Apesar do CAPSij também ser um espaço de convivência e pertencimento, é essencial que os adolescentes e jovens encontrem em outros espaços do território o mesmo afeto, acolhimento e cuidado que reconhecem no CAPSij.

Outra potencialidade apontada pelas gerentes se refere à compreensão ampliada do sofrimento, a integralidade do cuidado e o olhar para as complexidades do sujeito.

*Eu acho que a possibilidade da validação mesmo da juventude e do seu sofrimento não como uma experiência só individual, mas que diz de um modo de vida. Porque ao permitir também que esse sofrimento aconteça e que possa ser dialogado e que possa ser construído um processo de cuidado, em alguma medida se ajuda a explicitar um conflito que é individual, claro, é singular, acontece na vida desse sujeito, mas que ele traz sim, elementos de quanto essa juventude está sendo violada. (Gerente 2)*

*Eu acho que essa questão integral do cuidado, não só do CAPSij III, mas do CAPS em geral. Eu acho que não tem outro serviço que olhe para o sujeito pensando na integralidade e em todas as suas complexidades como o CAPS olha. (Gerente 4)*

Observa-se, nessas falas, que há uma compreensão ampliada do sofrimento, compreendido de forma integral e complexa, considerando-o uma experiência singular, mas também uma experiência que reflete as dimensões coletivas que compõem a vida de crianças e

adolescentes, em especial aquelas atravessadas por situações de vulnerabilidade. Essa compreensão de sofrimento se alinha à perspectiva psicossocial ao considerar a experiência do sofrimento enlaçada com o social, composta por complexas dimensões do real que se expressam no sofrer, engendrando novos olhares e novos modos de cuidar (AMARANTE, 2003; YASUI, 2010).

O gerente 3 aponta que a principal potencialidade do CAPSij III é afirmar que existe crise na infância e adolescência, reconhecendo que essa população precisa de um cuidado e de um equipamento que sejam condizentes com suas necessidades.

*Eu acho que o primeiro potencial é a própria existência dele em mostrar que na infância tem crise, na adolescência tem crise e que a crise não tem horário comercial. Eu acho que essa é a grande sacada. A segunda é essa potência de você trazer um cuidado que não seja via internação, então assim, a gente sabe que tem muitos casos que não podem sofrer a descontinuidade do cuidado e se você não tem um equipamento como o CAPSij III, o que resta é deixar a pessoa em sofrimento ou partir para um outro tipo de internação e isso pode ter consequências terríveis, a gente sabe que não é adequada. Toda internação deixa marcas e a gente luta, porque essa luta ainda vem acontecendo, que é a ideia de que criança, adolescente também sofre. E sofre muito e você precisa de um cuidado especializado para esse sofrimento. Romper com essa ideia que você pode usar a mesma lógica do modelo adulto para a infância e adolescência, por isso que o CAPSij III, ele precisa existir. A criança tem crise, o adolescente tem crise e tem que ter o espaço certo para lidar com essa crise. (Gerente 3)*

Observa-se nesta fala que ainda se faz necessário reafirmar que crianças e adolescentes sofrem e que existe sim crise na infância e adolescência, uma condição que é reflexo do reconhecimento tardio, pela sociedade e pela ciência, que crianças e adolescentes sofrem psiquicamente, e também da tardia inserção da saúde mental infantojuvenil nas políticas públicas de saúde.

O gerente 3 reforça a importância do CAPSij III como um equipamento capaz de construir ações de cuidado condizentes com as necessidades da população infantojuvenil, sem ter que recorrer ao modelo de cuidado da população adulta, como o encaminhamento para uma internação.

Na fala a seguir, a gerente 2 reflete sobre a lógica psicossocial e o cuidado territorial na crise, incluindo os contextos e os cenários de vida na compreensão da produção do sofrimento.

Ela também aponta sobre o risco de a institucionalização estar sempre batendo à porta dos CAPSij III, reforçando a importância de as equipes refletirem e se questionarem sobre “de quem é a crise?”, ao trabalhar com crianças e adolescentes.

*Então o CAPSij III tem um recurso a mais para o cuidado da crise no território, a experiência para a gente poder explicitar isso, de como é que a vida acontece nos territórios, o que gera sofrimento, como, onde, quando, por que, e a gente aprofundar melhor como que a nossa vida está acontecendo, em especial como que a gente está cuidando das crianças e dos jovens. Eu acho que a experiência do CAPS III permite esse cuidado da crise.*

*A intenção da institucionalização aqui e o risco de que, se a gente não se preocupar, a gente vá abrindo caminhos para institucionalizações, eu percebi que é bem delicado mesmo. É muito delicado. (...) O CAPS III precisa se repensar o tempo inteiro e o que é crise na infância e adolescência. Crise de quem? (...) O pessoal fala “crise psiquiátrica”, mas não está na escola, não está circulando para lugar nenhum, tem uma mãe que não tem recurso está sozinha está envelhecendo, assim, crise de quem? Então, a gente lida o tempo inteiro com a falência dos recursos ou da diminuição dos recursos. (...) E essas famílias talvez sejam as famílias que estão mais isoladas comunitariamente em alguma medida (...). não consegue isso e aquilo porque tem fragilidades e vulnerabilidades de tantas ordens. E quanto essa família invisibilizada no território vai deixando as coisas mais difíceis, os acessos, os recursos, a ajuda comunitária. (...) o recurso do CAPS III, ele só faz sentido se for nessa lógica territorial. (Gerente 2)*

Nesta fala, a gerente reflete que muitas fragilidades e vulnerabilidades perpassam as histórias de sofrimento, fazendo refletir “de quem é a crise?”. Compreende-se que a presença ou ausência de recursos impacta diretamente no processo saúde-doença, ampliando ou reduzindo as possibilidades de transformação dos cenários de vida.

A gerente 3 alerta para o risco de o CAPSij III responder somente à “crise psiquiátrica”, reforçando a necessidade que uma compreensão psicossocial da crise, que considere o território do usuário e família, suas condições de vida e as possibilidades ou impossibilidade de acesso aos direitos e a recursos. Aqui vale novamente um destaque para a determinação social da saúde, ao afirmar a estreita relação entre o processo saúde-doença individual e coletivo e seu caráter histórico-social (ROCHA; DAVID, 2015).

Moura e colaboradores (PRELO) incluem os contextos macrossociais como ferramentas de compreensão para a crise psicossocial, compreendendo que as desigualdades estruturais (sociais, econômicas, raciais e de gênero) presentes no país também influenciam na vivência do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes.

Nas falas a seguir, será apresentado como a presença do CAPSij III na rede evita a institucionalização e a internação de crianças e adolescentes tanto em Comunidades Terapêuticas, quanto em Hospitais Gerais e psiquiátricos.

Abaixo, a gerente 2 afirma que uma importante potencialidade do CAPSij III é garantir a não institucionalização em todas as suas formas, ofertando um espaço de cuidado que faça face às Comunidades Terapêuticas.

*Eu acho que garantir a não institucionalização, seja ela de diversas ordens, e que não deixa de ser um dilema, porque às vezes as famílias querem deixar aqui e ao querer deixar aqui, vão querer deixar em outro lugar. Tem um dilema disso de permitir que os meninos tenham um espaço de cuidado e que a gente não vai perdê-los aí para essas experiências das Comunidades Terapêuticas. Eu acho que a garantia do cuidado no momento de maior agudização do sofrimento, (...). Essa coisa dos meninos trazerem para a gente de estarem amarrados tanto nas comunidades como na UPA. Eles chegam aqui contando várias assim e acham “Nossa! Aqui não acontece?”. Não, aqui não acontece é de outro jeito e tal. (Gerente 2)*

Um dos muitos retrocessos vivenciados no Governo Bolsonaro foi a publicação da portaria nº 563/2019 que cria o cadastro de credenciamento das Comunidades Terapêuticas junto ao Ministério da Cidadania e a Resolução nº 3/2020, que regulamenta no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas o acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2020). Apesar das muitas tentativas de alteração desse cenário, como a Ação Civil Pública que solicita a revogação dessa resolução realizada Defensoria Pública da União contra a União Federal, sabe-se que adolescentes têm sido internados em Comunidades Terapêuticas.

Uma proposta que viola integralmente os direitos de crianças e adolescentes, mostrando-se uma resposta manicomial e tutelar, que reproduz violência, individualiza a questão do uso de substâncias e segrega a juventude pobre.



Articulada a essa funesta portaria, vivencia-se o desinvestimento na sustentação ou ampliação dos equipamentos que compõem a RAPS - o que, em conjunto, dinamiza o desmonte das políticas públicas de saúde mental e compromete severamente as ações vinculadas à atenção psicossocial

Já a gerente 5 aponta que uma das principais potencialidades do CAPSij III é evitar a internação de crianças e adolescentes, uma experiência referida como bastante traumática. A gerente afirma que a internação deixa marcas profundas nos usuários e que o acolhimento integral proporcionado pelo CAPSij III garante o cuidado à crise, evitando que o usuário seja internado.

*Não precisar internar as crianças no hospital, os adolescentes não terem que viver essa experiência de uma internação hospitalar tão jovem, a gente sabe o quanto é traumático. Acontecem de ter situações que chegam para a gente de pós internação aqui, o quanto que para eles tem uma marca muito profunda. E, eu acho que a gente poder trabalhar a crise desse processo antes de chegar a esse ponto é muito bacana. (Gerente 5)*

As gerentes apresentam que o acolhimento integral em CAPSij III é uma alternativa mais acolhedora e humanizada à internação em Hospitais Gerais. Destacando, ainda, a importância da garantia do cuidado no território nesta fase da vida e extrema relevância deste equipamento para a população infantojuvenil.

A gerente 6 aponta que o CAPSij III é um equipamento territorial que possui uma equipe menor, possibilitando um investimento no vínculo e no acolhimento como ferramentas de cuidado.

*Eu acho que é acolher o usuário na crise, evitar essas internações traumáticas em relação aos Hospitais Gerais e Psiquiátricos, porque a gente não tem esse suporte aqui no nosso território direcionado para a infância, né? Um Hospital Geral que acolhe as nossas crises, então eu acho que o CAPSij III favorece muito esses suportes para as crises dos nossos usuários, assim, um acolhimento melhor, no sentido de mais vínculo, uma equipe menor, não ser caracterizado um hospital. Eu acho que esse é um ponto principal do diferencial do CAPS III. (Gerente 6)*

Já a gerente 1 traz que os Hospitais Gerais possuem uma grande demanda de emergências, sobrecarregando as equipes. Além disso, possuem protocolos engessados, como horários fechados para visitas. São equipamentos que não possuem manejo para os casos de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico como os CAPSij possuem, sendo ofertado a esses usuários somente excessos de medicações e contenção, o que se mostra bastante desalinhado ao cuidado psicossocial.

*Pensando que, por exemplo, se um usuário está mais em crise. Ele precisa de um cuidado 24 h. Encaminhar para um Hospital Geral que é o que a Secretaria preconiza. No Hospital Geral, muitas vezes, eles não vão ter um manejo, esse cuidado, esse olhar que os CAPS normalmente têm. Não só por ser CAPS III. Os CAPS normalmente têm esse acolhimento diferenciado. Então, isso dos hospitais, como não sabem muito manejar ou como não tem muito esse tato, também por terem outras demandas, o hospital é aquela loucura de várias questões de emergências ali, clínicas e questões de vida ou morte que às vezes acaba impedindo dos profissionais de terem esse tempo, às vezes acabam super medicando ou deixando mais em contenção, não oferecendo outras possibilidades de cuidado, tem aquela coisa mais engessado de horário de visita, de protocolos. Então, isso para a infância e juventude é ruim para qualquer um, mas para a infância e juventude é pior ainda. Pensando no universo da criança e do adolescente que é um universo completamente diferente, cheio de imaginação, eles estão crescendo, eles querem coisas novas. (...) Então, o dispositivo do acolhimento integral é muito bom para isso, para você conseguir cuidar de um jeito mais humanizado e acolhedor pensando nessa população específica. Para todo mundo até adultos também é melhor ser num CAPS III do que num hospital. (Gerente 1)*

A gerente 4 também revela as dificuldades enfrentadas com o cuidado oferecido nos Prontos-Socorros, reforçando a importância de se ter mais serviços como CAPSij III, a fim de garantir o cuidado no território, respeitando os direitos sociais

Ela também traz que a ausência de um lugar adequado para receber essas crianças e adolescentes no hospital acaba aumentando o risco de os adolescentes serem encaminhados às Comunidades Terapêuticas ou ficarem desassistidos, como o caso relatado em sua fala, a seguir. A questão da internação para crianças e adolescentes será mais amplamente discutida no capítulo *Dialogando nas Complexidades*.

*Traz muita potência porque se a pessoa não estivesse aqui ela provavelmente estaria num pronto-socorro. E a gente sabe que é muito frágil a assistência psiquiátrica nos prontos-socorros. Eles têm muita dificuldade para lidar e nem é o mais adequado porque não tem leito específico de crianças, fica todo mundo ali misturado. Além do mais, situação de álcool e drogas que não tem um lugar específico e agora, essas coisas aí, de Comunidades Terapêuticas para internar adolescentes que é um retrocesso danado, então, quanto mais serviço como este a gente tiver no território, melhor para a gente conseguir garantir o cuidado e garantir os direitos também. Porque é desumano. Teve caso antes de a gente ser CAPS III de a gente encaminhar para o hospital e a pessoa passar a noite numa poltrona com a mãe porque eles não queriam internar o adolescente com outros adultos mais graves, mas entendia que era grave e não dava para voltar para casa. (Gerente 4)*

Tanto como alternativa a internações em Hospitais Gerais, Psiquiátricos ou Comunidades Terapêuticas, quanto para encaminhamento para prontos-socorros, o CAPSij III se revela como um importante recurso que evita a institucionalização e a internação de crianças e adolescentes, premissas presentes na atenção psicossocial e nos esforços de garantir a proteção integral a essa população.

O estudo de Jozefczyk (2021) também revelou que a acolhida noturna é uma oferta de cuidado alternativa à internação hospitalar, possibilitando vinculação, reinvenções das estratégias de participação dos usuários, agenciamento de um cuidado territorial, articulado em rede e direcionado ao modo psicossocial.

Compreendendo que a internação de crianças e adolescentes ainda é uma realidade em nosso país (BLINKSTEIN; VICENTIN, 2016; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015; GALHARDI; MATSUKURA, 2018; SCISLESKI; MARASCHIN; SILVA, 2008), reconhece-se que serviços comunitários e estratégias de cuidado que visem a substituição das internações e que rompam com a história de institucionalização vivenciada por essa população são um fundamental avanço técnico, ético e político nos modos de cuidar de crianças e adolescentes.

Vale lembrar que a redução das internações foi um dos principais objetivos para a construção do primeiro CAPSij III de São Paulo; e aqui, no estudo 2, esse mesmo objetivo é apontado como uma potencialidade, revelando que os CAPSij III têm se destacado como uma experiência extremamente relevante, que mudou radicalmente o cenário de internação de crianças e adolescentes no município e tem construído efetivas possibilidades de cuidado territorial à crise.

Por fim, alguns gerentes relatam que a estrutura física dos serviços é uma potência, revelando a importância de ter uma casa que facilite a convivência, com um amplo espaço externo verde, que favoreça a diversidade das atividades, além de espaços para práticas esportivas.

*A estrutura física da casa, a casa em si é fantástica dava para pegar ela como base, modelo. (...) Eu acho que essa casa aqui, claro, tem ajustes, tem questões, mas ela é muito interessante porque ela permite a convivência de todo mundo, por exemplo, até o fato de ter só uma cozinha, todo mundo junto, é uma estratégia de troca e é super possível, não tem dilemas, não tem grandes questões e ela é muito ampla, uma área verde, ela é gigante. Eu acho que o recurso dessa casa é excepcional. (Gerente 2)*

*Ah, uma potência! A nossa casa é linda. Todo mundo adora nossa casa! É uma casa bem aconchegante, é muito boa.*

*Ter espaço de práticas esportivas. é muito importante uma quadra, eu acho que é algo muito importante. Porque o esporte é muito integrador, é fundamental, é saudável e promove saúde mental também. E também te possibilita uma série de atividades fora da sala, quebra essa ideia que o atendimento tem que ser em sala. Ter um espaço que tenha verde, para trabalhar essa questão da preservação da natureza, da possibilidade de você fazer hortas, cultivar, fazer crescer vida, isso é muito terapêutico. Uns espaços de salas que você possa brincar, eu acho que tudo isso nós temos. Eu acho que a única coisa que falta para a gente aqui é uma piscina. (Gerente 3)*

Estes resultados revelam que as principais potencialidades do CAPSij III se referem ao serviço como um lugar de pertencimento, cuidado e afeto, que compreende o sofrimento de forma ampliada, o cuidado de forma integral, considerando as complexidades do sujeito e seus contextos. Além disso, o serviço busca garantir a não institucionalização de crianças e adolescentes, oferecendo uma alternativa às Comunidades Terapêuticas e às internações em Hospitais Gerais e psiquiátricos; imprime a lógica psicossocial na atenção à crise, garantindo direitos e incluindo as relações e os contextos de vida na produção do cuidado.

## 4.2. Dificuldades dos CAPSij III

A seguir, serão apresentadas as principais dificuldades vivenciadas pelos CAPSij III a partir da perspectiva dos gerentes participantes do estudo. Vale ressaltar que muitas das dificuldades aqui destacadas já foram apontadas em outras falas ao longo da discussão dos resultados deste estudo. Estão reunidas nesta seção apenas para proporcionar o agrupamento das mesmas, de forma a sistematizar as complexidades do cuidado, a partir das dimensões das dificuldades.

A primeira dificuldade apresentada pelos gerentes se refere à comunicação com os CAPSij II e às divergências na lógica de trabalho.

*Eu acho que a gente tem diferenças e divergências na lógica de trabalho com os outros CAPS de lógicas mais manicomial. E de que a gente tem ainda internamente, a gente tem um ano e meio de trabalho também um processo de construir um pouco mais dessa história da assistência a infância e juventude para entender o que é uma certa idealização dos processos (...) e entender os elementos que compõem as estratégias mais rígidas de controle. Então, tem uma disputa mesmo de projeto, de modelo que acontece, isso é fato. (Gerente 2)*

Aqui, nesta fala, evidencia-se mais uma vez a presença dos paradigmas psiquiátrico e psicossocial e como eles se expressam nas práticas de cuidado dos serviços (COSTA-ROSA 2000; YASUI 2016). A gerente 2 menciona o quanto a coexistência desses dois paradigmas na rede gera inúmeras divergências e conflitos entre as equipes dos CAPSij II e do CAPSij III, revelando-se um grande desafio.

Ainda que a lógica manicomial se faça presente e seja reproduzida em alguma medida, é importante lembrar que estamos falando de serviços que realizam a mesma clínica, que são territoriais, que compõem a rede e que estão sob a égide do SUS e da atenção psicossocial. Deste modo, apesar de haver tensionamentos, divergências e conflitos, é importante circunstanciar essas dificuldades, pois não estamos falando de serviços isolados e estanques, mas sim serviços vivos, permeáveis a novas construções e que a partir das experiências com o outro são capazes de refletir e transformar suas lógicas de cuidado.

Toda essa dinâmica exige uma delicadeza nas relações e condução dessa parceria a fim de proporcionar uma construção coletiva, que respeite as condições e os tempo do outro, sem deixar de provocar transformações no campo.

Além das diferentes lógicas de cuidado que se operam nos diferentes territórios, o gerente 3 relata que a própria equipe do CAPSij III precisa desenvolver muita flexibilidade e disponibilidade ao lidar com essas diferenças, o que se constitui um grande desafio.

Outra dimensão se refere à complexidade do trabalho em equipe, que é ampliada ainda mais em um equipamento como o CAPSij III, conforme já foi discutido na subseção 2.2.

*Eu acho que é essa intensidade da vivência. O CAPS II já é super intenso, a diferença é que o CAPS III é intenso 24h. Eu acho que essa intensidade, a dificuldade também é que em um CAPS III, você aumenta esse número de processos frios também. Eu acho que uma das grandes dificuldades é como você dá conta desses processos frios mantendo a parte quente bastante acolhedora ainda. Eu acho que outro desafio é que a flexibilidade da equipe tem que ser muito grande porque você vai ter que passar a lidar com questões de territórios às vezes muito distantes e que o manejo é bastante diferente porque os territórios, eles têm uma lógica. Então assim, isso faz com que a equipe do CAPS tenha que ser muito flexível, muito flexível e ser flexível é um desafio. Ser flexível, estar disposto a atender pacientes com todo o tipo de realidade, ter que lidar com essa questão que alguns criam dessa dependência desse local que ela irá ficar protegida 24h, eu acho que é um grande desafio. (Gerente 3)*

Nesta fala, o gerente 3 sinaliza que a intensidade de cuidado 24 horas se mostra bem desafiante para a equipe. Além disso, informa que o aumento dos “processos frios”, que são os processos mais duros do cuidado, representados por este gerente como os processos protocolares exigidos pelo COREN e pelo CREMESP, também desafia o trabalho do CAPSij III. Vale ressaltar que, por mais que existam essas exigências legais, a maior ou menor flexibilidade da equipe em como lidará com elas gerará uma maior ou menor ressonância com o paradigma psicossocial. Essa questão, tão fortemente apontada pelo gerente 3, revela uma dificuldade do serviço em que atua, não se constituindo uma realidade em todos os serviços estudados. Estas questões sobre as influências dos conselhos de classe no cuidado ofertado pelos CAPSij III também foram discutidas nas subseções 2.3 e 3.2.2.

A comunicação entre a própria equipe do CAPSij III foi relatada como uma dificuldade pela gerente 5. Esta dificuldade, destacada aqui, já foi apresentada e discutida na subseção 2.2.

*Eu acho que é essa dificuldade de comunicação entre toda a equipe. Eu não estou dizendo isso só do lugar da gestão, eu escuto isso também da minha equipe toda ela, da equipe da manhã, da equipe do dia. Eu acho essa é uma super dificuldade. (Gerente 5)*

A presença de diferentes turnos de trabalho (noturno e diurno), a ausência de equipe multi à noite e aos fins de semana, a presença de contratos de trabalho no formato plantões 12x36 horas, as dificuldades das OSS flexibilizarem os horários de trabalho para que os profissionais do noturno e do diurno se encontrem ou, ainda, o pagamento de horas extras em caso de reuniões fora do horário de trabalho, são exemplos de dificultadores que ampliam os desafios do CAPSij III em garantir uma melhora na comunicação da equipe.

A seguir, a gerente 1 traz que os pedidos de acolhimento integral realizados pelos CAPSij II, no final do dia, dificultam muito os processos de organização do CAPSij III.

*Principalmente o ano passado, houve um processo de pensar nos fluxos de encaminhamentos. Ficou pactuado que a gente tentaria fazer na maioria das vezes essa articulação de segunda a sexta no horário comercial, pensando que os CAPS II funcionam em horário comercial e o CAPS III também tem o mesmo funcionamento do CAPS II durante a semana e fica mais fácil. Só que às vezes numa sexta-feira as 19h ou 18h30 da tarde, acontece de algum CAPS solicitar acolhimento integral (...). Quando eles pedem para vir tudo de última hora na sexta-feira quase a noite, são os momentos mais difíceis que a gente tem assim de aceitar os casos.*

*Não tem tempo para poder preparar. Por exemplo, se essa solicitação vem mais cedo, a gente consegue pensar em uma troca de cobertura no plantão, a gente consegue pensar: “Bom, tá! Vem para cá, mas então a gente pensa em alguém...”. E às vezes a comunicação é muito ruim assim quando vem desse jeito. (Gerente 1)*

Nesta fala, a gerente destaca a importância dos CAPSij II, ao se depararem com uma demanda de acolhimento integral, iniciem a articulação com o CAPSij III o mais breve possível, facilitando os processos de interlocução entre os serviços e de resolução de eventuais dificuldades que podem surgir nesse encaminhamento.

Porém, vale ressaltar que é necessário que os CAPSij III tenham flexibilidade com os serviços da rede, pois nem sempre será possível essa brevidade no contato, já que muitos casos podem demandar o acolhimento integral no final do dia.

As falas a seguir falam da dificuldade de compreensão do serviço tanto pela população, conforme aponta a gerente 6, quanto pela rede, como lembra a gerente 5.

*Eu acho que é difícil a compreensão do serviço. Eu acho que a população não entende o que é um CAPSij, já não sabe o que é CAPS, tem mais dificuldade de entender o que é esse serviço, o que é CAPSij III com funcionamento 24h. Eu acho que é a falta de compreensão que a gente se esforça muito para levar isso para fora no território, explicando nas ações que temos diversas na comunidade, para a população entender melhor. (Gerente 6)*

Em relação à rede, a gerente 5 aponta que os serviços também apresentam dificuldades em compreender o que é um acolhimento integral em CAPSij III e diferenciá-lo de uma internação.

*Acho que tem essas dificuldades junto a rede do entendimento do que é um leito de acolhimento à crise no CAPS. As pessoas entendem que é um lugar de internação e a gente passa muito tempo falando a mesma coisa: “Que não é internação”, “Que não vai ficar muito tempo”, “Que é porta aberta se o menino não quiser ficar ele não vai ficar”. E acho que isso é muito chato e cansativo, porque você fica batendo em pedra muito tempo. (Gerente 5)*

Outra dificuldade relatada pela gerente 5 se refere à compreensão do CAPSij III como moradia para usuários que têm vivenciado problemas no SAICA.

*Em todo lugar tem SAICA e é uma super luta oe CAPSij III dar retaguarda para o SAICA. O menino está dando problema lá, vai e passa a morar no CAPS. Não é isso! E, é essa linha de entendimento que as pessoas fazem. Uma situação dessa assim não tem onde colocar manda para o CAPSij III. Isso é muito manicomial, muito. E aí, a gente é muito colocado nesse lugar, o tempo todo. Tipo: “Não dá alta porque a gente não sabe para onde ele vai”. Sabe, é muito ruim ter que lidar com isso para a gente, para os meninos que estão aqui. (Gerente 5)*

Observa-se, nestas falas, que há um desconhecimento por parte da população e da própria rede sobre a função do equipamento CAPSij III. Por vezes o recurso do acolhimento integral é entendido como internação, por vezes como moradia, revelando a proeminência no imaginário social dos dois paradigmas que se busca superar, o psiquiátrico e o menorista tutelar.



Sob essa lógica, é espelhado no CAPS o lugar da instituição total, como um local que dará conta tanto das questões de saúde, quanto de moradia, de modo isolado e tutelar. Observa-se que ainda há um importante caminho para a desconstrução desses paradigmas, apontando a necessidade de um intenso investimento na dimensão sociocultural da atenção psicossocial, possibilitando a construção de um novo lugar social para o cuidado em saúde mental, em rede e no território. Um lugar que não está dado, mas que precisa ser tecido junto aos atores reais que compõem os territórios.

Outro ponto colocado pela gerente 2 se refere à falta de cobertura de Estratégia Saúde da Família, dificultando as parcerias para a efetivação de um cuidado no território.

*Um elemento que é muito importante de a gente pontuar, é que nós não temos um território com cobertura de 100% de Estratégia de Saúde da Família, isso traz dificuldades e prejuízos importantes porque nas regiões onde nós não temos a estratégia o cuidado é muito mais cindido, isso é fato. (Gerente 2)*

Abaixo, o gerente 3 reflete sobre a relação do serviço com a Educação. Muitas vezes, os pedidos que chegam das escolas são para que os CAPSij adequem as crianças e adolescentes ao ambiente escolar, ao invés de reverem suas próprias práticas, reconhecendo a necessidade de uma quebra de paradigmas e de uma mudança estrutural para que de fato se produza inclusão.

*Particularmente falando das escolas, a dificuldade de quando a gente vai fazer alguns encontros de se assumir que alguns modelos não estão bons, eles não estão permitindo a inclusão, isso não é falado. É sempre colocado de uma forma “Ah, não! Mas nós fizemos tal processo” ou se coloca tudo nas costas do professor como se faltasse eles fazerem um curso milagroso que fosse ensinado a lidar com todas as crises.*

*Falar de inclusão é falar de quebra de paradigmas e falar de algo que para mim é muito caro que é a ideia de que os locais que fazem inclusão, ou seja, todos os lugares, eles precisam rever as suas estruturas, no sentido de que você vai precisar quebrar modelos para fazer a inclusão. (...) O pedido que vem geralmente para a gente é assim: “Resolva os sintomas desagradáveis dessa pessoa para que eu possa mantê-lo dentro desse sistema”. Quando na verdade uma parte da discussão seria assim: “O que deveria se transformar nesse sistema, para que ele possa ser inclusivo?” Que envolve disposição, gastos de dinheiro, sacrifícios pessoais. Sim! Eu diria se você não está disposto a mudar a estrutura é a mesma coisa de que*

*eu colocar um cadeirante num local que só tem escadas e dizer assim: Façam o andar! Porque eu não construirei uma rampa. E às vezes, você precisa construir a rampa. Construir a rampa vai envolver desmontar um lugar, fazer um projeto, mexer na estrutura. E se fala muito pouco em mexer nas estruturas. O pedido é: “Adequem essa pessoa a estrutura já existente”. Então eu acho que isso é o maior desafio, que a gente sabe que é político, eu diria que é: Como que a gente toca nessa ideia de romper estruturas? Chega um momento que tem um limite que as intervenções terapêuticas elas podem produzir, se algo no real não for tocado. Então, eu acho que por fim, isso é um dos grandes desafios. Como é sensibilizar que as estruturas precisam ser mudadas e não só o sujeito. (Gerente 3)*

Esta fala traz uma intensidade e uma coerência que faz refletir sobre a necessidade de toda a rede caminhar em uma mesma direção, em um mesmo propósito, possibilitando a criação de territórios psicossociais capazes de sustentar ética e afetivamente as experiências de diferença e sofrimento.

Complementarmente a essa fala, os gerentes 3 e 5 enfatizam o quanto a visão dominante presente na sociedade é produtora de segregação e intolerância e dificulta os processos de transformação social protagonizados pelos serviços.

*Eu acho que são os piores desafios que os CAPS II, e nós também como CAPS III enfrentamos, que é manter essa rede bem costurada, lidar com essas outras intervenções, essa demanda que às vezes parte da sociedade entende que o sucesso é quando o paciente não tem mais sintomas. E, eu acho que lidar com o momento histórico que a gente está vivendo assim de bastante intolerância porque a proposta do CAPS é na verdade, de transformação social muito mais do que do atendimento em si. (...) E buscar essa transformação social num momento de tanta intolerância assim, é um desafio, talvez seja o maior nó, assim. É o desafio mais gigantesco que tem, porque a saída mais fácil é sempre ainda, algumas irão falar de forma direta, mas muitas de formas velada que é “Afastem essa pessoa que tem sintomas indesejados!”. Quando a gente devolve que muitos desses sintomas indesejados continuarão e que inclusão é justamente isso é a gente conseguir criar mecanismos que apesar desses sintomas indesejados, esse ser humano não seja privado dos direitos dele, explicar isso já é um grande desafio. (Gerente 3)*

*As pessoas estão mais difíceis hoje, mais intolerantes. E isso, tem um impacto muito grande aqui também. Eu fico pensando que a gente vai ter que mudar de casa de novo. Embora, a gente tenha construído essa casa muito com a cara da qual gostaríamos que os CAPS fossem, mas com a vizinhança é difícil. (Gerente 5)*

Todas essas falas refletem o quanto a busca pelo enquadre a uma norma, a intolerância à diferença, o preconceito e a segregação têm sido presentes nos processos sociais, seja na escola, na vizinhança ou na sociedade como um todo. Um processo que produz inúmeras violências e violações de direitos, construindo importantes barreiras para a efetivação de uma prática psicossocial de cuidado à SMIJ.

Vicentin (2016) sugere, como antídoto para os feitiços sedativos que a exclusão exerce, que se possa construir dispositivos coletivos de proteção, ampliando as possibilidades de enfrentamento aos processos sociais que produzem sofrimento e vulnerabilidade.

Acredita-se que a transformação social ganha forma quando alcança e mobiliza coletivos. Deste modo, é essencial que os CAPSij encontrem seus parceiros de luta nos territórios em que atuam, problematizando as visões dominantes, construindo terrenos de resistência e práticas contra hegemônicas, que apontem possibilidades dentro do impossível.

A seguir, os gerentes apontam que a visão hegemônica, sustentada pelo poder biomédico e pelo lugar que as práticas de cuidado mais hospitalares ocupam, também se apresentam como ameaça às práticas, revelando-se como dificultadores para efetivação da atenção psicossocial.

*Ao mesmo tempo é uma potência e ao mesmo tempo pode ser um engodo aí que é o processo de trabalho, porque é muito fácil a gente cair numa lógica hospitalar até por isso assim, porque se a gente pensa que a equipe que acompanha os fins de semana e o noturno é uma equipe de enfermagem que tem uma formação mais hospitalar (...) eu acho que é muito fácil a gente cair num atendimento muito biomédico e muito hospitaleiro. A gente tem que estar atendo o tempo todo. (Gerente 5)*

*Eu acho que essa questão da composição da equipe no caso do noturno e do final de semana é um nó. Não está fechando a conta, não está batendo a conta no sentido do cuidado que a gente quer ofertar.*

*Sempre acho que essa divergência salarial e de condições de trabalho numa mesma equipe é um nó. Isso do poder médico, do saber médico é um desafio. A gente compôs a equipe*

*inteira médica esse ano. Eles estão participando de convivência, eu acho que no sentido de ser mais partilhado os saberes e as decisões, mas eu acho que isso é uma discrepância na equipe, isso gera diversos incômodos e traz limitações no nosso trabalho. Isso sem dúvida. Eu acho que a gente ainda não alcançou tudo que a gente pode alcançar na discussão sobre o uso da medicação como estratégia e recurso para o cuidado na infância e na juventude. E não só na crise, de que a gente tem metade aí, ou um pouquinho menos, na verdade nossos usuários com uso de medicação. (...) qual o lugar da medicação no cuidado ao longo e na crise que recursos a gente aciona e como a gente pode acioná-los de maneira a conhecê-los melhor para fazermos um uso mais racional disso. (Gerente 2)*

*Várias vezes eu me pergunto: “Para que existe CAPS III?”. Mas aí eu lembro do hospital e daí eu lembro porque existe o CAPS III. Porque esse convite de dar uma resposta médica para as coisas da vida e ter que internar e ter que sair, e, às vezes ter que vir goela abaixo, isso é muito ruim. É ruim para o usuário, para a equipe, para a família, para todos nós. Por mais que às vezes seja um desejo da família a gente sabe que não é tão bom. (Gerente 5)*

A racionalidade biomédica se faz presente de diferentes formas nos serviços, como a presença exclusiva de profissionais de enfermagem à noite e aos fins de semana no serviço; a diferença salarial entre médicos e os outros profissionais da equipe; a presença da lógica hospitalar no cuidado; e o lugar que a medicação ocupa no cuidado à infância e adolescência.

Há uma preponderância da racionalidade biomédica tanto na formação de médicos (CAMARGO JR, 2003), quanto na de enfermeiros. De acordo com Souza e colaboradores (2006), o ensino do enfermeiro é direcionado para os aspectos técnicos, o que reforça o modelo biomédico, focalizando o cuidado nos aspectos biológicos e deixando em segundo plano o envolvimento com outros aspectos do indivíduo.

Aqui se configura uma importante contradição vivenciada pelos serviços. Apesar de operarem na lógica psicossocial, os serviços convivem com o saber-fazer-poder biomédico em muitos dos seus processos de cuidado, produzindo conflitos e desafios em seu cotidiano de trabalho.

Isso pode tanto ser evidenciado pelo lugar de poder que os médicos historicamente ocupam nas equipes, quanto pela predominância de profissionais de enfermagem compondo as equipes, conforme observado no quadro 5 da seção 1 deste estudo, o que leva a uma

intensificação das divergências entre a lógica psicossocial e a lógica biomédica nos processos de cuidado.

A estrutura física também foi relatada como uma das dificuldades vivenciadas pelos serviços. As dificuldades se referem a ter dois prédios com dois andares dificultando a comunicação da equipe; a localização do serviço, que prejudica o acesso pela população; e o tamanho da casa com muitas salas e espaços separados, que acaba impossibilitando que a equipe acompanhe a movimentação de todos os usuários.

*A gente tem um pouco de dificuldade porque essa casa é grande, é bonita, é uma casa antiga, é clara, é uma casa bonita, mas o fato de serem dois prédios e terem dois andares nos dois prédios, fica difícil para a equipe conseguir acompanhar mesmo tudo que está acontecendo. Então, às vezes acontece uma crise lá na convivência e tem só uma ou duas pessoas lá e aí, a equipe está mais para cá. Então, a equipe conseguir se organizar e ter esse olhar para onde ela precisa estar mais concentrada ou não, essa dança, fica difícil. (Gerente 1)*

*A localização não é tão boa, de quase todos os pontos do território têm que pegar dois ônibus e descer lá na avenida. (...) Essa rua aqui até quem fica até as 19 h da noite tem que ir a pé, desiste, morre de medo, tem assalto. E eu fico só pensando que não é exatamente simples para você andar com alguma criança que tem uma dificuldade maior de mobilidade, essa rua inteira e são dois ônibus ou senão três ainda de alguns territórios. Então, eu acho essa barreira de mobilidade importante. (Gerente 2)*

*A gente tem muitos lugarzinhos assim, várias salas e espaços separados e a gente acaba tendo dificuldade quando alguém entra em crise, por exemplo, e se esconde para tentar suicídio ou se cortar, a estrutura física nesse sentido dificulta um pouco esse acompanhamento. Tem muitos esconderijos aqui no CAPS e também é difícil manter as pessoas num mesmo lugar, por exemplo, quando a gente tem oito, doze usuários na convivência e uns querem ficar lá embaixo, outros querem ficar dormindo, outros querem ir lá fora fumar... a equipe não dá conta. Então a estrutura física nesse sentido ela dificulta um pouco. (Gerente 4)*

Como observado, a estrutura física pode facilitar ou prejudicar a condução dos processos de trabalho. Deste modo, considera-se que a estrutura física é um quesito bastante importante

de ser considerado ao se propor a construção de um serviço CAPS. Na subseção a seguir, os gerentes apontam como deveria ser uma estrutura física ideal de um CAPSij III, sinalizando pistas que podem auxiliar gestores na proposição de novos serviços.

### 4.3. Sugestões dos gerentes

Os gerentes também contribuíram trazendo sugestões que poderiam reduzir as dificuldades vivenciadas. Uma das sugestões se refere à possibilidade de ter profissionais da equipe multi compondo o cuidado a noite (19h às 22h) e aos fins de semana.

Como já informado, essa ampliação já está prevista na Portaria Municipal de CAPSij III (SÃO PAULO, 2019a), porém até o momento não foi efetivada nos serviços.

*Eu acho que assim, se a gente está com todos os leitos ocupados, eu tenho minha equipe de fim de semana durante o dia e a equipe da noite de cinco profissionais, às vezes alguém está de folga. São 12 por 36, então, entre quatro e cinco profissionais. A gente sempre tenta trabalhar as escalas para que não tenha menos do que quatro. Se eu estou com cinco, normalmente são casos graves que pedem uma atenção, eu acho que fica mais difícil de conseguir propor coisas mais distintas e, acho também que tem essa questão de ser só enfermagem que tem um caráter muito hospitalar ainda. Eu acho que tem um pessoal da enfermagem que é muito interessado, que consegue trazer coisas diferentes e tudo, eu acho que vai muito da disponibilidade do profissional isso para todas as categorias, mas eu acho que para as outras especialidades, vamos assim dizer, tem mais essa facilidade de trazer outras propostas. E, acho que os profissionais da enfermagem se sentem mais seguros, eles já me falaram isso em algumas discussões que seria muito bacana ter um oficinairo, um TO, um fono, um psicólogo durante o fim de semana, eu acho que para também trazer um outro olhar. (Gerente 5)*

*Eu acho que a história dos plantões pra mim sempre foi uma história, muito cansativa. Os plantonistas ficarem 12h num sábado e 12h no domingo com os mesmos meninos, tem uma hora que a criatividade já foi, tem uma hora que a paciência já foi. Às vezes o pessoal do final de semana fala assim: “Nossa gente, vocês não sabem o que é marcar a visita da família do fulano com a do ciclano e do beltrano, aí fica um fuzuê danado. A gente não consegue falar nem com um e nem com o outro e nem dar atenção aqui!”. E são elementos super importantes para entender e poder devolver como estratégia de cuidado, para a gente qualificar o cuidado,*

*seja os nossos usuários ou seja os usuários de outros CAPS, que estão nossos neste momento. E esses são os momentos mais interessantes de poder aprofundar elementos e, às vezes, a gente tem uma equipe muito diminuta. Quando a equipe está se sentindo mais insegura e quer gente, então, a gente consegue fazer um combinado com a equipe, não sem um tensionamento, para que alguém venha compor num final de semana.*

*Se tivesse gente de outro núcleo, se tivesse gente sem área nenhuma, mas que cumprisse outras funções para fazer outras coisas que se sabe que são ótimas e fantásticas nesse cuidado. É demais quando no final de semana, o pessoal acende a fogueira, faz um churrasco e, é isso, grande parte das coisas que nós fazemos é com recurso próprio, não tem recurso para isso que são as coisas do dia a dia da vida (...) (Gerente 2)*

*As duas últimas contratações que eu fiz que é do educador físico e do técnico de farmácia, eu pedi para que a escala fosse 5 por 2, para eu conseguir contemplá-los no final de semana e todo mundo que chegar agora, eu vou fazer desse jeito, por mais que seja péssimo para a pessoa, estar trabalhando e ter que trabalhar no final de semana, as pessoas que são cuidadas aqui elas precisam de um olhar mais multi no final de semana.*

*E no final de semana tem sido muito legal. Esses dias mesmo, eles foram até a casa de uma menina que estava em acolhida, um deles, saiu fez um trabalho tipo de AT [Acompanhamento Terapêutico], fez uns hamburgueres com ela na casa dela para ela aguentar ficar lá. Porque estava super difícil para ela ficar em casa.*

*Um profissional nosso foi com ela. Ela estava acolhida aqui, foi com ela até a casa e passou a manhã na casa dela e depois voltou. Foi possível porque tinha gente também. Então, tem acontecido coisas legais. (Gerente 4)*

*Eu sugeri antes das minhas férias para a OSS para a gente conversar sobre a Portaria com o RH, “Ah! Mas não vai mudar agora!”. Tá! Tudo bem gente, mas vamos lá porque tem previsto equipe técnica até as 22h da noite? Porque tem um sentido, não é só porque a gente acha legal. Isso também não é para deslegitimar a equipe de enfermagem, muito pelo contrário, é porque a gente sabe que não dá para fazer tudo isso. (Gerente 2)*

Em muitos momentos deste estudo, os gerentes apontam a importância de contar com uma equipe multi em todo o período de funcionamento do serviço (não apenas durante os dias da semana das 7h às 19h), seja pela inclusão de outros saberes que componham um olhar

ampliado para os casos, seja pela ampliação da variedade de práticas de cuidado ofertadas, ou seja para auxiliar a romper com a lógica biomédica ainda presente nos serviços e, especialmente, na formação da enfermagem.

A presença de profissionais da equipe multi à noite e aos fins de semana facilita os processos de comunicação da equipe e favorece o alinhamento à perspectiva psicossocial. Porém, vale ressaltar que para além da inclusão destes profissionais, faz-se necessário a garantia de espaços de diálogo com toda equipe, assim como de flexibilidade na circulação destes profissionais em diferentes dias e períodos, facilitando que as relações de parceria sejam construídas e que se estabeleça uma única equipe, alinhada ao mesmo propósito de trabalho.

Compreendendo a complexidade desses serviços, outra importante sugestão se refere à necessidade de supervisão clínico-institucional em todos os CAPSij III.

*Para os trabalhadores é a principal reivindicação, supervisão, coisas mais pontuais que são fáceis de resolver. (...) E isso, tem feito uma falta danada até pensando na complexidade de ser um CAPS III regionalizado que tem que lidar com muitas questões institucionais, mas que não são só com os próprios usuários, eu acho que isso é fácil de resolver, mas é essencial para uma equipe deste tamanho, para uma equipe com essa complexidade de tarefa aí colocada. Eu acho que o aumento da equipe, essa composição a noite, a composição ao final de semana de um modo mais multiprofissional também, não seria tão difícil assim de pensar e que seria algo que traria muito benefício. (Gerente 2)*

Apesar da política pública de saúde mental destinar recursos financeiros para a Qualificação dos CAPS, incluindo aqui a Supervisão Clínico-Institucional (BRASIL, 2005b), observamos nos resultados deste estudo que apenas 1 CAPSij III conta com a presença de um supervisor clínico-institucional externo, outro serviço refere ter um profissional contratado como supervisor, mas que tem a função de apoiar a equipe com os “casos mais difíceis”, auxiliando nos contatos com a rede, principalmente para aqueles que se encontram em acolhimento integral.

A supervisão clínico-institucional tem o objetivo de acolher a equipe em suas dificuldades, tensões, sobrecargas, possibilitando a construção permanente do trabalho em equipe. Ao se debruçar sobre as questões clínicas, deve incluir o contexto institucional (serviço, rede, gestão e política pública), com suas tensões e dinâmicas da rede e do território,



sustentando “a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política” (BRASIL, 2007, p. 1).

O estudo de Moura (2017), realizado em CAPSij II, identificou que as equipes se implicam e sentem intensamente o cuidado ofertado nas situações de crise, o que pode se traduzir tanto em sofrimento quanto potência. Dentre os sentimentos e outros sinais relatados pelas equipes que participaram da pesquisa estão: angústia, impotência, tristeza, raiva, medo, insegurança, tensão, desgaste, cansaço, falta de ar, taquicardia e sudorese, revelando que o sofrimento provocado pelas situações de crise também é vivenciado pelos profissionais. No entanto, os resultados apontaram também que as equipes recebem pouca ou nenhuma ajuda externa, revelando a urgência de investimentos em espaços coletivos de compartilhamento e atenção à própria equipe, como o da supervisão clínico-institucional.

Compreendendo a complexidade pela qual se caracteriza o trabalho realizado pelos CAPSij III, bastante explicitada ao longo deste estudo, podemos inferir que os CAPSij III, pelo funcionamento 24 horas, vivenciam uma maior intensidade nas relações, podendo levar a uma maior intensidade emocional e de sobrecarga de trabalho. Portanto, ressalta-se a urgência de garantia de supervisão clínico-institucional a todos os serviços.

Este recurso tem o potencial tanto de cuidar da equipe quanto de qualificar o cuidado, possibilitando auxiliar na condução dos casos, no manejo das situações de crise, na construção de um cuidado psicossocial, nos processos de trabalho, no acolhimento à equipe, na explicitação dos conflitos, no cuidado à sobrecarga emocional vivenciada pelos profissionais, nas dificuldades de comunicação da equipe, nas relações estabelecidas com os outros CAPSij II e também com outros equipamentos da rede e do território, entre tantas outras questões vivenciadas por este coletivo de trabalho.

Abaixo, a gerente 2 também sugere o fortalecimento da participação social como uma importante estratégia de luta.

*A gente precisa fortalecer essa questão dos Conselhos Gestores e dessa mobilização social porque tudo que aconteceu de transformação na saúde mental teve essa participação popular. Quando você consegue estudar a histórias do CAPS, sempre tiveram movimentos populares porque sem eles também não tinha acontecido a Reforma, e, a gente precisa passar por outra tipo de Reforma agora. (Gerente 2)*

Os Conselhos Gestores são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, que atuam em diferentes áreas das políticas públicas, entre elas a da saúde, são compostos por metade dos membros usuários e a outra metade por profissionais e gestores (SIRAQUE, 2004). Um espaço de participação social que favorece o exercício da democracia e a construção de políticas públicas condizendo com as necessidades da população.

Para além dos Conselhos Gestores, que são espaços instituídos e importantíssimos de participação social, a atenção psicossocial prevê a criação de outros espaços, tanto dentro quanto fora dos serviços de saúde mental, que ampliam a contratualidade, o protagonismo e a cidadania de usuários e familiares, como as assembleias, os fóruns, os atos, as mobilizações sociais, as lutas por garantia de direitos, entre outros.

Embora seja essencial, a participação social tem se mostrado um desafio para os serviços.

Moura e Matsukura (2022) apontam que, apesar dos CAPSij ofertarem espaços de cuidado e participação para os familiares, apenas metade dos familiares participantes do estudo afirmaram frequentá-los. As autoras apresentam como hipóteses que a necessidade de flexibilidade de horários e arranjos diversos, principalmente para familiares que trabalham e não conseguem comparecer em horários pré-estabelecidos, e também a indisponibilidade de recursos financeiros para deslocamentos até o serviço por famílias em vulnerabilidade social, podem impossibilitar o acesso das famílias a esses espaços. Faz-se necessário que as políticas públicas garantam, para além da criação dos espaços, condições materiais que viabilizem essa participação.

Em relação às crianças e adolescentes, é essencial que as equipes garantam espaços de participação com linguagens que façam ressonância com esse público (como linguagens culturais, artísticas e lúdicas), buscando garantir sua efetiva participação.

A seguir, a gerente 4 traz que o apoio da gestão (STS, CRS e OSS) é fundamental para fortalecer a construção da rede, auxiliando nas articulações e tensionamentos necessários.

*Eu acho que a articulação da rede como um todo ela precisa ser sempre tensionada. Sempre, não só pelo CAPS, mas isso tinha que ser além do CAPS, claro que o CAPS fomenta essa discussão, mas a gente precisa ter esse tensionamento dos nossos superiores, da Supervisão Técnica de Saúde, da Coordenadoria, da própria instituição, então, isso precisa ser uma pauta presente e não só nas reuniões de gerente, que pouco se fala disso.*

*Eu fico pensando que a saúde mental precisava ser uma pauta presente. E a gente precisa estar mais alinhado assim, enquanto rede.*

*O apoio da gestão é essencial para enfrentar as dificuldades que vão surgindo na rede.*  
(Gerente 4)

Esta fala da gerente 3 aborda um aspecto fundamental, pois traz a dimensão do apoio da gestão para que os avanços na rede se efetivem. Vale ressaltar que no estudo 1 foi possível observar o quanto uma gestão implicada faz diferença nos processos de transformação social. Deste modo, destaca-se a importância de que haja um alinhamento e um investimento coletivo em todos os níveis de gestão para que os processos psicossociais se efetivem, aqui com um destaque especial para a concretização do cuidado em rede.

Apesar desta pesquisa focalizar os CAPSij III, é relevante apontar que a transformação social proposta pela atenção psicossocial exige um importante investimento de todos os setores e níveis hierárquicos de gestão. Um único serviço jamais será capaz de fazer frente às intensas transformações sociais que as pessoas em sofrimento psíquico necessitam e reivindicam, em favor do pleno exercício de seus direitos sociais.

Frente à amplitude e complexidade das dimensões da transformação social, destaca-se que as gestões são estratégicas na problematização, articulação e negociação junto a outros setores, visando reduzir os entraves que dificultam o desenvolvimento de uma atenção psicossocial no território.

Complementar a essa discussão, as falas abaixo reforçam o quanto o trabalho no território é essencial para a construção de um novo olhar para o cuidado em saúde mental

*O nosso maior desejo mesmo é a gente conseguir estar o maior tempo do CAPS fora do CAPS mesmo sendo um CAPS III, sabe? Que a gente possa trabalhar e fazer saúde mental no território e que essas pessoas possam ter esses acolhimentos no território na vida assim, na escola, na UBS, não necessariamente um atendimento de saúde mental, mas que seja uma sociedade que esteja mais organizada para essas diferenças.* (Gerente 5)

*Eu acho que a gente precisa explicar melhor o serviço, as potências, construir o serviço de saúde mental sem ser uma internação para loucos que é muito isso que eles trazem. A gente precisava sair mais do serviço, fazer mais ações extramuros mesmo essas atividades na comunidade, porque é algo que vem crescendo bastante.* (Gerente 6)

Aqui se apresenta a potência da dimensão técnica como disparadora de transformações sociais a partir dos atos em saúde vivenciados *in loco* nos territórios, com os sujeitos que deles fazem parte. Assim, os gerentes sugerem que haja um maior investimento dos serviços nesse trabalho.

Para que isso aconteça, é essencial que a agenda dos profissionais não esteja repleta de atividades e que haja horários disponíveis para essas ações. Além disso, faz-se necessário que a atenção básica assuma o seu papel na RAPS, possibilitando que o cuidado psicossocial seja capilarizado nos territórios.

A gerente 2 traz a importância de um maior investimento no SUS e dos trabalhadores lutarem por concurso público, pois os atuais contratos fragilizam a continuidade dos vínculos com os usuários e os territórios.

*Se a gente tivesse um maior investimento no SUS, se houvesse um concurso público. Eu fico me perguntando, que momento é esse que nós da saúde mental não fazemos um debate de que se nossa ferramenta principal de trabalho é o vínculo e a gente é tudo terceirizado, uma hora está aqui, uma hora está ali, isso para mim é muito maluco. Como é que a gente tem garantias nesse sentido para poder acompanhar as trajetórias das pessoas e fazer disso cada vez uma lógica comunitária mesmo. Eu tenho pensado sobre isso de que quem trabalha nas unidades seria muito interessante que fossem pessoas que morassem na região e que a gente deveria ter uma estabilidade maior. (Gerente 2)*

Com o avanço neoliberal nas políticas públicas de saúde, por meio dos contratos de gestão com as OSS, os serviços têm enfrentado o desafio de construir a atenção psicossocial apesar da fragilização do trabalho, exposta pela rotatividade dos profissionais, pela imposição de metas (como exemplo pela Portaria SMS nº 333/2022<sup>67</sup>), pela presença de OSS desalinhadas com a perspectiva psicossocial e pelo marcado medo/risco de demissões e represálias. Todas as

---

<sup>67</sup>A Portaria Municipal 333 “atualiza os indicadores de qualidade e produção e institui indicadores de monitoramento para os contratos de gestão celebrados pela Secretaria Municipal da Saúde com organizações sociais, bem como dispõe sobre o acompanhamento assistencial desses contratos” (SÃO PAULO, 2022a). Realizada sem a participação de trabalhadores e usuários, a referida portaria impõe metas quantitativas, que descaracterizam os serviços, como é o caso dos CAPS que serão avaliados por número de atividades ambulatoriais. Trabalhadores e usuários do SUS de São Paulo tem se organizando, solicitando apoio ao Conselho Municipal de Saúde e aos Conselhos de Classe, para que seja garantida a construção de metas, principalmente qualitativas, de forma democrática, garantindo a participação social preconizada pelo SUS.

marcas deixadas nos serviços administrados por OSS reduzem as potencialidades do exercício do papel técnico e político dos profissionais do SUS e da atenção psicossocial.

Frente a essa realidade, a gerente 2 reforça a importância de os trabalhadores lutarem por serviços públicos com gestões exclusivamente públicas, garantindo concursos públicos aos profissionais, o fortalecimento do SUS e dos princípios da atenção psicossocial, como a relação com o território e a manutenção dos vínculos com os usuários.

A seguir, os gerentes também sugerem como deveria ser a estrutura física ideal de um CAPSij III.

*Eu acho que deveria ser uma casa só. Uma casa térrea com um quintal grande porque pensando, eles adoram chutar bola, jogar basquete, fazer atividades mais físicas. Então ter um quintalão que possibilite isso e, a casa ser térrea para não ter dificuldade de comunicação entre as equipes, não precisar subir e descer. Eu acho que é o ideal. (Gerente 1)*

*Eu acho que a localização, sim, é uma coisa interessante você ter fácil acesso, um local que tenha uma rede de transportes, para você poder trabalhar a questão da autonomia com alguns pacientes é muito legal, ter proximidade com um parque, áreas de lazer. Eu acho que isso, sim, é mais interessante do que ter necessariamente todas esses espaços no CAPS. Ter locais próximos que podem ofertar isso, porque poder circular pelo território e se apropriar deste território é muito mais interessante do que precisar só do CAPS. (Gerente 3)*

*Se eu pudesse sonhar seria uma casa plana, sem escadas, acessível e que tivesse um jardim, uma área aberta grande, uma quadra, um jardim e se possível uma piscina. Essas coisas todas, mas que tivesse uma área externa plana suficiente para a gente poder fazer coisas juntos. (Gerente 4)*

*Uma casa térrea, um quintal grande, onde pudéssemos ter espaço para fazer atividades ao ar livre, ter uma horta. A gente queria muito um lugar que pudesse ter os quartos, uma salinha, tipo, mais separadinha como se fosse mesmo uma casinha e que pudesse sair um pouco da loucura do funcionamento do CAPS, dos grupos, dos atendimentos, que tivesse condições dos meninos estarem mais à vontade, terem mais privacidade. Eu acho que seria bem legal se a gente pudesse ter essa estrutura. Eu penso mesmo que fosse a casa da frente de dois andares*

*com as salas de atendimento, as salas de grupo e no fundo um puxadinho lá com os quartos, com os banheiros, um living com tv. (Gerente 5)*

*Eu valorizo muito essa parte de lazer e potencializando que a gente tem um educador físico, talvez um espaço com mais área externa que pudesse ser mais prazeroso, tipo ter uma piscina, uma cozinha industrial para fazer uma oficina de culinária com muitos recursos. Mais salas para organização dos quartos. Porque o que a gente tem é o que é dado não o ideal. O ideal, eu acho que seria mais quartos para dividir melhor as acolhidas. (Gerente 6)*

A partir das experiências vivenciada nos serviços, os gerentes sugerem como deveria ser em uma casa ideal para alocar um CAPSij III.

- Casa térrea, sem escadas;
- Quintal com amplo espaço para realização de atividades esportivas, grupais e ao ar livre;
- Presença de recursos como jardim, horta, piscina, quadra e cozinha equipada;
- Localização que possibilite acesso fácil a transportes públicos;
- Estar próxima a parques e espaços de lazer do território;
- Bom número de salas e quartos para que não haja muitas camas de acolhida em um mesmo cômodo;
- Quartos e sala da acolhida integral em espaço reservado do restante do CAPS, que preserve a privacidade e a tranquilidade dos usuários;

Observa-se que os gerentes prezam por espaços que possibilitem a diversificação da oferta de atividades para crianças e adolescentes, como atividades de cuidado, lazer, esporte, que contribuam para desenvolvimento integral dessa população.

Conforme apontado em outras seções deste estudo, o CAPSij é um dos poucos lugares nos territórios que reconhece a subjetividade e os direitos de crianças e adolescentes. A presença de ambiente rico que possibilite trocas, relações e vivência se configura com um grande potencial do serviço. Porém, vale ressaltar que muitas vezes os CAPSij, na busca de suprir as carências dos territórios, acabam por sentir que precisam ofertar espaços de lazer, convivência e brincadeiras no próprio serviço, pois são pouco garantidos em outros equipamentos da rede.

Não há dúvidas da importância de se ter um ambiente enriquecido, com diversidade na oferta de atividades para a qualificação do cuidado, mas é sempre relevante refletir se não há outros caminhos que podem ser protagonizados pelos serviços juntamente com seus usuários e

familiares e que garantam acesso a outros espaços sociais, como a circulação e ocupação de espaços públicos e a parceria com equipamentos da cultura, lazer e esporte, como forma de enfrentamento às desigualdades de acesso aos direitos.

Em resumo, defende-se que tanto a existência de serviços com uma boa disponibilidade de recursos quanto a presença de uma rede fortalecida são essenciais para a garantia de direitos a crianças e adolescentes. Ambas são necessárias e não excludentes.

Como importantes contribuições do estudo 2, destacam-se alguns pontos que merecem ser retomados para a efetivação de boas práticas em serviços CAPSij III:

1. A construção de um cuidado efetivamente compartilhado entre CAPSij II e CAPSij III se mostra essencial para garantir a manutenção dos vínculos dos usuários com seu território e serviço de origem, evitando que o acolhimento integral seja compreendido como uma internação, que os aparta de seus contextos e relações. O ideal é que o usuário possa passar o dia em seu CAPSij de origem a fim de evitar o mínimo possível de rupturas com seu cotidiano e território. Porém, em casos de impossibilidade de transporte do usuário, é importante que a própria equipe do CAPSij II possa se deslocar ao CAPSij III, mantendo o vínculo com o usuário e a aproximação com todo o processo de cuidado, facilitando a condução do caso e o alinhamento entre as equipes e reduzindo o tempo de acolhimento integral.
2. É essencial que os serviços desloquem a concepção de crise psiquiátrica, trazendo uma compreensão psicossocial da crise, que inclua os contextos micro e macrossociais, considerando que diferentes vivências nos contextos de vida e nas relações dos usuários podem ser produtoras de sofrimento e devem ser acolhidas, não devendo, assim, fazer qualquer recorte diagnóstico para acesso ao serviço.
3. Garantia da presença de profissionais de equipe multi à noite (19h às 22h) e aos fins de semana, para além dos profissionais de enfermagem (conforme preconizado na Portaria de CAPSij III), possibilitando a ampliação do olhar para a saúde mental, o alinhamento a perspectiva psicossocial, a superação do saber biomédico, a diversidade na oferta de atividades e práticas de cuidado, além da melhora na comunicação da equipe.
4. Investimento em passagens de plantão e reuniões (em diferentes horários de funcionamento do serviço), que auxiliem a romper com as possíveis cisões/

descontinuidades no cuidado entre equipe de enfermagem e equipe multi e profissionais que trabalham em turnos diferentes (diurno e noturno), possibilitando a construção de uma equipe única alinhada aos princípios da atenção psicossocial. É essencial que estes espaços contem com a presença de todos os profissionais da equipe, que tenha um tempo de duração que possibilite trocas e reflexões entre os participantes e não somente passagem de informações pontuais.

5. Garantir o protagonismo e a participação dos usuários e familiares em todo o processo de cuidado de acolhimento integral, tanto na construção do seu PTS quanto na decisão de término do período de acolhimento.
6. Destaca-se a urgência de que seja garantido a todos os CAPSij III o recurso da supervisão clínico-institucional. Os CAPSij III se revelaram serviços bastante complexos, que vivenciam dia e noite a intensidade do cuidado às situações de crise, exigindo muitas articulações com os diferentes CAPSij II e com os recursos da rede dos respectivos territórios.

Por fim, os resultados deste estudo apontam que os CAPSij III têm se revelado importantes equipamentos da RAPS que imprimem a lógica psicossocial na atenção à crise, garantindo direitos e incluindo as relações e os contextos de vida na produção do cuidado. São equipamentos que produzem pertencimento, cuidado, acolhimento, afeto, integralidade, considerando as complexidades de vida dos usuários e que lutam para garantir a não institucionalização de crianças e adolescentes, oferecendo uma alternativa às Comunidades Terapêuticas e às internações em Hospitais Gerais e Psiquiátricos. São serviços realmente substitutivos, que garantem a atenção à crise de crianças e adolescentes dentro da lógica psicossocial, evidenciando-se um equipamento essencial na concretização da Reforma Psiquiátrica Brasileira.



## ***DIALOGANDO NAS COMPLEXIDADES***

Neste capítulo, será realizado um diálogo entre os resultados do estudo 1 e do estudo 2, que se referem às complexidades presentes no cuidado psicossocial infantojuvenil, assim como uma leitura das dificuldades vivenciadas pelos CAPSij III a partir das reproduções dos paradigmas psiquiátrico e menorista tutelar.

A SMIJ é marcada por uma dupla transição paradigmática - do psiquiátrico para psicossocial e do menorista tutelar para o da proteção integral (MOURA, et al., PRELO). Apesar das mudanças trazidas pela Reforma Psiquiátrica e pelo ECA, os paradigmas que se buscam superar ainda se encontram reeditados nas práticas dos novos serviços e da nossa sociedade como um todo. Vivemos um processo de transição paradigmática, no qual os antigos modelos ainda se fazem presentes nos serviços, nas redes, nos territórios, e são refletidos nos processos de violência, violação de direitos, institucionalização, estigmatização, medicalização e patologização de crianças e adolescentes. A existência desses processos aponta as contradições, desafios e dificuldades vivenciados na constituição de práticas coerentes com a atenção psicossocial e a proteção integral de crianças e adolescentes, revelando os pontos frágeis da transição paradigmática e apontando os caminhos a seguir.

Este capítulo está dividido em duas seções (contendo dois tópicos cada), nas quais serão apresentadas as reflexões relativas ao processo de transição paradigmático na SMIJ, por meio da problematização de temas complexos do campo:

- Reproduções do paradigma psiquiátrico
  - Internação de crianças e adolescentes
  - Uso da contenção nos CAPSij III
- Reproduções do paradigma menorista tutelar
  - Dificuldades com a rede
  - Judicialização dos casos

### **1. REPRODUÇÕES DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO**

Costa-Rosa (2000), a fim de caracterizar o campo das práticas de cuidado nos serviços de saúde mental, nomeia a presença de dois modos: o modo asilar e o modo psicossocial. As diferenças se expressam a partir de discursos, saberes e práticas articuladas por cada um deles.

O modo psicossocial se configurou inicialmente como oposto ao asilar (ou psiquiátrico, de acordo com a nomeação de outros autores) e se baseia nas práticas propostas pela reforma psiquiátrica. O autor aponta que há uma alternância na implementação destes dois modos, que é decorrente das disputas de interesses presente na luta por hegemonia.

Nos serviços, os jogos de força entre o modo psicossocial e do modo asilar se fazem presentes nas práticas do cotidiano de trabalho pelas nuances, contradições, oscilações e até gradações entre essas duas perspectivas (COSTA-ROSA, 2000), revelando uma complexa transição paradigmática.

Deste modo, nesta seção destacaremos alguns pontos discutidos no estudo 1 e no estudo 2 que sinalizam as possíveis reproduções do paradigma psiquiátrico tanto nos CAPSij, quanto na rede, problematizando principalmente a internação de crianças e adolescentes e o uso da contenção nos CAPSij III.

Primeiramente, serão retomados pontos já discutidos no estudo 1 e 2 que evidenciam os atravessamentos do paradigma psiquiátrico nas práticas de cuidado.

No estudo 1, são sinalizados alguns fatos que apontam que a ideia de uma instituição capaz de responder a todas as necessidades de crianças e adolescentes em sofrimento e/ou em uso de substâncias psicoativas (instituição total) ainda se faz presente na rede, reforçando a desresponsabilização destes serviços pelas demandas de saúde mental, centralizando-as no serviço CAPSij.

Também no estudo 1, Rosangela relatou que, ao abrir o CAPSij III Santana, rapidamente os três leitos foram utilizados, principalmente por adolescentes que faziam uso de substâncias encaminhados pelo Ministério Público. A busca por um equipamento único que responderá às demandas complexas, como é o caso de adolescentes em uso de substâncias psicoativas é recorrente em casos judicializados (BLINKSTEIN; VICENTIN, 2016; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015; SCISLESKI; JOIA, 2014; MARASCHIN; SILVA, 2008). Uma ideia totalmente contrária às premissas da atenção psicossocial que prevê a garantia de direitos, a articulação em rede e o cuidado no território da criança e do adolescente (BRASIL 2005; BRASIL, 2014). São nos cenários reais da vida que é possível tecer os vínculos, as relações e os suportes que sustentarão a construção de um novo percurso. Um único serviço jamais responderá à complexidade presente na vida de crianças e adolescentes atravessadas por histórias de sofrimento, violências e violações de direito.

Janaína contou as dificuldades da SMS na articulação com os Hospitais Gerais para que de fato se efetivassem como um ponto de atenção na rede a crianças e adolescentes, e que

mesmo com a construção de um protocolo municipal, poucos hospitais se responsabilizaram por essa demanda.

Claudia também apontou as dificuldades da atenção básica se responsabilizar pelo cuidado em saúde mental. Desafios, estes, que sinalizam o longo caminho a percorrer para tornar a saúde mental infantojuvenil uma responsabilidade de todos.

Estes fatos expressam a compreensão e a expectativa que o CAPSij e não a rede seja responsável pelo cuidado à SMIJ. Uma premissa manicomial contrária à atenção psicossocial que visa coletivizar o cuidado, por meio de uma rede, que garanta que o usuário seja cuidado integralmente em todos os pontos da RAPS.

No *Fluxo que estabelece critérios para atenção à crise em saúde mental infantojuvenil* (SÃO PAULO, 2019b), apresentado no estudo 1, é afirmado que o acolhimento integral/noturno não se configura como um modelo de moradia, não devendo ser indicado para esta finalidade. É um dispositivo de cuidado em saúde mental infantojuvenil, para situações de crise de caráter transitório e de curta permanência. Esta afirmação revela, mais uma vez, a preocupação em não descaracterizar o papel do CAPSij III, de forma que ele não seja compreendido como um equipamento de moradia.

O estudo 2 também apresentou em seus resultados a presença do paradigma psiquiátrico, por exemplo, ao revelar o quanto o poder biomédico se faz presente nos serviços, evidenciado pela dinâmica das equipes e a imposição de regras pelos Conselhos de Enfermagem e Medicina que pouco se aproximam do paradigma psicossocial.

Como exemplo, temos a exigência da prescrição médica para inclusão no acolhimento integral, uma vez que os Conselhos compreendem este recurso como internação, sendo exigidos todos os requisitos legais para que o cuidado seja ofertado numa centralidade médica e numa lógica hospitalar.

Estes Conselhos representam os atravessamentos do poder biomédico, com exigências que descaracterizam o CAPSij III como um serviço psicossocial, não reconhecendo e legitimando a complexidade existente em um acolhimento integral. A visão hegemônica, sustentada pelo poder biomédico e pelo lugar que as práticas de cuidado mais hospitalares ocupam, impõe importantes desafios para os serviços.

As gerentes também apontaram que ter apenas a equipe de enfermagem à noite e aos fins de semanas já empobrece a construção de um olhar ampliado para o cuidado, já que nesses períodos as trocas interdisciplinares são inexistentes. Este modo de funcionamento dos serviços

faz com que o cuidado nesses períodos se restrinja a uma vertente mais biomédica, bastante presente na formação em enfermagem (DAVID, et al., 2018; SOUZA, et al., 2006).

A dificuldade no trabalho em equipe também revelou os desafios na construção de um trabalho psicossocial e interdisciplinar, sinalizado pelas gerentes pela não coletivização do cuidado e pela cisão entre equipe técnica e de enfermagem.

Outros pontos revelados pelo estudo 2 apontaram a dificuldade da rede em compreender o que é um acolhimento integral e diferenciá-lo de uma internação, evidenciando o quanto o paradigma psiquiátrico se faz presente no senso comum.

As gerentes também problematizaram a desresponsabilização da rede pelas situações de crise na infância e adolescência, na qual muitos serviços buscam algum lugar que responderá a essa demanda, seja uma internação em hospital psiquiátrico, comunidade terapêutica ou os próprios CAPSij III. São maneiras de reeditar o manicômio, não acionando os recursos da rede e do território, simplificando e individualizando o cuidado e responsabilizando um único serviço pela resolução de questões complexas.

Também é apontada pelas gerentes a presença de pedidos de institucionalização nos CAPSij III por parte das famílias, dos serviços intersetoriais e às vezes até dos CAPSij II, para crianças e adolescentes que precisariam de recursos de moradia, mas que por inúmeras razões não estão conseguindo acessá-los. Temos aqui novamente como resposta social a busca por uma única instituição, com solicitações que distanciam crianças e adolescentes de serem tratados sob a égide dos paradigmas psicossocial e da proteção integral.

A seguir, discutiremos dois temas delicados e complexos na SMIJ, mas que necessitam ser problematizados e refletidos para que os alicerces que estruturam o paradigma psiquiátrico possam ser compreendidos e questionados, produzindo novas práticas de cuidado que respeitem o protagonismo, o lugar de sujeitos de direitos de crianças e adolescentes, preservando-os de qualquer violação.

### **1.1. Internação de crianças e adolescentes**

O município de São Paulo não possui parcerias com Hospitais Psiquiátricos, as internações de crianças e adolescentes são realizadas nos Hospitais Gerais dos territórios. As principais vias de acesso a essa vaga se dão pelos Prontos-Socorros ou solicitação de vaga junto à central de regulação para leitos de atenção integral na pediatria, clínica médica e obstetrícia ou para leitos de enfermagem em saúde mental. Nesta seção, problematizaremos a necessidade desses recursos na infância e adolescência.

Mas, antes, é essencial destacar um importante avanço da cidade de São Paulo, conquistado na gestão Haddad, que foi o fim dos convênios com Hospitais Psiquiátricos.

A não renovação dos convênios com Hospitais Psiquiátricos, conjuntamente com a ampliação dos CAPSij III, mobilizou a rede para a criação de estratégias de cuidado que prescindissem da internação psiquiátrica de crianças e adolescentes. A presença dos CAPSij III qualificou a atenção à crise na cidade São Paulo, transformando as lógicas de cuidado.

Esse avanço é da mais vital importância, principalmente ao se reconhecer que, em muitos outros municípios do país e do próprio estado de São Paulo, a internação de crianças e adolescentes em Hospitais Psiquiátricos ainda é uma realidade, revelando a urgência de investimentos na criação de mais CAPSij III por todo o país.

Rotelli (1990) reflete que a instituição a ser negada está além do desmantelamento da estrutura física do manicômio, é necessário desmontar as instituições que sustentam essa lógica e que se encontram alicerçadas por um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais e de relações de poder estruturados em torno do objeto “doença”. Deste modo, faz-se necessário desmontar essas instituições para retomar o contato com os sujeitos e sua “existência-sofrimento”.

Se o objeto muda, faz-se necessário que as antigas instituições sejam demolidas, para que novas possam surgir, possibilitando que surjam novos modos de cuidados mais coerentes com os novos paradigmas que embasam a atenção psicossocial de crianças e adolescentes.

Compreendendo que a internação de crianças e adolescentes, mesmo que em Hospitais Gerais, é uma questão bastante controversa na saúde mental, foi perguntado aos gerentes se, havendo o CAPSij III seria necessária a existência de uma referência hospitalar, como por exemplo uma enfermaria de saúde mental para a infância e adolescência no Hospital Geral.

As respostas foram variadas, considerando tanto os leitos de atenção integral à saúde mental na clínica médica, pediatria e obstetrícia, leitos de enfermaria de saúde mental, quanto a necessidade de ter uma enfermaria em saúde mental específica para a infância e adolescência<sup>68</sup>.

A seguir, Myres defende que os leitos na clínica médica, pediatria e obstetrícia seriam suficientes para a acolhimento às situações de crise que demandassem o recurso hospitalar.

*Eu estou convencida de que não precisaria de leito especializado de saúde mental em hospital, nenhum, nem Hospital Geral. Existem emergências clínicas, psiquiátricas, tanto por*

---

<sup>68</sup> Atualmente, o município de São Paulo não conta com esse recurso.

*uso de substâncias, intoxicações ou uma crise de saúde mental infantojuvenil, que pode ser atendido num leito hospitalar clínico, não necessariamente num leito onde tivessem profissionais com formação e especialização na área, porque são profissionais que infelizmente não temos. (Myres)*

A gerente 1 defende a manutenção dos leitos na enfermaria de saúde mental, trazendo relatos de usuários que se beneficiaram desse recurso, e argumentando que a estrutura de portas fechadas do hospital proporciona um melhor contorno. Esta gerente também problematiza que manter as portas fechadas em um serviço territorial, como o CAPSij, descaracterizaria este serviço. Este posicionamento revela novamente uma contradição, o medo de manicomializar o CAPSij e ao mesmo tempo o reconhecimento de que alguns casos precisariam destes mesmos aparatos aos quais se busca contrapor.

*Eu acho que é importante manter. Porque às vezes têm usuários ou até mesmo familiares que entendem que o nosso recurso não seria suficiente, na percepção deles. Aí, eles não vinculam, porque querendo ou não, o CAPSij é porta aberta, é voluntário, então a pessoa precisa querer e precisa concordar em estar aqui. Às vezes, ainda mais na infância e adolescência, quando a gente percebe que tem um usuário muito grave, psicótico desorganizado... para exemplificar, tivemos um caso de um menino bem psicótico, grave e que não estava tomando banho já fazia uns seis meses. Ele não queira vir aqui de jeito nenhum, ele não queria ficar com a gente aqui. Só que ele aceitava ir para o hospital. Na visão dele um hospital atenderia melhor e até a mãe dele achava que seria melhor. E de fato a gente tentou sustentá-lo aqui durante um bom tempo, mas depois a família também não quis, depois de um tempo se recusava a dar a medicação. Para esse caso específico, que estava muito grave e a gente não conseguia manter aqui, a gente articulou um Hospital Geral para ele. E ele ficou internado um tempo, a gente visitando toda a semana, trocando com o hospital as possibilidades, falando do caso, trabalhando a família, então, a gente ficou bem próximo desse recurso, mas é um recuso que querendo ou não, consegue dar esse contorno assim de porta fechada, de um ambiente que minimamente, nesses casos graves, ele vai conseguir se estabilizar com a medicação.*

*E eu acho que se o CAPSij, tivesse uma parte porta fechada descaracterizaria completamente o serviço. O ideal mesmo seria que no Hospital Geral com leito em psiquiatria tivesse um formato parecido com o CAPSij de uma equipe multi, uma equipe que estaria*

*disponível para cuidar e articular a rede dessa criança e adolescente. O ideal seria isso, porque querendo ou não, a porta fechada faz diferença. Então, aqueles casos graves que não conseguem sustentar e que muitas vezes se desorganizam e saem do serviço, que podem se perder, que estão tão desorientados, desorganizados que se colocam muito em risco. São poucos, mas acontece. Então, uma estrutura fechada mesmo, às vezes precisa.*

*Ano passado foram dois que a gente precisou articular internação, é muito pouco. Esses poucos, eles literalmente saiam e ficavam andando pelas ruas, se prostituíam assim, não intencionalmente, sabe? Acabavam se expondo e outras pessoas se aproveitam sexualmente desses meninos na rua porque estavam muitos desorganizados, muito vulneráveis. Então a família queria um contexto mais fechado porque não estavam dando conta de deixar em casa, não conseguia fazer esse controle em casa.*

*Esses dois casos, chegaram a ficar em acolhimento integral num período, mas é aquilo, estavam numa desorganização tão grande, psicótica mesmo falando, que precisa mesmo de uma introdução medicamentosa por um tempo maior e sem essa ruptura que querendo ou não acabava tendo. Por mais que eles estivessem aqui e a gente próximo, fazendo visita domiciliar não dava conta porque nesses períodos que eles sumiam e que ficavam pelo território, era aquele período que não tomavam a medicação. (Gerente 1)*

É importante salientar que o acesso à internação em Hospitais Gerais ocorre em raras situações, e que é realizado de maneira bastante criteriosa e cuidadosa pela equipe que acompanha o usuário. A gerente reforça a importância de o CAPSij manter o vínculo próximo ao usuário e à equipe do hospital durante esse período. Um outro aspecto também abordado em sua fala é a necessidade de qualificar o cuidado do hospital, com a presença de uma equipe multi que opere na lógica territorial e em rede.

A partir do caso do “menino psicótico” relatado pela gerente, fica a reflexão: será que as tecnologias hospitalares são sempre manicomialis? Este caso parece apontar que o acesso ao hospital garantiu o cuidado ao adolescente, uma decisão que foi tomada com a família e o usuário, articulada pelo CAPSij e acompanhada pela equipe. Será que o recurso de internação, por si só, é manicomial, ou as razões que sustentam as condutas é que são?

A seguir, gerente 5 também relata um caso em que foi necessário acessar o recurso da internação em Hospital Geral e aponta a importância deste serviço ter um lugar adequado para receber a população infantojuvenil, já que essa população normalmente fica internada em enfermarias de saúde mental de adultos.

*Eu acho que seria bom, para que quando os meninos precisassem, eles pudessem ficar num lugar adequado num hospital.*

*Esse tempo que eu estou aqui, a gente fez uma única articulação. Foi uma menina que tentou se matar sete vezes dentro do CAPS. E aí, a gente estava achando que estava muito risco pra ela estar aqui, mas dentro desse tempo todo nenhum outro caso a gente fez articulação com hospital. E foi também um tempo curto, a gente pactuou um tempo curto e depois ela retornou para cá, foi mesmo para dar retaguarda nesse momento intenso com tentativas sucessivas assim, mas eu acho que é importante para ter esse direito porque é muito ruim você ir num lugar em que tem criança misturada com adulto. Eu acho que é importante ter sim para a rede e principalmente para os territórios que não tem CAPS III. Porque às vezes não dá para articular, não tem vaga e quando você é CAPS II é mais difícil. (Gerente 5)*

É importante que as equipes reflitam profundamente o que fundamenta sua tomada de decisão. A internação está sendo pensada como uma estratégia de cuidado ou como um controle social? Essa conduta está simplificando uma questão que é complexa e que precisaria do envolvimento de outros setores e atores na sua condução? A internação está sendo pensada como uma resposta a uma questão social (medicalização)? Essa decisão foi negociada com o usuário e família, houve espaço para que exercessem seu protagonismo no cuidado? Algum direito dessa criança ou adolescente está sendo violado? A internação será de curta duração, o caso foi discutido com a equipe do Hospital Geral? A equipe do CAPSij continuará acompanhando esse usuário durante o período de internação? Essas perguntas podem auxiliar as equipes a refletirem sobre o uso da internação, que deve ser pensado em situações de exceção e utilizado como um recurso que acompanha o cuidado psicossocial.

Abaixo, Camila Bortolucci diz que o recurso do leito em Hospital Geral pode ser importante para casos que apresentem comorbidade clínica. Esta fala destaca a necessidade de os Hospitais Gerais estarem preparados para receberem casos complexos de saúde mental, que também demandem intervenções de ordem clínica. Vale ressaltar que a atenção hospitalar é um dos pontos da RAPS (BRASIL, 2011), e suas ações precisam estar amparadas nos princípios do SUS e das políticas públicas de saúde mental, devendo assumir sua função no cuidado integral dos usuários de saúde mental, caso o acesso às tecnologias hospitalares se faça necessário.



*Os casos que estavam no CAPSij III e precisavam de hospital eram os casos que tinham alguma comorbidade clínica e que precisariam desse aparato de cuidados mais intensivos do hospital, de médicos 24h, talvez para realizar alguma mudança de medicação, por exemplo. Eu lembro de um caso que a criança estava com diagnóstico de Tuberculose e o CAPS conseguiu cuidar até um certo ponto, depois as questões clínicas começaram a ficar muito agravadas e foi necessário acessar o cuidado hospitalar. Já por questões de manejo das crises e agitações psicomotoras foram bem manejadas no CAPS. Os casos que eu acompanhei que os CAPS III pediram internação hospitalar, eram casos que tinham uma questão da desorganização psíquica associada a uma questão de comorbidades clínicas graves. (Camila Bortolucci)*

Como não foi objeto da presente pesquisa, sugere-se a necessidade de estudos futuros que se debrucem sobre o cuidado ofertado nos Hospitais Gerais a crianças e adolescentes.

Na fala abaixo, Marcia reforça que os Hospitais Gerais são pontos essenciais da rede, principalmente quando há questões clínicas associadas.

*Para mim é necessário o Hospital Geral, se alguém tenta suicídio com ingestão de alguma substância e precisa realizar uma lavagem estomacal, vai para gastro, se algum se corta e vai lá para a cirurgia, enfim, claro que a gente não prescinde de Hospital Geral, mas na clínica médica, não na enfermaria de saúde mental. (Marcia Innocencio)*

Marcia defende a existência dos leitos na clínica médica, porém dispensa a enfermaria de saúde mental.

A seguir, o gerente 3 reflete que, em teoria, o CAPS é o equipamento substitutivo às internações hospitalares; porém, na prática, algumas dificuldades se colocam para a efetivação da sua missão. Outro ponto abordado se refere à necessidade de que os Prontos-Socorros possam oferecer um atendimento mais humanizado aos usuários.

*É difícil porque na teoria é bastante fácil essa resposta porque é o seguinte: se o CAPS é um equipamento substitutivo acabou, está respondido. O problema é quando você vai para um dado de realidade, aí vem uma dúvida que, eu acho que brota de um exercício meu de tentar ser mais humilde... Existe um local que dê conta de todas as crises? Será que todas as crises na saúde mental, o CAPS pode manejar? Pensando para além de um ideal e da percepção de*

*como deve ser cuidado, será que na prática nós conseguimos? É justamente por a gente não ter conseguido responder exatamente como deve ser a atenção à crise que essa resposta não está tão fortalecida. E, eu acho que tem essas questões de ordem que são mais práticas, eu acho que hoje, se fosse pensar com a realidade de hoje, ainda é necessário, mas eu também não sei tudo o que precisaria ser transformado para no futuro a gente não precisar. Agora sem dúvida, se existe esse pronto socorro, ele teria que ser diferente, ele poderia ser muito mais humanizado, ele poderia ter uma carinha de CAPS, um ambiente mais cuidadoso. Isso daria para fazer. (Gerente 3)*

Este apontamento sobre a qualidade do cuidado prestado no Pronto-Socorro também aparece no estudo de Moura e Matsukura (2022) que, ao entrevistar familiares de adolescentes que vivenciaram situações de crise, identificaram que a experiência dos participantes revelou uma realidade de desassistência e negligência dos serviços de urgência e emergência para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Expõe, também, que quando acessados, esses serviços utilizam apenas o recurso da medicação, o que é apontado pelas famílias como insuficiente para responder às demandas apresentadas.

Em relação ao que diferencia o acolhimento integral em um CAPSij III de um leito em Hospital Geral, a fala abaixo da gerente 1 aponta o fácil acesso a exames clínicos e a presença do médico 24 horas, principalmente na introdução de medicamentos que pode levar a algum risco clínico.

*A diferença também é a facilidade de fazer alguns exames clínicos. Querendo ou não aqui a gente precisa articular todo um esquema para conseguir fazer, levar para um lugar e fazer exame de imagem, coletar aqui a amostra e levar para outro lugar fazer a análise, e no hospital já tem esses recursos ali na mão, fora um médico 24 h, que vai estar disponível para fazer uma avaliação a todo momento. Tem alguns usuários que dependendo da medicação que usa pode rebaixar e aqui no CAPS III não temos médico 24 horas, pelo menos por enquanto, não tem. Fica muito ruim a gente introduzir os medicamentos sem ter essa vigilância médica. Então o Hospital Geral além de ter porta fechada, tem esse médico 24 horas para fazer esse acompanhamento dessa introdução medicamentosa, também é um recurso importante de ter que é o que difere do CAPSij III. (Gerente 1)*

Já a gerente 6 aponta que se o CAPSij III tivesse médico 24 horas, não seria necessário o recurso de leitos em Hospital Geral, pois as situações que demandam um cuidado clínico poderiam ser tratadas no próprio serviço.

*Se tivesse um médico 24h no CAPSij III não precisaria de leitos em hospital.*

*Eu acho que pensando nas nossas demandas de encaminhamentos para Hospital Geral, não. Porque são essas situações de urgência e emergência clínica que são encaminhadas para essas unidades hospitalares, porque as emergências psiquiátricas tendo os recursos dá para dar conta aqui. (Gerente 6)*

Apesar da colocação da gerente, é importante destacar que apenas a presença do médico à noite não resolveria todas as questões de ordem clínica que necessitem de tecnologias hospitalares. Além disso, a presença do médico pode reforçar a ideia de que o serviço de saúde mental deve responder a todas as demandas de seus usuários. Acredita-se que a responsabilização de toda a rede pelas demandas dos usuários é essencial para as conquistas no campo da atenção psicossocial. Deste modo, afirmamos que só uma rede é capaz de responder às complexidades presentes no cuidado em saúde mental, evitando a reprodução da lógica manicomial, a qual reforça que há um único lugar para a loucura e que esse lugar é dentro dos muros de um serviço de saúde mental.

Isso posto, reflete-se que o recurso do médico psiquiatra seria mais bem aproveitado nos Prontos-Socorros, já que a presença deste profissional poderia ofertar tanto retaguarda ao CAPSij III, quanto a toda a população que demandasse esse cuidado.

Na fala a seguir, Solange da Rocha, a partir de sua experiência como gerente de CAPSij III, reflete sobre as diferenças entre acolhimento integral e a internação.

*Em relação a diferença entre o acolhimento integral e uma internação, a primeira coisa é que na internação hospitalar, perde o vínculo com a escola e com o território porque na hora que interna fecha as portas, ir e vir acabou, é só lá dentro, a liberdade acaba, a escola acaba, os amigos acabam. A visita é controlada, até pode ficar um familiar, mas muitas vezes o familiar dá graças à Deus por não ter que ficar, porque está cansado, eu entendo por que esse cansaço acontece muito.*

*A segunda é o uso da medicação, como ele é feito, tem locais que fazem um ótimo uso, mas tem outros locais de internação que já entram com uma medicação pesada. Por que*

*queremos um acolhimento integral? Para não ter essa medicação pesada, para que não perca a escola, para que não perca o vínculo com os amigos, para que possa ir e voltar para a casa até que melhore. Vai ter que ficar o dia inteiro e dormir aqui uma semana com a gente, três dias, uma semana, mas os amigos vão poder visitá-lo, já no hospital não.*

*Há interação com o território, com a vida lá fora e na internação isso não é possível. Então, a gente pode minimizar muita coisa. Está agravando, está ficando pior, está ficando mais difícil por qual razão? Várias razões, pode ser por conta da família, pode ser por conta de questões afetivas, violência, não importa as razões. A gente está vendo que não está indo para um caminho legal que está agravando, “Vamos ficar aqui?” Propõe para o adolescente, propõe para a criança e ninguém fica lá forçado.*

*No CAPS se busca tirar o patamar que separa as categorias profissionais, ninguém decreta mais nada, a gente discute. O trabalho em equipe minimiza muito essa questão do caso é meu, eu que mando no caso, esse autoritarismo. (Solange da Rocha)*

A gerente reflete sobre a diferença de cuidado proporcionada por um acolhimento noturno e por uma internação hospitalar. Esta questão também é reforçada por Dell’Acqua e Mezzina (1991) ao apontarem que a internação furta a pessoa do seu contexto de vida e a subordina a regras institucionais baseadas em abordagens medicalizantes, que são incompatíveis com a vida integral do paciente. Já quando a intervenção à crise é realizada em um serviço comunitário, por meio da hospitalidade 24 horas (como é o caso dos CAPSij III), o usuário continua a manter contato com sua rede de relações e com seu território, mantendo sua autonomia e liberdade e possibilitando que o serviço assuma um lugar de relações e não de rupturas e segregação.

O estudo de Jozefczyk (2021), que acompanhou o itinerário de um usuário que esteve em acolhida integral em um CAPSij III, identificou em conversa com a mãe que o usuário não gostou da experiência de ser internado em uma enfermaria.

*Lá ele é privado da liberdade, tem que tomar a medicação se ele ficar alterado, o pessoal pega um pouco pesado, porque assim, até mesmo para eles respeitarem o pessoal tem que ser um pouco mais duro, é diferente do CAPS, porque lá é tudo conversado. Lá não é assim conversado. Então, ele não gostou, não. A todo o tempo ele queria ir embora, quando eu chegava para visitar ele queria ir embora, ele já quis ir embora algumas vezes, então ele não gostou. (trecho de entrevista retirado do estudo de JOZEFczyk, 2001, p. 123)*

Os resultados deste estudo também revelam que a acolhida integral no CAPSij III possibilitou uma maior vinculação do usuário com os profissionais, com as atividades do

serviço e com o seu próprio território, além de favorecer novos movimentos em sua vida e reduzir suas visitas à UPA (JOZEFCZYK, 2001).

Apesar dos participantes apontarem a internação como um evento traumático na vida de crianças e adolescentes e reconhecerem que CAPSij III consegue ofertar uma lógica de cuidado mais humanizada e acolhedora, os gerentes apontam algumas situações em que se fez necessário o acesso a esses leitos, principalmente quando o uso de recursos considerados manicomiais se faz mais presente no cuidado - como a contenção e a intensa medicação.

A seguir, a gerente 5 pondera que manter um usuário contido e altamente medicado para preservação de sua vida é bem difícil de ser sustentado num serviço CAPSij III. Já no hospital, parece que medidas como essa estão mais autorizadas a serem realizadas e que não geram o mesmo impacto que geraria em um serviço territorial.

*Eu acho que é um recurso diferente. Eu acho que eles têm um modelo de trabalho diferente. Para ela continuar aqui com a gente, ela teria que ficar chapada de medicação porque tudo virava uma situação para ela tentar suicídio, sabe? A cortina do banheiro, o cadarço do tênis, o fio do computador, era tudo assim. E aí, você entra num controle que você não iria manter uma menina amarrada numa cama, chapada de medicação dentro de um CAPS. Não porque a gente não precisasse, mas em respeito a ela e aos outros meninos que estavam com ela. Não teria como fazer isso aqui. Era o que a gente estava podendo ver, porque ela queria muito morrer. O hospital sabe fazer, conter, isso eles sabem fazer. A gente sabe também, mas, eu acho que é uma questão de um risco de vida que estava muito difícil manter dentro do serviço, com a equipe e, isso gerou uma situação com a nossa equipe e foi muito ruim, muito ruim. Teve que fazer várias paradas técnicas para discutir essa questão do cuidado nessa situação e foi muito difícil. (Gerente 5)*

A partir do caso da adolescente que vivenciou inúmeras tentativas de suicídio, a gerente 5 revela o sofrimento gerado na equipe quando um serviço psicossocial precisa recorrer a expedientes e procedimentos originários do paradigma psiquiátrico. Essa contradição é vivenciada com muita dificuldade pela equipe que, apesar de avaliar a necessidade do uso desses recursos para preservação da vida da usuária, reconhece os seus limites na condução e na sustentação de estratégias de cuidado dessa natureza.

O hospital, como o *locus* máximo do saber biomédico, é sugerido pelas equipes para a condução desses casos. O mesmo paradigma que tanto se luta para desconstruir é dado como

destino a alguns casos que apresentam uma maior gravidade. As contradições vivenciadas nos cotidianos dos serviços trazem dúvidas e abrem problematizações: será que é possível radicalizarmos o cuidado territorial para todos os casos? Há como prescindirmos 100% dos recursos hospitalares?

Identifica-se nas falas apresentadas que os Hospitais Gerais são necessários, porém, é imprescindível que sejam acessados como último recurso, quando os recursos disponíveis no território estiverem esgotados, já que a vivência da internação pode somar ainda mais sofrimentos à experiência da criança ou adolescente.

De todo modo, caso seja fundamentalmente necessário o acesso ao recurso hospitalar, é importante que ele se dê no Hospital Geral mais próximo do território do usuário, que seja de curta e curtíssima duração e que possa contar com a presença de uma equipe multi nesses serviços que trabalhe integrada com a rede, possibilitando que crianças e adolescentes recebam um cuidado adequado às suas necessidades e especificidades e evitando que o cuidado seja reduzido apenas a procedimentos biomédicos.

Apesar da atenção hospitalar compor a RAPS, a realidade de sua atuação é preponderantemente biomédica, distanciando-se do cuidado psicossocial, levando as equipes de CAPSij a vivenciarem situações conflituosas quando se deparam com a necessidade de acessar esse nível de complexidade. Assim, faz-se urgente a contratação de equipes multi nesses espaços e o investimento em educação permanente para uma maior qualificação desse cuidado.

A seguir, serão apresentadas falas de gerentes que defendem que, havendo os CAPSij III, não são necessário leitos de saúde mental para crianças e adolescentes em Hospitais Gerais.

A gerente 4 reflete que o mesmo cuidado oferecido por um Hospital Geral pode ser oferecido por um CAPS pelos profissionais com quem o usuário já possui vínculo.

*Eu acho que não. E isso é uma coisa também da minha da prática de cuidado. Na época que eu cuidava diretamente dos casos, eu pensava, o que a gente não pode fazer aqui que o hospital vai fazer? Vamos fazer. É melhor que se faça aqui é melhor que se faça com as pessoas que eles conheçam. (Gerente 4)*

Abaixo, a mesma gerente também problematiza que o único diferencial dos hospitais é que eles operam numa lógica reducionista/manicomial. Vale ressaltar que é exatamente essa lógica que se luta tanto para que não seja reproduzida no cuidado em saúde mental.

*O que o hospital tem é o que as pessoas não precisam, que é um pulso firme e o uso das intervenções medicamentosas antes de qualquer outro tipo de cuidado. (Gerente 4)*

Nestas falas, a gerente marca sua posição ética e política em radicalizar o cuidado em saúde mental no território, afirmando que as tecnologias de cuidado oferecidas pelo hospital (contenção e medicação) não são exclusivas deste espaço e, caso sejam necessárias, a equipe do CAPS também poderá utilizá-las.

Inclusive o vínculo entre o usuário e os profissionais vivenciado nos CAPSij pode ser um facilitador para que esses recursos não reproduzam violências e para que possam ser compreendidos como ações de cuidado e não como punição.

Radicalizar a atenção psicossocial não passa pelo não uso destes recursos, mas sim pela inclusão radical de crianças e adolescentes e familiares como protagonistas de seu cuidado, no qual os recursos são negociados e as necessidades de seus usos são construídas dentro de uma relação afetiva, que não objetifica o sujeito.

A seguir, a gerente 2 também defende que não é necessário, pois o lugar de cuidado à crise é no CAPS. Reflete também que nem sempre a ideia que se tem de um serviço é realmente o que ele oferece e que muitos usuários que passaram pela enfermaria chegam receosos no CAPSij, acreditando que lá também serão contidos.

*Não, porque se o CAPS é o lugar da crise, para que você precisa de uma enfermaria? Mesmo que você vá pensar num curto espaço de tempo, que a gente não vai ter um recurso 24h para atender, mas você pode fazer essa articulação com a UPA, você pode fazer articulação com PS, a gente não tem UPA no território, mas tem no próprio território o Pronto Socorro Municipal e eles acolhem. É claro que é uma medida, às vezes dependendo do profissional que atendeu fala que precisa de uma avaliação do psiquiatra, mas isso dá para a gente fazer com o CAPS, dá para a gente pensar numa intensificação de alguns recursos talvez no CAPS que dessem conta de algumas questões, mas não acho que é uma discussão simples longe disso, mas, eu acho que o lugar da crise é no CAPS.*

*Em relação a enfermaria é assim, uma questão é a ideia do que você tem no espaço de cuidado outra coisa é como é que ele é. O efeito que tem de você passar um período na enfermaria para vir para cá é muito pior, com certeza. A molecada chega aqui super desconfiada quando nunca veio, quando começa um cuidado com um processo como esse.*

*Chega já “Eu não vou ficar, eu não vou ficar! Vocês vão me amarrar. Vocês vão fazer isso”. Já chegam desconfiando. (Gerente 2)*

Abaixo, Claudia Longhi relata a experiência de um usuário que ficou internado em um Hospital Geral e o quanto essa experiência foi difícil para ele.

*Eu me lembro uma vez de acompanhar a internação de um menino que era muito grave e que ficou no Hospital Geral do território e o quanto foi difícil para ele ficar dentro de um hospital. Era um menino que tinha um risco de suicídio, uma desorganização tamanha que ele se jogava no meio da rua, não era nem uma tentativa de suicídio era uma desorganização psíquica muito grande e colocar esse menino num leito de hospital que não está preparado para isso, foi muito difícil. Eu acho que a grande questão é que o hospital hoje não é totalmente preparado para cuidar de criança com transtorno mental. Ficamos naquela discussão: “Fica na pediatria”, porque o ECA defende que fiquem em leito de pediatria, ok! Mas quem vai cuidar dele? Por isso é preconizado que a equipe do CAPS esteja junto. Neste caso que citei, elas revezavam entre a estagiária junto com a TO e a psicóloga que o acompanhava e cada dia uma ia para lá com jogos e brincadeiras e passava o dia com esse menino dentro do hospital para tentar fazer daquele momento o menos traumático possível. Se para um adulto uma internação já é algo traumático, para uma criança e um adolescente é ainda mais, é uma situação que ele não consegue entender muito claramente o que está fazendo ali, é muito mais angustiante. (Claudia Longhi)*

A partir da experiência de internação de um menino em um Hospital Geral do território, Claudia revela outro lado das internações, o quanto esses serviços não estão preparados para receber as demandas de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e que, mesmo havendo a garantia do leito, nem sempre o cuidado adequado é garantido, o que pode levar a experiências traumáticas.

A seguir, o gerente 3 pondera que, para prescindir da enfermagem, seria necessário ter vagas suficientes em CAPSij III para as crianças e adolescentes que demandam um cuidado ininterrupto em saúde mental.



*Mas para dispensar totalmente, nós teríamos que ter leitos em CAPSij III suficientes, porque pode acontecer de estarem todos ocupados e chegar à sétima, oitava crise. Nesse modelo você imagina que tivessem vários CAPS III e que todos pudessem receber.*

*A gente precisaria entender uma questão mais objetiva, quantas crianças e adolescentes tem crises e que demandam esse cuidado ininterrupto. E se o número de CAPSij fosse o suficiente para isso aí, a resposta seria não é necessário. (Gerente 3)*

A partir dessa colocação, vale refletir se a necessidade de encaminhamento ao Hospital Geral está realmente relacionada à baixa disponibilidade do número de camas nos CAPSij III, ou se está mais relacionada às diferentes tecnologias de cuidado que cada um dos serviços tem a oferecer.

Reflete-se que mais do que a disponibilidade de camas nos serviços, para que possamos realmente prescindir do Hospital Geral (salvo em condições de ordem clínica), é necessário que realmente a lógica psicossocial esteja implantada nos territórios, construindo corresponsabilização dos diferentes atores, articulando a rede a partir das necessidades dos usuários, ativando todos os pontos necessários para a coprodução do cuidado e sustentação das histórias de sofrimento. Defende-se que a construção de territórios psicossociais pode mudar a lógica de cuidado produzida, muito mais do que um único serviço.

Em relação à discussão se seria necessária uma enfermaria de saúde mental para crianças e adolescentes ou se os leitos de atenção integral em saúde mental seriam suficientes para o cuidado a essa população, Janaína Diogo traz o medo que o espaço de uma enfermaria possa ser transformado num local de reprodução manicomial e cerceamento da liberdade. Sugere que entre os Prontos-Socorros e as enfermarias houvesse leitos de observação, em que a criança ou o adolescente pudessem ficar até que fosse possível articular o CAPSij III.

*Sobre a necessidade de ter enfermaria em Hospital Geral para infância e adolescência com a existência dos CAPSij III, é difícil dar uma opinião, porque dá medo de ser interpretado de um jeito errado. A gente tem os manicômios ainda presentes, Daniela Arbex retratou de um jeito primoroso, onde crianças nasciam e continuavam nos manicômios e por esse histórico, dá medo! Dá tanto medo de que qualquer possibilidade de cuidado possa ser transformada novamente em um jeito de aprisionar e impedir a liberdade do sujeito.*

*Então, eu acho que o Hospital Geral é um recurso para qualquer patologia, para qualquer dificuldade em saúde mais aguda e por que não ser um recurso para a saúde mental?*

*Desde que seja provisório, transitório, articulado na rede, um dispositivo de urgência, já que o CAPS III não é uma porta de entrada 24h, eu acho que o Hospital Geral é um recurso.*

*O Pronto-Socorro eu acredito que seja um recurso, mas sobre a enfermaria... eu acho que na verdade, não tenho uma resposta. Eu também vou acompanhando o quanto é bacana o acolhimento no CAPS III, como é diferente aquele espaço, não é um hospital, como é diferente você ter uma equipe de saúde mental articulando cuidado, como é diferente você ter atividades propostas nos finais de semana, uma oficina... Então é muito diferente para passar um tempo numa função de enfermaria, você ter um CAPS III como de fato uma alternativa. Eu acho que a gente pouco experimentou também, talvez, as famílias possam dizer melhor isso para a gente. Eu não sei, porque de fato, se tiver uma crise, uma questão mais séria que precise de um acolhimento de madrugada, para um caso que não é do CAPS, não foi acolhido em nenhum CAPS, precisa da “porta”, penso também além da “porta”. E se for numa sexta de madrugada? O CAPS III não vai receber, nem conhece esse usuário, ele vai ficar onde? Seria uma enfermaria ou poderia ser algo intermediário entre a “porta” e a enfermaria, um leito de observação, para depois articular com o CAPS III. Então, não precisa ser uma enfermaria no sentido de internação, mas, eu acho que precisa de algum leito lá para que possa ser acolhido e depois articular a rede, seria bem importante. Seria um leito de observação ou uma enfermaria? Tem a pediatria também, se a gente está falando de criança, por que não? Teria outras possibilidades antes de fato dizer: “Olha, precisa ou não precisa, faz sentido ou não faz sentido”*

*Teve uma conversa depois, da gestão seguinte, eu achei interessante, o secretário fala: “Não, talvez precise dos hospitais especializados porque às vezes não funciona leito em Hospital Geral” e eu lembro que eu disse: “olha a gente experimenta tão pouco isso, porque é tanta resistência, não dá para dizer que isso não funciona! Vamos implantar, depois a gente pode dizer se de fato funciona”, porque às vezes a gente fica dizendo que a coisa não funcionou se nem implantou direito, sem um tempo suficiente para experimentar esse dispositivo.*

*Se os leitos de atenção integral funcionassem, já articularia com o CAPS III.*

*O risco de fazer mal uso é muito grande, porque às vezes a gente tinha uma baixa ocupação em CAPS III Adulto, mas o usuário estava em Hospital Geral em enfermaria.*

*Então, de fato, é delicado! Ainda mais pensando na criança e no adolescente.*

*Quando está muito fresco no imaginário, é muito possível reproduzir a lógica, né? Impressionante!*

*Se a gente pudesse efetivar todos os pontos da RAPS que a gente já tem.... (Janaína Diogo)*

Janaína traz o risco da manicomialização de uma enfermaria especializada, porém reconhece que o Pronto-Socorro é um recurso importante, já que os CAPSij III não funcionam como porta de entrada 24 horas, não sendo um recurso acessível o tempo todo a todos. A participante sugere a criação de um recurso intermediário entre o Pronto-Socorro e enfermaria, no qual os usuários que acessassem a porta de entrada do hospital demandando cuidado pudessem ficar em leitos de observação até que a vaga no CAPSij III pudesse ser articulada. Janaína reflete que, antes de experimentar a enfermaria, seria importante que os recursos já pensados fossem realmente implantados, como é o caso dos leitos de atenção integral na pediatria, clínica médica e obstetrícia, que em todo o processo de negociação com os diretores de Hospitais Gerais revelou uma grande resistência desses atores em assumirem o cuidado em saúde mental e investirem para que essa proposta se efetivasse.

Abaixo, Marcia Innocencio se apresenta contra a enfermaria de saúde mental para crianças e adolescentes, pois não há nenhum recurso que exista nesses espaços que o CAPSij III não possa ofertar, e aponta que a única diferença seria a presença de grades e muros. Ela também problematiza a importância dos CAPSij se afirmarem radicalmente como serviços substitutivos e avançarem na reforma psiquiátrica da infância e juventude.

*Na época, também brigamos muito para ampliar leito em enfermaria, coisa que eu jamais faria hoje. Enfermaria não é minha pegada, mas enfim, quando a gente está numa equipe a gente também nada conforme a maré e acho que foi uma conquista, sob a ótica de pautar a infância.*

*Hoje a questão das enfermarias para mim é muito mais clara. Na interlocução de saúde mental eu fiquei mais perto da enfermaria psiquiátrica em Hospital Geral e eu tive mais certeza que a enfermaria não é o lugar de cuidado Ij.*

*Para mim havendo CAPSij III, com certeza não precisa enfermaria psiquiátrica para infância e adolescência.*

*Para mim o que diferencia a enfermaria do CAPSij III é que ainda tem grade, muro, enfermagem, mais medicações noturnas supervisionadas e médicos plantonistas.*

*Eu prescindo da enfermaria. Ou a gente cria os CAPS como substitutivos mesmo, leva isso a sério ou a gente não avança. Porque a ideia da reforma é ir cada vez mais para o*

*território. Agora ficar ampliando rede e não prescindir dos lugares mais “seguros” e das grades? Isso para mim é um faz de conta que estamos fazendo reforma na infância e juventude.*

*Para mim a enfermaria tem remédio, tem contenção química, tem contenção mecânica, não tem nada diferente que não possa ser feito num CAPSij, eles têm isso e não tem mais nada, nós temos isso e outros recursos: mais profissionais, mais expertise no acolhimento, uma casa mais aconchegante, mais perto da família. Nos CAPS nós temos os mesmos leitos e uma possibilidade de abordagem psicossocial bem melhor. Para mim mandar para a enfermaria é ficar fugindo da tarefa da Reforma que é trazer para o território, é ficar na fuga dos próprios medos. (Marcia Innocencio)*

Marcia reitera seu posicionamento ético-político ao afirmar que sua experiência mostrou que a enfermaria de saúde mental não é lugar para cuidado psicossocial na infância e adolescência, uma vez que seu único diferencial é a presença de grades, muros e ações médico-centradas. Se realmente defendemos o cuidado em liberdade, faz-se necessário que os CAPSij assumam definitiva e radicalmente seu lugar de substitutos ao hospital, protagonizando ações de cuidado à crise no território.

A seguir, Claudia Longhi defende a existência dos leitos de atenção integral; já em relação a uma enfermaria de saúde mental para crianças e adolescentes, traz algumas ressalvas.

*Na minha opinião as camas do CAPSij III não excluem a necessidade de termos leitos em Hospital Geral. Leito hospitalar tem uma indicação muito clara, uma situação de muito risco, em que você precisa da continência de um hospital e da estrutura hospitalar para poder dar conta de um cuidado que exija não somente cuidados médicos, mas um monitoramento de sinais vitais, que às vezes se faz necessário numa intoxicação mais grave. Por exemplo, um adolescente usuário de substância psicoativa com uma intoxicação, muitas vezes precisará do leito hospitalar.*

*Em São Paulo, não temos enfermaria de saúde mental específica para infância e adolescência.*

*Nos Prontos-Socorros só temos Psiquiatria geral, Psiquiatria infantil não.*

*Por isso preconizamos que a equipe do CAPS esteja muito próxima da equipe do hospital, inclusive o psiquiatra do CAPS para poder discutir o manejo com a equipe e com o médico de lá, manejo medicamentoso e diagnóstico desse profissional que já acompanha o usuário.*

*Em relação a ter uma enfermaria específica para crianças e adolescentes e ter psiquiatras infantis no PS, eu penso que ter uma qualificação do cuidado é sempre importante, mas eu não sei se do ponto de vista epidemiológico teríamos casos suficientes. Nós tentamos fazer um projeto de enfermaria no Hospital Menino Jesus, mas por conta de algumas questões não caminhou. Eu também fico pensando no risco da superespecialização, se eu quero que o hospital esteja preparado para atender o adolescente, a criança na porta do hospital na pediatria, esse pediatra tem que estar preparado para cuidar de todos os transtornos relacionados a infância, porque ele recebe crianças com problema clínico, cirúrgico, ortopédico, neurológico e um problema mental ele também deveria receber e a partir desse atendimento realizar um encaminhamento para uma clínica especializada se fosse necessário.*

*Eu tenho receio que com a criação de um espaço específico, aconteça o mesmo que vemos acontecendo com adulto “Ah, é transtorno mental, manda lá para um psiquiatra!”, esqueço que ele existe. Tranca numa ala que é fechada a chave ninguém entra e ninguém sai. É importante ter a especialização, mas eu acho que é importante essa integração porque senão a gente cria um manicômio dentro de um Hospital Geral.*

*Por essa razão eu tenho muito medo de criar um espaço assim e virar um manicômio infantil, acabar criando problemas mais graves. Eu sou a favor de fortalecer muito os nossos CAPS para que eles possam ficar com esses casos o máximo que eles puderem.*

*Hoje, quando um usuário chega no PS ou vai para enfermaria, imediatamente o hospital comunica o CAPS de referência para começar o trabalho. Nós temos essas referências na cidade, hospitais que recebem infância e adolescência. (Claudia Longhi)*

Em relação à necessidade de uma enfermaria de saúde mental para crianças e adolescentes, Claudia aponta que qualificar o cuidado é importante, mas reflete sobre os riscos que uma superespecialização poderia causar, como a criação de um manicômio dentro do Hospital Geral e a não responsabilização dos profissionais generalistas pelo cuidado em saúde mental. Por estes riscos, a participante traz o receio que a presença deste recurso na rede acabe gerando mais problemas e defende que os CAPSij possam estar fortalecidos para assumirem ao máximo o protagonismo na atenção à crise de crianças e adolescentes.

A partir dos resultados apresentados nesta subseção, observa-se que raramente o recurso da internação em Hospital Geral é acionado pelas equipes de CAPSij III, revelando a resolutividade da presença deste serviço na RAPS para os casos que demandam uma intensificação de cuidado nas situações de crise. Além disso, a própria necessidade ou não de

internação em Hospital Geral foi amplamente debatida pelos participantes. Alguns são favoráveis para situações bastante específicas, quando os recursos territoriais já se esgotaram, outros prescindem radicalmente do hospital, afirmando que o cuidado à crise de crianças e adolescentes deve ser realizado no CAPSij. Outros ainda relativizam a questão, apresentando casos concretos dos serviços, que tanto se beneficiaram quanto se prejudicaram com o uso deste recurso. Porém, há consenso que os Hospitais Gerais são pontos da RAPS, que devem ser acionados para situações que envolvem questões de ordem clínica e que, quando acionados, devem ofertar um cuidado adequado às necessidades da população infantojuvenil.

Já em relação à enfermaria de saúde mental para crianças e adolescentes, todos os participantes trazem ressalvas sobre este recurso, revelando-se contrários à inclusão deste serviço na rede. Uma das gerentes relativiza a questão ao apontar que a oferta de um local mais adequado às necessidades das crianças e adolescentes na rede seria importante, já que manter essa população junto com a população adulta é bastante complicado. Os participantes do estudo 1 apontam o risco da enfermaria se tornar um depósito de crianças e adolescentes, já que a lógica do manicômio ainda se encontra presente no imaginário social, e sugerem a manutenção dos leitos de atenção integral, além da criação de um recurso intermediário entre o Pronto-Socorro e a Enfermaria, como os leitos de observação, até que a vaga em um CAPSij III pudesse ser articulada.

Sugere-se que, para os casos de saúde mental que apresentam questões de ordem clínica mais complexas e que exijam as tecnologias hospitalares, que o recurso a ser utilizado possa ser o dos leitos de atenção integral em saúde mental, já pactuados com os Hospitais Gerais.

Sobre o alto risco de manicomialização de uma enfermaria de saúde mental, não há como negar a possibilidade de seu uso inadequado pela rede (como um local de depósito para aqueles que não tem lugar), uma vez que a experiência de algumas enfermarias de saúde mental para a população adulta revela o enfrentamento da problemática ao manterem “usuários moradores”, pois não possuem um local adequado que possa acolhê-los no território e/ou na rede.

Assim, reflete-se que antes que se decida se é ou não necessária a criação de uma enfermaria de saúde mental para crianças e adolescentes na atenção hospitalar, faz-se urgente que este ponto da RAPS assuma sua função no cuidado de maneira mais efetiva, respeitando as premissas da atenção psicossocial e os direitos de crianças e adolescentes.

Para além dos apontamentos realizados, sugere-se que novas pesquisas possam ser desenvolvidas, possibilitando o aprofundamento sobre o tema.

## 1.2. Uso da contenção nos CAPSij III

A fim de aprofundar a discussão já levantada no item anterior, que citava juntamente com a internação o uso da contenção física<sup>69</sup> e mecânica<sup>70</sup>, serão apresentadas falas que evidenciam diferentes dimensões sobre a temática do uso das contenções nos CAPSij III.

A gerente 1 aponta as dificuldades de ter usuários no serviço que precisam se manter contidos por um tempo maior e o quanto isso é contraditório com os princípios de um CAPSij.

*Eu acho que por ser um serviço porta aberta, essa parte de contenção mecânica querendo ou não é um tabu. Porque a gente tem protocolos internos para fazer a intervenção mecânica. Só que também se for pensar, teoricamente, se a gente fosse barrar a saída deles, muitas vezes eles iriam precisar ser contidos e não ia ser um CAPS. O usuário ficar num serviço, querendo ir embora, não querendo mais estar e toda hora precisar ser contido, porque está desorganizado não dá... Descaracteriza o serviço. Fica um pouco estranho.*

*É muito difícil isso, é muito delicado. Porque pensando na autonomia dos usuários, por mais que fique um pouco contraditório porque no ECA fala que eles precisam de alguém ali para direcionar, cuidar, para tutelar, para decidir por eles porque são incapazes, no CAPS a gente pensa diferente, para a gente eles tem autonomia de escolha, eles precisam pensar por si e a gente tá ali junto no aumento da autonomia deles e, a partir do momento que a gente tem esse discurso, tem essa ideia, e ele estando aqui desse jeito, precisando sempre conter para que ele não vá embora, ou até mesmo naqueles períodos que estão um pouco mais organizados pedindo para sair, mas a gente entende que não é hora de sair, como que a gente faz isso? É muito difícil assim. Então o hospital, aparentemente é um lugar que de certa forma está mais autorizado a fazer isso.*

*Só que tem alguns casos que a gente entende que não vai ser só essa contenção. Porque a pessoa está tão desorganizada que vai precisar em outro momento conter de novo e de novo. Quando a equipe começa a pensar que vai ser esse recuso, o único recurso naquele momento por muito tempo, por um período longo, a equipe já começa a trazer que é muito delicado, um CAPS porta aberta que é para estimular autonomia, pensar em outras possibilidades, como que a gente vai sustentar isso?*

---

<sup>69</sup> A contenção física é um procedimento realizado por uma equipe, no qual ocorre a imobilização do paciente, segurando-o firmemente no solo.

<sup>70</sup> A contenção mecânica é caracterizada pelo uso de faixas de contenção (couro ou tecido), utilizadas em quatro ou cinco pontos do corpo (membros superiores, inferiores e tronco), que fixam o paciente no leito.

*Normalmente, depois eles entendem que era necessário, mas quando a pessoa está muito desorganizada, há meses de um cuidado deste tipo, a equipe já acha melhor então ir para um hospital. (...) Acaba virando rotina, porque querendo ou não um usuário que está assim, ele vai querer ir embora toda hora, não vai querer ficar aqui, ele não entende “Ué! Porque ele pode ir e vir e, eu não?” Fica até contraditório. “Porque eu podia ir e vir e agora eu não posso mais?”. (Gerente 1)*

Esta fala revela uma contradição vivenciada pelas equipes, que ao operar uma clínica psicossocial, veem-se necessitando recorrer a procedimentos considerados símbolos do poder psiquiátrico e do modo manicomial, como é o caso da contenção.

Apesar da contenção ser compreendida como o último recurso, em alguns casos ela se faz necessária. São casos em que as equipes avaliam que somente as tecnologias leves de cuidado não foram suficientes e que o recurso da contenção precisará ser utilizado para proteção e preservação da vida. Apesar das equipes reconhecerem que há situações em que o uso deste recurso se fará necessário, também compreendem que a contenção limita a autonomia do sujeito, exatamente o contrário do que buscam construir em sua prática cotidiana.

A fala abaixo reitera essa discussão ao apontar o quão difícil é esse momento e que por vezes o uso desse recurso pode ser considerado falha ou incompetência da equipe.

*Olha, é sempre um momento muito difícil, o ideal seria que não acontecesse, mas eu também acho que quando ele acontece, isso não pode ser entendido como uma incompetência da equipe. (Gerente 3)*

A gerente 5 traz que uma equipe que é composta em sua grande parte por profissionais da enfermagem apresenta o risco de naturalizar o uso desse recurso. De acordo com o COFEN (2012), a contenção mecânica é um procedimento que deve ser realizado sob supervisão de um enfermeiro, deste modo a contenção é incluída no hall de procedimentos de enfermagem.

*Como a equipe, a maior parte dela é de enfermagem, isso é muito natural. É composta por pessoas que tem muita experiência nessa parte. (...) Eu acho que é um risco, um risco quando você tem só uma equipe de uma categoria que tem esse ponto como fundamento de trabalho. (Gerente 5)*



A história mostra que a contenção foi, em muitos momentos, utilizada como punição e controle dos corpos, e que por representar a máxima do poder psiquiátrico, foi renegada nas práticas psicossociais.

O COFEN (2012) orienta que a contenção mecânica deverá ser empregada em situações em que é único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou a outros. Esta resolução também salienta que em nenhum caso, a contenção mecânica deverá ser prolongada além do período estritamente necessário, além de vedar aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.

A gerente 4 reflete o quanto o uso da contenção pode ser usado como um instrumento de poder na relação com o usuário

*Faz mais até do que eu gostaria porque eu percebo que a gente faz em casos que não precisaria, entendeu? Então assim, tem plantão que a pessoa passa o plantão dizendo: “Fulano ficou a noite toda contido”, aí a mesma pessoa no outro plantão: “Conseguiu ficar sem contenção”. O que o outro plantão faz de mágico e que esse não consegue fazer? Mas são discussões muito delicadas que eu tento trazer para a equipe com muito cuidado, porque passa por muitas coisas, mas principalmente pelo jeito como as pessoas olham o cuidar e pela história de vida que elas têm. Eu percebo que isso é misturado assim, de um julgamento, de um entendimento do que é melhor para o outro, sei lá, uma coisa meio que das relações de poder mesmo. (Gerente 4)*

A gerente 5 também avalia que muitas contenções que são realizadas não precisariam acontecer, e aponta o quanto a contenção mobiliza a todos, pois o CAPS é um serviço que é coletivo.

*Difícil, temos muitos olhares distintos para isso. Para a equipe técnica isso é muito difícil. E aí a gente vive com essa questão que a gente está trabalhando há muito tempo. É muito fácil você no meio de uma crise conter uma pessoa, para quem está acostumado é uma resposta muito fácil. Me assustou um pouco quando eu cheguei aqui e vi o quanto de contenção acontecia aqui dentro. Estou sendo muito sincera, me assustou muito assim e por situações assim quaisquer. E aí foi uma coisa, um dia eu tive um chique e falei: “Chega! Acabou não vai mais acontecer!”.*

*Uma outra questão que vivemos com as contenções é que o CAPS é muito coletivo. Eu fico pensando, fazer uma contenção não é fácil. A pessoa grita, a pessoa chora, envolve todo mundo, aí tem os outros usuários que estão no serviço, sabe? Poxa vida! (Gerente 5)*

Novamente a preocupação parece estar no uso da contenção como ferramenta de normalização e violência, já que este uso fez parte da história dos manicômios, uma história recente e ainda presente nas práticas de cuidado.

O receio apresentado pela gerente 5 é confirmado pela gerente 3, ao apontar que o uso da contenção se faz mais presente em determinado plantão e não em outro, revelando a importância de que toda equipe esteja alinhada aos princípios da atenção psicossocial, a fim de que não seja um recurso manicomial, que simplifique, objetifique ou controle os usuários.

Dell'Acqua e Mezzina (1991) defendem que a contenção não deve ser dada a priori em um serviço territorial, mas sim compreendida como resposta a um limite crítico, que deve ser discutido com o próprio usuário, reduzindo os riscos de quebra de vínculo e modificando qualquer relação de objetificação e manipulação com o usuário.

Moura e Matsukura (2022) reforçam essa perspectiva ao apontar a importância de “recolocar crianças, adolescentes e suas famílias como protagonistas de seu cuidado, retirando-os de qualquer lugar que invalide seu poder contratual e possibilitando a revisão constante de práticas que apresentem potencial para reprodução do modelo manicomial.” (p. 14).

Para isso, é essencial que as equipes reflitam e aprofundem sobre os reais riscos presentes no cuidado e avaliem a real necessidade de uso da contenção, singularizando o uso desse recurso e se mantendo coerentes com a clínica psicossocial, mantendo uma ética do cuidado que respeite a singularidade, o protagonismo, os vínculos, os limites, os desejos, não produzindo práticas que reproduzam qualquer tipo de violência ou de violações de direitos (MOURA; MATSUKURA, 2022).

Janaína Diogo reflete sobre a dificuldade que é para os CAPSij realizarem a contenção de crianças e adolescentes e o quanto os serviços, em alguns momentos, terceirizam essa difícil tarefa para os Hospitais Gerais.

*Tem uma questão da infância e da adolescência que eu acho tão difícil pensar que é quando precisa de alguma contenção. Eu lembro que uma vez, a gente ficou conversando horas a noite, sobre um adolescente que o CAPS III estava dizendo que não dava mais, precisava de uma vaga em um Hospital Geral. Eu fiquei lá, quase uma hora conversando com esse colega,*

*uma conversa super bacana do que fazer e como fazer. Eu perguntava, mas por que o Hospital Geral? Era um adolescente grande, ele estava super agitado. “Porque ele está agressivo, está batendo” e eu pensava: “Mas o que o Hospital Geral vai fazer de diferente?”. Já estava medicado, já estava com a prescrição. De fato, era um menino que precisava que alguém desse uma segurada, ele estava querendo sair, ameaçando, batendo, se batendo. Eu acho que nesse sentido, se supõe que vai ter um outro dispositivo e que esse outro vai saber o que fazer numa situação dessa.*

*Como é difícil para gente, né? Saber se posso segurar, não posso segurar... ainda mais com criança e adolescente.*

*Eu acho que nos casos que precisa sustentar a contenção por mais tempo, que se supõe que uma enfermaria daria conta que a enfermaria faria isso. A gente fica tão agoniado de ter que fazer algo nesse sentido, de ser tão violento e este ser o único jeito.*

*Isso também não depende do médico, claro, o médico faz parte da discussão, mas a enfermagem, se precisar, pode diante do entendimento do caso, da necessidade de fato, utilizar como um último recurso. Mas às vezes, a gente fica supondo que deveria ter um outro recurso, uma outra possibilidade que não é com a gente naquela hora. Então, é difícil! É um desafio para quem está num CAPS III mesmo. (Janaína Diogo)*

Apesar da contenção ser um recurso a ser utilizado pelos CAPSij, Janaína apresenta as hesitações vivenciadas pela equipe quando seu uso (como último recurso) se faz necessário. Primeiramente, por se tratar de crianças e adolescentes, segundo por ser considerado um ato violento e terceiro pela suposição que um outro equipamento da rede seria capaz de dar conta de uma situação como essa.

Marcia Innocencio problematiza que o CAPS não deve deixar de realizar a contenção mecânica com a justificativa de que é uma intervenção manicomial, encaminhando para que uma enfermaria a faça, pois caso esse recurso seja necessário, o melhor é que ele possa ser realizado por profissionais com os quais o usuário já possui vínculo.

*Muitos serviços entendem que a contenção mecânica não é um recurso. O Tykanori fez conversas nos territórios e falou que isso era um recurso possível. Há quem ache que isso é manicomial, mas não é manicomial se mandarem para uma enfermaria que lá vão fazer isso!? Façam longe dos meus olhos, mas não façam aqui. O CAPSij é onde justamente o usuário tem*

*laços e referências, até para se reorganizar, se sentir tranquilo e seguro consigo mesmo, por exemplo. (Marcia Innocencio)*

A fala de Marcia alerta para um reducionismo, ao associar a contenção à prática manicomial, um fantasma que se faz presente nas equipes e que muitas vezes as leva ao encaminhamento de uma situação de crise, terceirizando este cuidado a um Hospital Geral.

Marcia, questionando essa lógica, aponta uma contradição: as equipes não realizam a contenção, porém encaminham para uma Enfermaria que utilizará este recurso, o que é de fato manicomial?

Compreende-se que o uso do recurso por si só não o torna manicomial, mas sim toda a lógica que está por trás de seu uso, controle ou cuidado? Se o usuário necessitar da contenção para preservação de sua vida, e este recurso for utilizado com muito critério, negociado entre os membros da equipe, o usuário e a família, respeitando seus vínculos e seus afetos, seu uso terá mais potencial de refletir a lógica de cuidado psicossocial do que a lógica manicomial.

Nesta perspectiva, alguns gerentes apontam que consideram a contenção mecânica como um recurso de cuidado no CAPSij III.

*Quando a gente percebe que o usuário está um pouco mais desorganizado, está se colocando mais em risco, está agressivo ou autoagressivo, a gente entende ali a importância do manejo verbal, de limitar espaço e fazer todo o protocolo de contenção. Então a equipe faz contenções mecânicas dependendo das situações. A gente entende que é importante esse recurso sim, em alguns momentos.*

*Tem esse medo de quebra de vínculo, mas quando o usuário está desorganizado, a gente vai explicando o motivo da contenção. (Gerente 1)*

A gerente 2 fala sobre a importância que esse recurso também seja singularizado no cuidado e traz algumas reflexões importantes sobre o manejo em equipe. Primeiramente, que a contenção realmente seja o último recurso e que a equipe sempre avalie se realmente fez tudo para não precisar chegar a essa situação limite. Caso seja realmente necessário, que o técnico com mais vínculo seja escolhido para a condução processo, que as pessoas da equipe que estejam mais mobilizadas com a situação sejam preservadas, que haja uma boa comunicação verbal e não verbal da equipe, que o usuário seja escutado e que a equipe siga o passo a passo da técnica de contenção.

*Olha, não tem uma proibição, assim, não tem um impeditivo na verdade. Eu faço uma discussão de que a gente precisa avaliar os manejos e, é na singularidade, é no momento e, é com organização que a gente faz isso. A gente viveu recentemente uma contenção química<sup>71</sup> que não foi da melhor forma possível, essa estratégia da contenção desta forma foi a primeira vez aqui no CAPSij, não chegou a ter contenção física no sentido de contenção no leito, rolou uma contenção química. A partir disso foi mobilizada a formação, um processo de a gente entender os elementos divergentes na própria equipe sobre as condutas, os manejos, os processos. A gente tem uma forma de fazer, uma organização do processo de quem vai conduzir, de quem tem mais vínculo, de quem às vezes não está tão mexido, porque às vezes é difícil, tem limites. E, eu acho importante a gente saber disso porque a gente sinaliza para o outro. Mas como que a gente vai fazer isso de um jeito cuidadoso? A gente vai precisar se atentar e cuidar dessa relação para a gente justamente não penalizar quem está aqui para ser cuidado.*

*Agora, ele é o último, do último, do último recurso, cada vez que ele for utilizado a gente vai ter que conversar sobre. Porque eu acho que se chegamos a precisar a gente precisa se analisar para entender. Não! Vamos parar, vamos nos olhar, vamos pensar no passo a passo e ver se a gente fez tudo que a gente poderia ter feito, se a gente entendeu o que estava acontecendo, se o usuário pôde dizer para a gente como que ele estava se sentindo de um outro jeito, se a gente não conseguiu manejar isso, para que pudéssemos fazer de uma forma que isso não aconteça novamente.*

*Agora que podem existir situações que as pessoas se coloquem em risco? Pode!*  
(Gerente 2)

A gerente 2 continua sua fala, relatando uma experiência de Educação Permanente sobre contenção, realizada por um enfermeiro com a equipe do CAPSij III, a qual ajudou a equipe a refletir sobre o manejo de crise, além de aprenderem a técnica de contenção de maneira correta, garantindo que, caso seja necessário seu uso, a equipe o faça de maneira cuidadosa, sem machucar ou produzir mais sofrimento ao usuário.

*Tem uma questão técnica envolvida com uma equipe que está dizendo que às vezes tem pouca apropriação de questões técnicas e precisam chamar alguém, um enfermeiro. Fizemos*

---

<sup>71</sup> Contenção química é o uso de medicamentos para auxiliar no controle de sintomas psiquiátricos agudos.

*uma formação com um enfermeiro que está estudando no mestrado “O uso da contenção”, eu acho que ele conseguiu fazer isso desse jeito cuidadoso de dizer tecnicamente de como faz. Que é justamente como você menos machuca as pessoas, como se faz na infância, como se faz no adulto, qual é a equipe que precisa ter, porque se faz, o passo a passo, o que você tenta primeiro e falar, inclusive assim, “Gente por que o usuário fica agitado? Ele está se sentindo mal ou perseguido? Tem que falar assim”. Compartilhar um pouco das experiências mais concretas porque ajudou a pensar no manejo de crise de um modo mais geral e, inclusive de quando precisar desse manejo como irá ser feito. Eu entendi, inclusive que essa é uma conversa para a gente fazer sempre. Não nessa formalidade só, mas para a gente falar quando usar esses recursos mais invasivos. É só falar disso, porque senão, a gente não fala e a gente faz isso de um jeito muito destrambelhado. E aí, na hora que precisar fazer você fica sem saber “o lé com o cré”. (Gerente 2)*

O gerente 3 aponta que, invariavelmente, as contenções ocorrerão e traz alguns cuidados que devem estar presentes nas equipes, principalmente em relação à postura e ao manejo. Este gerente também apresenta alguns componentes de respeito ao usuário, como levá-lo a um local mais reservado para que ele não seja exposto no momento da contenção; ter cuidado com as falas dirigidas ao usuário evitando qualquer colocação ameaçadora, punitiva ou violenta; e realizar o bom uso das contenções verbais, espaciais e físicas a fim de evitar que uma contenção mecânica aconteça. Ele também reforça a importância de os profissionais conversarem após as contenções a fim de avaliarem as condutas durante todo o processo.

*Eu acho que vai acontecer em algum momento, mesmo as equipes não querendo e não gostando, e o preço de não fazer isso seria deixar o paciente se ferir muito ou ferir uma terceira pessoa e isso a gente não pode fazer. É aquele momento que você é obrigado a tomar uma decisão muito difícil que você não gosta e não queria que acontecesse, mas ela acontece em virtude da violência e do sofrimento que aquela pessoa tem passado, do transtorno, enfim, eu acho que o que tem que discutir é o seguinte, quando isso acontece, o que a gente pode fazer? A ideia é de tornar o menos traumático possível. E, eu acho que a única maneira de fazer isso é com muito planejamento e estando atento a algumas questões, algumas peculiaridades que vão cercar. Aqui o que a gente faz quando isso é necessário? A gente tenta fazer com que isso ocorra diminuindo o número de espectadores para preservar a pessoa. Ela não está fazendo um show bizarro ali, para atrair curiosos, ela está numa hora de intenso sofrimento em que o*

*simbólico dela não conseguiu dar conta e sobrou o físico. Então, a equipe tem que estar muito afiada para nesse momento afastar os outros usuários, tanto para preservá-los quanto para preservar esse paciente, usar toda a questão técnica possível, claro que a gente não escolhe o momento que vai rolar a crise, mas com o máximo de segurança e de protocolo possível, tentar colocar na cena as pessoas que têm mais vínculo que possam ter uma possibilidade de acalmar mais fácil esse paciente.*

*E, eu acho que entra uma questão que é muito importante que é a questão que tem que estar muito bem supervisionada e muito bem cuidada pela equipe, que é nesse momento você conseguir uma firmeza, mas sem ser violento. E a postura que você faz isso e as coisas que você fala durante esse processo é que vão marcar toda a diferença. As falas que dizem: “Está vendo o que aconteceu, agora eu vou ter que fazer...” são falas que vão brutalizar mais e as falas que vão indicando “Olha, a gente precisa fazer isso. A gente precisa te proteger. Estamos te cuidando!”, mas isso também exige um autocontrole muito grande porque você está numa iminência de uma ação física que você tem que ter firmeza, mas não raiva. E isso tem que ser muito bem pensado, quais os técnicos que têm essa capacidade de fazer. E aí, eu acho que combinando essas estratégias você diminui um pouco o impacto. As que nós participamos e, eu falo como alguém que participa desses momentos aqui, a resposta tem sido positiva no sentido que os pacientes entendem que não é um movimento de agredi-los, tanto é que todos estão muito vinculados comigo e apesar de eu ter realizado esse movimento de segurar. Eu acho que esse momento, eu estou contando que tudo foi tentado até esse momento, foi tentado todas essas intervenções verbais, foi tentando uma restrição mais do espaço, não necessariamente indo para uma questão física e que foi tentado esse manejo assim pelo toque, mas não pela restrição física com faixa. Porque tem a contenção física e a mecânica.*

*As últimas experiências que a gente tem tido é que quando esse processo todo em volta é feito você precisa ficar muitos instantes ali numa questão física, segurando o paciente, mas não é necessário ele ficar contido na cama com as faixas. E passado essa primeira crise a restrição desse espaço é sempre importante ele entendendo que não é uma questão de punição, mas uma questão de preservação dele. Tanto para ele não se machucar como não machucar o outro e para ele não ser alvo das provocações que virão depois porque muitas vezes, esse que tem essa reação mais intempestiva, ele foi também atizado por um outro paciente que muitas vezes queria ver ele naquele estado, então, isso rola bastante também. E aí, você tomando esses cuidados você minimiza essa questão dessa contenção de fato mecânica. Quando ela tem que acontecer você tem que seguir todos esses critérios de ter que ter alguém da equipe de*

*enfermagem, tem a maneira certa de fazer, tem técnica para fazer, se precisar acontecer porque não pode ser algo frequente, imediatamente depois que acontece, eu acho que a equipe sempre tem que entrar numa discussão muito séria do que aconteceu? Por que aconteceu? Como poderia ter sido evitado? Então, tem que ser um momento raro e se ele acontece tem que ser otimizado depois. Por exemplo, esses ajustes que eu fui falando, eles foram aprendidos após essas reflexões nossas aqui. E hoje já faz bastante tempo, eu não lembro a última vez que teve uma contenção de fato mecânica. A física tem acontecido de uma maneira mais leve, a gente se interpõe entre os dois, por exemplo que querem se agredir, e, o que tem acontecido são pacientes querendo agredir um ao outro. A gente separa, a equipe cada um fazendo essa barreira, e uma coisa engraçada que tem acontecido é que pacientes bastante agressivos, nesse momento que a gente está próximo fisicamente, eles não tentam agredir a gente, mesmo estando com muita raiva, isso é um sinal muito interessante. Eu acho que tem funcionado esse manejo.*  
(Gerente 3)

A gerente 6 apresenta as situações que envolvem risco de vida ou de agressão e nas quais se faz necessário o uso desse recurso, como evasão, auto e heteroagressão e agitação psicomotora. Informa que a decisão da contenção é feita em equipe e negociada com o usuário, respeitando seu protagonismo no cuidado.

*Vamos avaliando o risco que ele vai se colocando. Então, o fechamento para acontecer essa contenção mecânica e física é quando chega num risco de vida mesmo, quer evadir do serviço, autoagressão, heteroagressão, agitação psicomotora, aí vamos entendendo que vai trazer prejuízos, e aí, a equipe é favorável. Se é uma situação que não está colocando em risco de agressão ou a vida nem dos profissionais a gente não faz. Não faz mesmo, é manejo verbal, espaço, até que aquele usuário vai se acalmando para ficar na acolhida ou ir embora com familiar, porque nem toda crise a gente entende como acolhida integral. Se tem um suporte familiar adequado, ele acaba indo embora depois dessa agitação e a gente segue no manejo verbal diário com esse usuário, que a noite toma medicação e dorme, e aí, no outro dia está aqui no intensivo.*

A decisão da contenção é feita em equipe sempre. Sempre é discutido não fica só na enfermagem como decisão medicamentosa e de contenção, chegando no risco de vida, a gente reúne o mínimo possível de equipe presente e toma a decisão. E aí, quem está mais à frente do manejo verbal durante a crise, vai direcionando, mas não diretamente é a enfermagem.



*O usuário participa e a gente vai fazendo as propostas. “Olha, você está quebrando as coisas. Olha, você está agredindo o profissional. O que a gente vai conseguir fazer com isso? Você aceita uma medicação para ficar mais calmo?” “Ah, eu não aceito!”. “Então tá! Vamos tentar, mas está caminhando para a gente ter que fazer uma medicação injetável!”, a gente ainda vai cuidando desse injetável antes da contenção física, assim. Porque é muito traumático para criança e adolescente, é bem mais delicado. E, às vezes é mais fácil com um abraço, às vezes você já consegue fazer uma injeção. Você fala “Olha, vamos fazer uma injeção, eu te abraço, eu te dou a mão. Vamos lá?” e aí, ele acaba indo tomar um injetável.*

*E boa parte das medicações que a gente faz em crise não precisa de contenção. É no limite mesmo, assim. E que bom! (Gerente 6)*

Estes resultados revelam que, apesar da contenção ser considerada um recurso associado ao modo manicomial, quando utilizada pelas equipes de CAPSij III tem se apresentado uma prática bastante alinhada à atenção psicossocial, utilizada como último recurso e de forma singular, apostando no vínculo para a melhor condução do processo, preservando o usuário de qualquer exposição, punição, ameaça ou violência e reconhecendo sua singularidade, protagonismo, autonomia e contratualidade de crianças e adolescentes.

Vale ressaltar que, considerando os eixos de poder aos quais crianças e adolescentes em sofrimento psíquico estão submetidos, principalmente os que estão relacionados à idade e à presença de um diagnóstico psiquiátrico (mas também os relacionados a classe, gênero e raça), a garantia de intervenções (sejam de que ordem for) que respeitem e reafirmem o lugar de sujeitos sociais e políticos de crianças e adolescentes é de grande potência e de extrema relevância no processo de transição paradigmática, desvelando, assim, os caminhos para uma transformação social.

## **2. REPRODUÇÕES DO PARADIGMA MENORISTA TUTELAR**

A matriz de leitura, aqui nomeada como menorista tutelar, foi embasada juridicamente pelo Código de Menores de 1927 (BRASIL, 1927) e instaurou a doutrina da situação irregular, na qual o Estado exercia uma função de tutela e controle àquelas crianças e adolescentes que se encontram na categoria social de “menor”, ofertando a institucionalização da infância e juventude pobres como resposta às complexas questões que incidem sobre essa população (COUTO; DELGADO, 2015; RIZZINI, 2005).

Oliveira, Vicentin e Massari (2018) apontam que crianças e adolescentes são “menorizados”, quando são colocados na “posição da carência, da anormalidade e do perigo, tendo como resposta a tutela, a distância e/ou a segregação” (p. 227). Apesar da instauração de uma Doutrina de Proteção Integral, ainda se veem lógicas tutelares, moralistas e autoritárias sendo atualizadas nas noções de proteção presentes na implementação das políticas dirigidas à população infantojuvenil.

Isso posto, destacaremos nesta seção alguns pontos já discutidos no estudo 1 e no estudo 2 que sinalizam as reproduções do paradigma menorista tutelar vivenciadas no CAPSij III e na rede.

No estudo 1, Solange, uma das primeiras gestoras do CAPSij III Santana, relatou que muitos atores da rede distorciam o papel do CAPSij, ao compreendê-lo como um lugar que resolveria todos os problemas da criança e do adolescente, revelando um resquício da institucionalização marcada pelo paradigma menorista tutelar

Outro fato relatado por Rosângela é que, assim que o CAPSij III Santana começou a funcionar, rapidamente os três leitos foram utilizados por adolescentes que faziam uso de substâncias encaminhados pelo Ministério Público, reduzindo a complexidade envolvida nessas situações às ações tuteladas de um equipamento de saúde e reafirmando a busca pelos atores da rede de um lugar que reproduza as antigas institucionalizações.

Sonia sinalizou que os leitos do CAPSij III eram utilizados de forma distorcida para aquelas crianças e adolescentes que não tinham lugar na rede. Aqui se vê que a proteção integral não foi garantida a esses sujeitos, sendo expostos a uma reedição da doutrina da situação irregular, que os compreende como menores e objetos da intervenção jurídico-social do Estado (VICENTIN, 2006).

No estudo 1, também é revelada por Teresa a dificuldade da rede intersetorial compreender que o cuidado à saúde mental é responsabilidade de todos, fazendo com que a política de proteção integral a crianças e adolescentes se faça presente nos territórios.

No início do funcionamento do CAPSij III Santana, as judicializações dos casos eram bastante frequentes, revelando o quanto a lógica correcional-repressiva ainda se fazia presente para os casos de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e em uso de substâncias psicoativas. Como no presente estudo, os estudos abaixo também verificaram essa relação entre a justiça e as internações.

Joia (2014), ao estudar sobre as internações compulsórias por uso de substâncias de adolescentes em vulnerabilidade social, identificou que muitas vezes os circuitos acionados

pela internação psiquiátrica e suas funções asilares, tutelares e punitivas se sobrepujam ao cuidado articulado em redes territoriais e a busca pela redução das vulnerabilidades.

O estudo de Braga e D'Oliveira (2015), que acompanhou as internações de crianças e adolescentes em uma instituição de caráter asilar no estado de São Paulo, identificou que grande parte das internações estava relacionada à fragilização de vínculos sociais e familiares, violência no território, falta de cobertura da rede e psiquiatrização de questões sociais, o que era reforçado pelas internações por solicitações judiciais.

Blikstein e Vicentin (2016) também buscaram evidenciar os caminhos institucionais de crianças e adolescentes que demandavam internações psiquiátricas e identificaram que 45% das internações ocorreram por ordem judicial, sendo estes os casos com maior tempo de internação e maior incidência de reinternações.

Outros resultados do estudo 1 revelam as resistências e dificuldades das equipes de CAPSij em acolher os usuários que fazem uso de substâncias, o que reflete os preconceitos e estigmas vigentes em nossa sociedade que inviabilizam o acesso aos direitos a determinadas populações. A criminalização do uso de drogas, baseado em um moralismo presente no senso comum, reproduz a ideia da “delinquência” presente na doutrina da situação irregular, responsabilizando crianças e adolescentes por suas mazelas.

Essas heranças são reeditadas nas práticas dos serviços e em toda a rede, por meio da invisibilização de crianças e adolescentes que passam a não ser vistas em toda sua integralidade e complexidade, sendo reduzidas a diagnósticos e estigmas sociais. Acredita-se que é exatamente a consciência da presença desses processos e sua problematização que possibilita o desmonte dessa lógica tão enraizada nas práticas ofertadas a crianças e adolescentes.

O estudo 2 reforça os resultados do estudo 1 ao apontar que grande parte das demandas que chegam para acolhimento integral está relacionada a vivências de violência no território, questões no contexto familiar, vulnerabilidade social e ausência de equipamentos sociais disponíveis na rede. Novamente, vê-se a reprodução de uma lógica que não garante a proteção integral, centralizando a responsabilidade do cuidado a um equipamento de saúde e não a toda a rede.

O mesmo acontece com crianças e adolescentes que se encontram em situação de rua e em uso de substâncias e são encaminhadas ao CAPSij III apresentando complexas questões sociais e clínicas, que não devem ser respondidas unicamente por um serviço.

## 2.1. Dificuldades vivenciadas com a rede ampliada

Os gerentes também apresentaram algumas dificuldades vivenciadas com a rede, principalmente com as UBS e os serviços da assistência social, que por meio dos pedidos de institucionalização reforçam o paradigma psiquiátrico e o paradigma menorista tutelar.

A gerente 2 problematiza a não responsabilização da rede pelas situações de crise na infância e na adolescência, sendo que muitos serviços buscam algum lugar que responderá a essa demanda, seja uma internação em manicômio, comunidade terapêutica ou os próprios CAPSij III.

*(...) isso eu fui percebendo, tem muito do não desejo de viver conflito, tem muito do não desejo de viver as questões da infância, aquelas infâncias que não são as idealizadas.*

*Isso é da rede como um todo. Porque quando isso aparece na unidade básica, ele aparece assim como um “eu não tenho condições de cuidar sobre isso” e tem um lugar que vai cuidar magicamente dessa situação. Então, tem uma outra... às vezes a atenção básica meio que traz até uma questão assim “Não sei se vai ser no CAPS, se vai ser na UPA, mas alguém que não eu que vai cuidar!”. Claro que tem a ideia do manicômio, claro que tem a ideia da Comunidade Terapêutica, isso é fato, mas às vezes tem um outro assim “Vocês estão falando que são vocês que cuidam, pode ser também assim, desde que não seja eu!”. (Gerente 2)*

Vale ressaltar que os *Cadernos de Atenção Básica – n. 34 Saúde Mental* (BRASIL, 2013b) tecem orientações sobre o trabalho em saúde mental com crianças e adolescentes na atenção básica, apontando que, mesmo para casos mais complexos, em que será necessário acessar outros serviços, é essencial que a atenção básica mantenha o acompanhamento e a corresponsabilização pelo cuidado.

Deste modo, a fala da gerente expressa uma importante dificuldade da atenção básica que, frente a questões complexas de saúde mental, produz uma desresponsabilização, reforçando o lugar da internação como resposta.

As gerentes também apontam que há usuários que não têm lugar na rede e que, frente a essa desassistência, muitas vezes o CAPSij III acaba acolhendo-os na tentativa responder às diversas demandas desses usuários.

*(...) o menino que teve uma experiência de vida muito violenta, ficou muito na rua e tal fica sem lugar. Então assim, o CAPS vai recebendo muita gente que às vezes não vai tendo*

*lugar e que de fato são tensionamentos sociais, mas que eu não sei se de fato eles deveriam estar aqui na intensidade em que estão, sabe? Se a gente não tem que fazer outros tensionamentos. (Gerente 2)*

Nesta fala, a gerente reconhece que, frente à falta de proteção de outros serviços da rede, o CAPSij III vai assumindo responsabilidades sobre o cuidado e ao mesmo tempo se questionando se o melhor caminho não seria realizar os tensionamentos para que o usuário tivesse seus direitos assegurados. Essa fala traz uma dificuldade vivenciada pelos serviços que se veem entre as demandas urgentes dos usuários e a necessidade de tensionar os serviços da rede para que cumpram seu papel. Muitas vezes, os investimentos e tensionamentos com a rede levam tempo. Deste modo, as equipes, sustentadas pelo seu compromisso ético, acabam assumindo funções sociais de outros equipamentos da rede.

Tal situação é compreensível, porém revela as importantes fragilidades da rede de proteção para a efetiva garantia de direitos de crianças e adolescentes.

A política de proteção integral é relativamente recente (BRASIL, 1990b), e as dificuldades vivenciadas em sua implementação apontam importantes resquícios dos anos de institucionalização, fundamentados em práticas higienistas, menoristas e tutelares.

É de se compreender que, com o desinvestimento e a política de desconstrução do atual governo federal, agravadas pela realidade de dois anos de pandemia, muitos dos desafios e vulnerabilidades se multiplicaram e acirraram ainda mais essas fragilidades da rede. Este cenário revela um longo caminho a ser percorrido na efetivação e responsabilização com políticas públicas realmente comprometidas com a população infantojuvenil, evidenciando que pesquisas nesta esfera continuam sendo de fundamental importância.

A seguir, a gerente 4 pondera que o CAPSij III é um equipamento protetivo e que não deve negar acolhimento a nenhum usuário que procura o serviço, mas ressalta a importância de articulação com os equipamentos da rede, a fim de que o CAPSij III não se torne um serviço de moradia.

*Eu sinto assim que às vezes tem umas crises mais sociais, eu sempre fico pensando, isso é uma coisa da equipe também, a equipe fica muito tomada quando isso acontece. A gente só teve um caso até hoje que veio do abrigo e o abrigo não queria recolher esse menino e ele foi ficando aqui. Ficou aqui uns dez dias mais ou menos. A equipe não tinha uma compreensão assim de cuidar, e a gente ficou numa relação se tensionando o tempo todo nessa discussão.*

*Eu sempre falo para a equipe: “Mesmo que não seja para a gente, ele não tem lugar para ir, ele vai ficar aqui até a gente fazer as articulações necessárias”. Não existe de um adolescente bater aqui a noite e a gente falar que aqui não é o lugar dele. Ele vai entrar e a gente vai fazer as articulações necessárias no próximo dia útil possível. (...) se um menino bate aqui, um adolescente, eu chamo o Conselho Tutelar, eu abrigo, enfim (...). A gente precisa abrir a porta, mesmo que não seja um caso. É um outro tipo de crise, não é uma crise psíquica, não é disso que se trata. E, é importante a gente ter essa reflexão inclusive, para não fazer dos CAPS um centro de acolhida. Não é essa a proposta, mas o CAPS enquanto lugar de garantia de direitos a gente não pode nunca fechar as portas para ninguém que está pedindo ajuda. (Gerente 4)*

Esta fala da gerente reflete um princípio essencial da atenção psicossocial, que é o da responsabilização. Yasui (2016) aponta que a responsabilização do serviço pelas demandas de saúde mental de seu território possibilita que o cuidado seja efetivado tanto pela oferta de recursos quanto pela articulação dos equipamentos necessários naquele momento.

Deste modo, a fala da gerente 4 revela a importância de o serviço desburocratizar o cuidado, reduzir suas barreiras de acesso e se colocar como componente da rede de proteção, acolhendo quem chega e tecendo a rede a fim de garantir direitos.

Abaixo, a gerente 2 também apresenta que há pedidos de institucionalização nos CAPSij III por parte das famílias, dos serviços intersetoriais e às vezes até dos CAPSij II, para usuários que precisariam de acesso aos recursos da Assistência Social, como os SAICAs, mas que por inúmeras questões não estão conseguindo acessá-los e ter seus direitos de moradia e proteção garantidos.

*Ah! Tem um pedido muito grande, do próprio território, das famílias, dos recursos intersetoriais ou da própria rede mesmo para que a gente faça acolhimento de meninos que seriam indicação de uma articulação com a rede de Assistência [SAICAs], isso acontece bastante.*

*A gente tem hoje praticamente um morador que a gente está numa construção com a Assistência e Ministério Público. A mãe fez um processo de abandono dele aqui, mas ela continua vinculada ao serviço, então a gente vai tentando reverter isso. Quando a gente estuda o caso, é possível ver que sempre houve um processo de abandono, um processo de violação de tal ordem que a gente vai entendendo que o parceiro que precisa estar articulado de maneira imediata e conjunta é o Conselho Tutelar e a rede da Assistência Social.*

*É comum chegarem pedidos, do nosso território e de outros, para que a gente faça essa acolhida sem que essa articulação tenha acontecido, sem que essa articulação esteja prevista, nós sabemos que pode ter dinâmicas muito específicas, mas em alguma medida essa articulação precisa acontecer.*

*Teve um caso de menina recentemente, que o SAICA sinaliza que ela não pode mais retornar ao SAICA. O CAPS de referência faz o contato com a gente, solicitando que ela venha para cá sem fazer o contato com o Conselho Tutelar, sem sinalizar a esse SAICA de que isso não pode acontecer, sem fazer outras construções. A gente começa a fazer outras construções sobre o caso e sinalizar que é necessário articular outros parceiros. Parece que tem uma expectativa muito grande de que a acolhida integral seja uma institucionalização, reforçando que tem meninos e meninas que não tem lugar, é aquele caso do “sem jeito”.*

*Recentemente numa dessas discussões, que envolve o Ministério Público, o conselheiro tutelar que acompanha esse menino que está morador no CAPSij, falou: “Mas eu estou olhando aqui e acho que aqui ele fica muito bem. Ele devia ficar aqui” e a gente: “Não! Ninguém vai ficar aqui, ele precisa de casa”. Direito a moradia é construído de outra forma e se existe alguma maneira de ele retornar, é a família, entendendo que aqui não é espaço de moradia.*

*(...) São elementos de trabalho, as tensões das relações são os nossos elementos do dia a dia. Não há dúvida que isso vai aparecer. A questão é que isso aparece não só para a família. Esse mesmo Estado que em outro momento institucionalizou e que vai fazendo uma escolha de inverter esse lugar de violação para um lugar de proteção, para um lugar de garantia de direitos ainda titubeia muito, ainda tem muito lastro de institucionalização, de entender que tem menino que precisa estar cindido da convivência social porque tem menino que sei lá, não tem condições. E aí, a acolhida integral muito frequentemente esbarra nisso, os pedidos, o tempo de permanência, as possibilidades de construção do PTS... tem menino que vem para cá e a gente vai entendendo que tem muito esse desejo e essa expectativa de que ele tem que viver, morar numa instituição de saúde. Isso ainda é muito presente. Então, independentemente de como que se apresenta a situação, tem sempre esse lugar do “sem jeito”, daquele que precisa ficar tutelado, mais isolado mesmo. (Gerente 2)*

Todos os movimentos de reprodução do paradigma menorista tutelar, produzidos pela rede e evidenciados nas falas dos participantes, vão revelando que os CAPSij apresentam uma função intercessora na rede, que é estabelecida no “trabalho vivo”, em ato, com os atores que a

compõem. Uma função de abertura, de criação de novas estratégias que rompam com lógicas institucionalizantes e tutelares.

Inspirado por Deleuze, Merhy (2002) aponta que, em uma relação, os intercessores são produzidos nas duas partes, em ato, não existem fora do momento da relação em processo e são como instituintes que se colocam na busca por novos processos (apud YASUI, 2016). Deste modo, os investimentos, questionamentos e provocações realizados pelos CAPSij com a rede têm o potencial de questionar as reproduções que já estão dadas e abrir espaços para novos modos de cuidar.

Os resultados apresentados revelam a essencialidade do trabalho em rede na SMIJ e a necessidade de um investimento massivo nos equipamentos para a concretização de práticas intersetoriais, que possibilitem o desmonte das lógicas institucionalizantes. Os resultados também evidenciam a função ética e política dos CAPSij e de seu exercício em prol da garantia de direitos de crianças e adolescentes.

É fundamental que, frente a tentativas de institucionalização, as equipes não paralisem e nem se calem, exercendo seu papel técnico e político ao acionar órgãos legais como Conselhos Tutelares, Ministério Público, Defensoria Pública e/ou Vara da Infância e Juventude, com o objetivo de articular ações em defesa da garantia de direitos, solicitando providências frente às situações de violações. Ações, estas, que também possuem um potencial intercessor de abrir fissuras no campo do Direito, mostrando-se tão relevantes quanto as ações de acolhimento e cuidado ofertadas pelos serviços.

## **2.2. Judicialização dos casos**

Em relação à judicialização dos casos, os participantes foram questionados se havia solicitações judiciais para acolhimento integral nos CAPSij III.

Os gerentes apontam que especificamente para acolhimento integral esses pedidos raramente acontecem, mas que são muito frequentes as solicitações de relatórios de usuários que já são acompanhados pela Vara da Infância e Juventude, por estarem em situação de acolhimento institucional em SAICA.

*Não, a gente não tem. Não acontece de um juiz determinar que venha para um acolhimento integral em CAPS III isso não acontece, não. O que acontece, por exemplo, são casos de meninos que tem algum processo na Vara e que por vezes o juiz pede um relatório para acompanhar ou até uma avaliação psiquiátrica especificamente, mas normalmente é mais*



*relatório multi que eles pedem, principalmente sobre os meninos que ficam em SAICA, que é mais rotina mesmo a gente responder esse tipo de demanda. (Gerente 1)*

A seguir, a gerente 6 informa que, para esses casos, a equipe do CAPSij segue o fluxo normal de acolhimento.

*Não é uma demanda problemática aqui para a gente não. Mas se chega, a gente faz o fluxo normal de acolhimento, avaliação com a equipe multi, discussão na equipe geral, e aí vai entendendo que não vai ser esse objetivo de internação involuntária. Realizamos os relatórios devolvemos com a opinião e com o acompanhamento do usuário e vai seguindo o fluxo de um acompanhamento aberto, eles aceitam. Nunca chegou uma imposição “Olha vocês vão atrás e vai ter que levar o usuário e ficar involuntário”, não. (Gerente 6)*

O gerente 3 aponta que a baixa judicialização dos casos é reflexo do trabalho de parceria realizado pelo CAPSij com o Judiciário.

*Eu acho que na história teve pouquíssimos casos.*

*Aqui na nossa região especificamente, teve uma coisa meio que interessante, a gente foi construindo assim uma relação muito boa com o Judiciário. Então, muitos casos, chegaram a nem ter a oficialização, a ligação dos técnicos do próprio fórum pedindo “Vamos fazer uma reunião? Vamos discutir o caso!”, então é uma relação bem amistosa. Então assim, todos esses atravessamentos assim a gente não tem sentido.*

*Tem as solicitações normais, por exemplo os pacientes que estão em SAICA há muito tempo, o juiz quer uma audiência para entender o caso, aquele procedimento comum, mas esse atravessamento de ignorar as avaliações dos CAPS, solicitar que o paciente fique aqui por uma outra questão. Eu não consigo lembrar agora recente de nenhum caso... (Gerente 3)*

Já a gerente 5 traz que as solicitações judiciais para acolhimento integral eram bastante frequentes, principalmente dos casos advindos de SAICAs. Aponta também que o investimento na relação com o judiciário tem ajudado a diminuir essas solicitações.

*Muitos. Esse CAPS teve uma história um ano antes de eu chegar, teve um usuário de um outro CAPS II que ficou nove meses aqui. E desde que eu cheguei, eu fiz questão de*

*conversar com a juíza da Vara da Infância e Juventude e eu acho que nesse ano foi um dos bons frutos, a gente não recebe mais canetada para uso do acolhimento integral. É uma decisão técnica e, é nossa. E isso, a nossa Vara entendeu e a gente tem trabalhado muito junto...*

*A gente faz milhões de reuniões do caso antes, milhões, às vezes eu faço cinco reuniões com o Judiciário, semana passada, teve um dia que eu tive quatro. E aí, assim, a gente está muito junto com os técnicos do Judiciário dos nossos casos e, sempre partindo que o acolhimento integral, ele é um instrumento terapêutico e ele tem que fazer parte do projeto terapêutico. Então não faz sentido nenhum ele vir de fora. Nesse território tem nove SAICAs, é um número muito grande e, eu acho que a maioria desses pedidos quando eu cheguei vinha muito disso. A criança ou o adolescente não estava bem no SAICA vai ficar internado no CAPS. Não, não vai ficar internado no CAPS, e aí, foi um trabalho que a gente fez muito junto com a Vara e junto com os técnicos do judiciário que já estava sendo feito, mas ainda tinha muita essa tendência da canetada, e, acho que pelo menos assim, desde que eu estou, a gente teve uma que foi para nunca mais. Então, a gente vem bancando muito assim, quando precisa entra, quando não precisa a gente faz outro projeto terapêutico para atender aquela crise, aquela situação que está precisando de um acompanhamento mais intensivo. (Gerente 5)*

Essas falas reforçam a essencialidade do mandato gestor dos CAPSij para a construção de uma rede que também seja psicossocial, que também trabalhe na lógica do cuidado em liberdade e da garantia de direitos, com vistas à construção de territórios psicossociais.

O massivo investimento dos CAPSij junto ao Poder Judiciário se reflete em um cuidado mais singular às crianças e adolescentes que apresentam fragilização de vínculos familiares e comunitários, como é o caso de usuários acolhidos em SAICAs, reduzindo as solicitações judiciais para acolhimento integral.

Os profissionais da Área Técnica da SMS/SP também apontam que, durante o período que estiveram na gestão, os pedidos de solicitação judicial para acolhimento integral em CAPSij III eram raros, porém para internações eram mais frequentes.

*Tinha muita demanda judicial, mas a gente conseguiu fazer uma parceria muito boa para acolher essas crianças não nos hospitais, mas nos CAPS mesmo. Combinamos com eles que se fosse necessário eles poderiam nos ligar e que garantiríamos os atendimentos para as crianças. (Myres Cavalcanti)*

Esta fala revela a importância das pactuações da gestão municipal com o Poder Judiciário, favorecendo que cheguem menos demandas de internações e que as crianças e adolescentes possam ser cuidados em liberdade nos CAPSij.

A seguir, Janaína Diogo reflete se o baixo número de pedidos de internação se refere ao entendimento adequado do serviço ou ao desconhecimento do serviço CAPSij III pelo Judiciário. Também ressalta sobre o uso equivocado que o Judiciário faz dos equipamentos da saúde como recurso de moradia.

*Não havia muitos casos de solicitação para acolhimento noturno no CAPS III por via judicial, tinham alguns, mas não eram muitas determinações judiciais.*

*Bem menos do que de internação, mas também não sei o quanto o Judiciário conhece o recurso do CAPS III. Eu não sei se é por falta de conhecimento que ainda não tinham tantas determinações judiciais ou se havia o entendimento do recurso. Eu não sei te dizer. Alguns, sim, mas também é possível de desconstruir, sabe? Eu lembro que alguns serviços às vezes reclamavam: “Olha, o juiz determinou que ficasse morando com a gente três meses!”. Isso aconteceu, eu me lembro quando a gente foi da última vez no Santana, que tinha lá um menino há três meses...*

*Às vezes, o Judiciário quer usar a saúde como recurso assistencial e vem esses equívocos. (Janaína Diogo)*

Nesta fala é apontado, mais uma vez, o uso do CAPSij III como recurso de moradia, revelando que as tentativas de institucionalizar e tutelar a infância e adolescência ainda se fazem bastante presente nas solicitações realizadas pelo Judiciário.

O uso do CAPSij III como recurso de moradia é apontado em vários momentos pelos participantes de ambos os estudos, e também é sinalizado no *fluxo que estabelece critérios de atenção à crise* (SÃO PAULO, 2019b), deixando claro que o serviço não é um equipamento de moradia.

Vale ressaltar que o acolhimento integral não se configura como um modelo de moradia, não devendo ser indicado para esta finalidade. É um dispositivo de cuidado em saúde mental infantojuvenil, para situações de crise de caráter transitório e de curta permanência (SÃO PAULO, 2019b).

A seguir, Claudia Longhi informa que as solicitações judiciais para acolhimento integral em CAPS III continuam baixas e que as solicitações para internação também reduziram.

*Na secretaria não recebemos muitos casos de indicação de acolhimento em CAPS III por via judicial. É bem raro recebermos solicitações de internação de crianças e adolescentes*

*Eu acredito que a redução de pedidos de internação esteja relacionada com a ampliação da rede de serviços substitutivos. Hoje temos 95 CAPS, é uma rede de suporte maior, os leitos hospitalares não aumentaram, mas temos 300 leitos em CAPS III na cidade de São Paulo, juntando todos os serviços Ij, AD e Adulto. Em CAPSij temos 35, em CAPS Adultos 104 e em CAPS AD 161, temos um número grande de camas em CAPS III e isso nos ajudou a dar conta dessa necessidade. (Claudia Longhi)*

Claudia aponta que a expansão da rede substitutiva e ampliação das camas em CAPS III levou a uma maior resolutividade dos casos no próprio território, reduzindo as judicializações. Este é um dado bastante significativo, pois reflete que o investimento na rede promove mais acesso ao cuidado e menos necessidade de judicialização dos casos, a fim de que os direitos em saúde dos usuários sejam garantidos.

Defende-se que não há melhor cuidado a ser oferecido do que aquele articulado por uma rede que já conhece o usuário, o território, os recursos disponíveis, construindo um cuidado singular que englobe as relações e os contextos de vida.

Oliveira, Vicentin e Massari (2018) apontam que o cuidado ofertado a crianças e adolescentes deve estar baseado em suas necessidades e demandas singulares, construído em um trabalho em rede que reconheça seus vínculos e seus territórios de existência.

Essa ampliação de olhar constrói cuidado, o que é muito diferente de simplesmente transferir essa responsabilidade a um juiz que pouco conhece sobre a realidade do usuário e do território, aumentando os riscos de respostas simplificadoras.

Os gerentes também relataram alguns casos que permaneceram no CAPSij III além do tempo indicado por determinações judiciais.

O gerente 3 relata dois casos de SAICA, nos quais a equipe do CAPSij III já não via indicação do usuário permanecer no serviço, mas o juiz não liberou seu retorno ao SAICA.

*Teve um caso que tinha uma questão muito complicada com o SAICA, e o SAICA é que tensionava o Judiciário... os serviços entendiam que estava de alta, estava estabilizado, tudo certinho, todo o trabalho e aí, o juiz entendia que não. Foi uma interferência bem ofensiva porque a gente tinha uma série de argumentos técnicos que justificavam ele de sair.*

*Tem outro caso que está permanecendo aqui, um caso bem específico, porque tem a questão da pandemia. O SAICA se manifestou e o juiz entendeu pela permanência dele aqui. Realmente tem sido muito difícil porque no momento que ele chegou no SAICA, ele foi extremamente agressivo, teve um momento que as crianças, os bebezinhos ficaram em um certo risco, então, é compreensível também a angústia porque envolve mais risco. Apesar de a gente acreditar que ele precisa sair porque está sendo privado de uma série de direitos.*

*Ele já está há dez meses. então foge um pouco até do escopo do CAPS, e aí, demanda muita criatividade da equipe para ficar tentando suprir essa angústia deles de estar muito tempo que não é o ideal do CAPS III.*

*Foi um caso assim que tem muitos pormenores, extrema violência no território, diversas tentativas de reinserir em SAICA do território. Chegou-se à conclusão de que ele precisava realmente mudar de território, ele veio para cá, se tentou um novo SAICA na região e esse processo ainda foi atravessado pelo COVID.*

*Mas nós fomos tensionando o Judiciário para provocar uma nova estratégia para ele que virá pelos próximos dias aí. A gente tensionou e veio essa resposta ficamos bastante limitados pela situação do COVID. Em uma das fugas ele volta com COVID. Ele estava bem aqui e volta com o COVID. A gente não podia fazer muitos movimentos esperando. O SAICA passou por um momento em que não estava entrando ninguém no SAICA.*

*É aquela combinação que a gente sabe que é uma combinação de difícil cuidado. São pacientes que vem de uma situação de alta vulnerabilidade já tiveram desde a primeira infância permeada de todo tipo de violência, a família não consegue oferecer os cuidados e muitas vezes até rejeita, paciente com deficiência intelectual que dificulta ainda mais as defesas dele e com comportamento agressivo obviamente por resultado de tudo isso e que causa esse medo e dificulta a inserção dele. Porque a gente ainda enfrenta essa dificuldade gigantesca pela inclusão dos nossos meninos e meninas. E esses casos são os que mostram como é frágil essa capacidade de incluir. (Gerente 3)*

Abaixo, Camila Bortolucci relata o caso de um usuário que está como morador em um CAPSij III.

*Hoje temos um caso de um morador de CAPSij III, onde o juiz já determinou que a mãe buscasse o filho, mas ela não se responsabiliza, e ele está lá há um ano. Então nós temos essas questões emblemáticas e estamos tentando trabalhar com outras Secretarias, a fim de articular*

*um lugar para ele morar, considerando que o CAPSij III não é um equipamento social. (Camila Bortolucci)*

Esta fala revela o quanto crianças e adolescentes tuteladas pelo Estado estão expostas a inúmeras violações de direitos. São os usuários nomeados pelas gerentes deste estudo como “os sem lugar na rede”.

O estudo de Oliveira (2015), que se debruçou sobre uma Unidade de Acolhimento Infantojuvenil<sup>72</sup>, identificou que a demanda do serviço era marcada por usuários que não se enquadravam em nenhum lugar, aprisionados num circuito cronicante de institucionalizações e expulsões. A fala do gerente do CAPSij, participante do estudo, reflete o (não) lugar desses usuários “O que vem para a gente são os meninos que são recusados nos abrigos, recusados na casa, recusados na vida! São esses que chegam para a gente. Então, qual o nosso perfil? São os recusados na vida.” (p. 96)

Muitas das crianças que acessam o acolhimento integral e CAPSij III, também estão acolhidas em SAICA e, nesse circuito saúde, assistência social e justiça, ao invés de terem seus direitos garantidos pela rede de proteção, o que se vê são inúmeras violações, como observado nos casos relatados acima.

Oliveira, Vicentin e Massari (2018) refletem que essas crianças e adolescentes tuteladas pelo Estado “ingressam em circuitos que os produzem como resíduos institucionais; efeito da desresponsabilização e do abandono das próprias instituições que deveriam ser garantidoras e promotoras de direitos” (p. 239)

Os gerentes também discutiram questões complexas que envolvem a relação do CAPSij com o Judiciário, como o medo da equipe em responder negativamente a um pedido deste setor e os casos de adolescentes que estão em cumprimento de medida socioeducativa.

A gerente 5 reflete sobre uma questão bastante presente nas equipes de CAPSij, que é o medo do Poder Judiciário e a importância das equipes se empoderarem de sua expertise técnica na condução das discussões com este setor, construindo novos terrenos de negociação que possibilitem a troca e a construção coletiva das decisões.

---

<sup>72</sup> UAI é um serviço ligado a um CAPSij e é destinado a crianças, a partir de 10 anos, e adolescentes usuários de substâncias psicoativas. É um equipamento de cuidado e de proteção social, funciona como moradia transitória e voluntária para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e em uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2012).

*Eu acho que às vezes, o que acontece é isso, desde os outros CAPS que eu trabalhei, eu senti isso um pouco da equipe, a gente não tem que ter medo do Judiciário porque essa é uma especialidade nossa. A gente enquanto equipe, enquanto referência técnica e enquanto psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, oficinairo, farmacêutico que acompanha o caso, a gente tem os instrumentos para dizer se esse caso necessita ou não de acolhimento noturno no CAPS. E não o Judiciário que de repente por uma questão jurídica, socioeconômica, de violência traz. Muitas vezes a gente vai chegar a esse acordo, mas pelo menos o que eu vou tentando muito é que essa construção seja feita em rede, em conjunto e que não venha de cima para baixo. Porque não é bacana nem para a gente e nem para o usuário, não é. Tem que fazer sentido para todo mundo. (Gerente 5)*

É fundamental que os CAPSijs estejam a serviço dos usuários e não do Poder Judiciário. O objetivo do CAPS é promover um cuidado ético aos que mais sofrem. Deste modo, as articulações com este setor devem fazer frente a modos institucionalizantes, individualizantes, manicomiais e simplificadores, auxiliando os operadores do direito na ampliação do olhar para o sofrimento psíquico e na construção de estratégias singulares.

Complementarmente, a gerente 2 aponta o papel educativo dos profissionais do CAPSijs para auxiliar o Judiciário na construção de melhores caminhos na condução dos casos.

*O que eu aprendi e, eu acho que isso foi muito interessante na infância é que a gente às vezes precisa responder as coisas sinalizando o caminho que a gente acha que precisa ser, porque o Judiciário vai fazer aquilo que ele entende que ele sabe e que nem todo mundo é especializado ou no sentido conhecedor daquela área e tal e acaba só respondendo uma demanda. (...) (Gerente 2)*

A gerente 2 problematiza que, muitas vezes, a judicialização pode ser um pedido coerente, pois pode apontar uma falha da rede em cuidar de uma determinada demanda.

*É um pedido de relatório atrás do outro e com diversos pedidos que são coerentes. Coerentes no sentido de dizer de um não acesso a um recurso, de um pedido de ajuda, enfim, as pessoas acessam aquilo que elas têm possibilidade ali no momento. A construção da judicialização é um pouco a sinalização de que a gente falhou, de que algo deu errado. (Gerente 2)*

Aqui, vemos outro lado da judicialização, que é a garantia de direitos. Defende-se que este deveria ser o papel do Poder Judiciário e não como protagonista de institucionalizações e de violações.

Outra reflexão trazida pela gerente 2 se refere ao acompanhamento em CAPSij de adolescentes que estão em cumprimento de medida socioeducativa. A gerente traz a importância do olhar ampliado e da criação de novas estratégias de cuidado, a fim de que o CAPSij não alimente a reprodução do ciclo de punição a esses adolescentes.

*Os meninos que estão cumprindo medidas. Eu às vezes tenho uma questão com isso. O juiz às vezes propõe dele trocar a medida por ele ser acompanhado no CAPS, não necessariamente tem a ver com a acolhida integral, mas a gente sabe que tem ali talvez um menino que está muito no rolê e que se não der um breque um pouco mais... uma continência, um espaço de cuidado um pouco mais intensivo que não vai dar conta, se ele desejar. Mas eu digo assim, eu não vou escrever no relatório, eu não vou dizer para o juiz que esse menino não cumpre medida e que por isso ele vai para a Fundação Casa. Desculpe, mas eu não vou. A gente vai responder, a gente vai tentar e a gente vai tentar. Faz visita de novo, faz visita com alguém diferente. Vamos tentar, vamos tentar, mas ele não vem, ele não vem. Ué, mas, eu não vou dizer, a gente não pode dizer para o juiz que a gente desistiu do menino, né? Isso é papel dele achar a hora, isso se couber a ele, o que eu acho que também é questionável, se cabe a ele sinalizar que deu, assim, de insistência de cuidado com esse menino, mas eu acho que esse é um processo importante para explicitar mesmo que tem questões de sofrimento que são muito mais de ordem social da construção do nosso modo de vida do que individual. E que as abordagens precisam ser de outra maneira que eu acho que é o que a gente sempre tensiona para trabalhar as relações. (Gerente 2)*

Adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas estão sob a tutela da justiça e, por essa razão, mais subordinados ainda às lógicas menoristas. Nesta fala, a gerente reforça o papel ético e político dos CAPS, em não servir a uma lógica punitiva e individualista que coloca no adolescente toda a responsabilidade por sua condição e que desconsidera todas as questões de ordem social envolvidas em sua trajetória.

Nenhum jovem comete um ato infracional isolado, desconectado de suas experiências anteriores e nem o faz sozinho. Com isso, quero dizer que há uma produção social que cria o



“jovem em conflito com a lei”, embora tal produção seja invisibilizada e colocada como exclusiva do próprio “infrator”. (SCISLESKI, 2010, p.77)

Scisleski (2010) reflete que esses adolescentes são produzidos numa relação de abandono, na qual primeiramente são excluídos da sociedade para depois serem incluídos como marginais, criminosos, delinquentes. Para esses, adolescentes a resposta do Estado é a internação, a exclusão, a patologização, a prisão e o encarceramento, uma lógica que vai sendo reproduzida e reforçada por diversas políticas públicas.

A gerente cita que a medida socioeducativa é substituída pelo acompanhamento no CAPS. Este fato abre uma discussão sobre a medicalização, na qual ao tornar o ato infracional uma doença, reforça-se o processo de individualização e invisibilização das questões sociais, não resolvendo de fato o problema. Em suma, são estratégias políticas que visam controlar uma parcela específica da população, a população pobre (WACQUANT, 2009 apud SCISLESKI, 2010).

Deste modo, cabe aos CAPSij a importante tarefa de manter seu legado psicossocial aos que se encontram mais marginalizados, refletindo criticamente por qual lógica têm sido sustentadas suas ações de cuidado, por uma lógica excludente e punitiva ou por uma lógica promotora de direitos.

Vale lembrar que, apesar da fala da gerente 2 evidenciar um cuidado aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, outros resultados da presente pesquisa também apontam uma importante dificuldade dos CAPSij em acolher essa população, evidenciando a urgência dessas reflexões por parte das equipes.

A partir desta discussão, é apresentado, a seguir, um caso que exemplifica as teias manicomiais e menoristas às quais os serviços estão expostos e que, por vezes, frente à ausência de recursos, podem acabar levando a respostas individualizantes e simplificadoras.

A gerente 6 relata o caso de um adolescente que veio da Fundação Casa para o CAPSij III com pedido de internação, e para quem o serviço acabou articulando uma internação em hospital psiquiátrico. A gerente conta que a falta de vínculo com o adolescente e conhecimento sobre o caso, aliado à estrutura aberta do CAPS, favoreceu que tomassem essa decisão.

*Só teve um caso de um usuário que ele era usuário de substâncias e aí ele foi para a Fundação Casa duas vezes. Já tinha um processo longo do caso dele e, ele ficou aqui, mas não ficou muito tempo porque foi tudo muito rápido.*

*Inclusive nesse caso, a gente chegou até a transferir para um hospital porque saiu para ele uma vaga no Hospital Pinel. Então, esse caso foi para lá até porque a gente devolveu que aqui era um serviço aberto e que não tinha como cumprir essa medida.*

*A gente articulou a vaga lá no Pinel e, ele acabou indo, mas assim, eles aceitaram a vaga porque era isso, a nossa resposta foi da questão estrutural mesmo. Nós somos um CAPS porta aberta, então, como que a gente faz para segurar esse adolescente aqui?*

*O juiz já tinha determinado, (...) e como era um caso em que o serviço não acompanhava, então, a gente não tinha uma opinião formada quanto a isso, se seria o mais indicado para ele porque veio por essa questão judicial mesmo. Ele era do território, mas nunca tinha feito ficha aqui, não conhecíamos o caso, nunca discutimos em matriciamento e ele acabou indo para lá, nem voltou para cá.*

*Não acompanhamos o processo de internação. Ele não tinha suporte familiar, (...) a família dele era de outro território, (...) tinha questões mais judiciais de abrigamento, enfim. Então, como ele não era acompanhado aqui a gente não seguiu o acompanhamento dele só levamos ele até lá. (Gerente 6)*

Este caso revela que, para esses adolescentes, a tutela da justiça, somada ao abandono da própria rede, vai determinando um destino de institucionalizações. Para os “marginais”, “criminosos”, “delinquentes”, os direitos não são garantidos; ao contrário, são violados institucionalmente pelas próprias políticas públicas.

Este caso faz refletir sobre a necessidade de os CAPSij serem resistência e não se deixarem seduzir pelo canto da sereia nem se deixarem vencer pelo cansaço, permitindo que estratégias manicomiais sejam dadas como resposta a questões sociais complexas. Além de revelar a importância de os CAPSij exercerem seu mandato gestor e realizarem os tensionamentos necessários com a rede para que a internação psiquiátrica não seja utilizada como saída, frente às vulnerabilidades e fragilidades decorrentes da não garantia de direitos sociais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa foi composta por dois estudos. O estudo 1 objetivou resgatar a história de implantação dos CAPSij III na cidade de São Paulo. Já o estudo 2 objetivou compreender a função destes equipamentos na atenção à crise de crianças e adolescentes na Rede de Atenção Psicossocial paulistana - além de caracterizar os CAPSij III e seus processos de trabalho e identificar as potencialidades e as dificuldades vivenciadas pelos CAPSij III na atenção à crise de crianças e adolescentes e no compartilhamento do cuidado com os CAPSij II.

Os resultados do estudo 1 revelaram que o primeiro CAPSij III foi idealizado por componentes da Área Técnica que apostaram na construção deste equipamento como um substitutivo à internação psiquiátrica de crianças e adolescentes, possibilitando a oferta de um cuidado integral e territorial. As participantes apontaram um contexto político de investimento para ampliação da rede substitutiva de saúde mental na cidade de São Paulo. No entanto, destacaram o desafio que se configurou a implantação de um serviço desta complexidade sem o devido respaldo das portarias federais. A experiência do primeiro serviço levou à redução das internações, apontada pelos participantes e evidenciada neste estudo como a principal potência.

Após essa primeira experiência, foi proposta pela Área Técnica a expansão dos CAPSij III, com a implantação de 1 CAPSij por Coordenadoria Regional de Saúde. Esta expansão foi convergente com outros investimentos que qualificaram a rede de SMIJ na cidade de São Paulo, como o fortalecimento de espaços coletivos e democráticos, proposição de um projeto de Educação Permanente e construção de uma portaria municipal de CAPSij III.

Atualmente, são oito CAPSij III implantados em toda a cidade.

Como uma importante contribuição do estudo 1, destaca-se o processo de transformação social realizado em uma cidade tão complexa como São Paulo, a partir da construção de um cuidado psicossocial e territorial à crise de crianças e adolescentes. Este estudo revela pontos-chaves que possibilitaram que esse movimento se efetivasse, trazendo referências que podem inspirar a proposição de políticas públicas e auxiliar outros municípios do território nacional a desenvolverem suas próprias experiências de transformação social no cuidado à SMIJ.

Verificou-se que a confluência de alguns fatores foram fundamentais para o sucesso na implantação dos CAPSij III, entre os quais, destacam-se: 1) a decisão e implicação do gestor, alinhamento à Reforma Psiquiátrica e conhecimento técnico sobre a área; 2) a presença de governos democráticos-participativos, que invistam em espaços coletivos de participação de trabalhadores, usuários e gestores, possibilitando a construção de pautas públicas condizentes

com as necessidades da população; 3) encerramento dos convênios com Hospitais Psiquiátricos, construindo efetivamente uma rede substitutiva, com equipamentos e estratégias capazes de sustentar o cuidado à crise no território; 4) investimentos nos CAPSij III como equipamentos realmente substitutivos às internações psiquiátricas de crianças e adolescentes, marcando, assim, uma atenção territorial, em liberdade e psicossocial, que garanta direitos, que produza um cuidado humanizado, singularizado e ampliado.

O estudo 2 apresentou uma caracterização dos CAPSij III da cidade de São Paulo, além de revelar como se dá o processo de acolhimento integral nos serviços, o fluxo de acesso, a dinâmica de trabalho, as estratégias de cuidado e o compartilhamento dos casos com os CAPSij II.

Os gerentes indicaram que as principais potencialidades dos CAPSij III são: evitar as internações; ofertar um espaço de cuidado psicossocial e territorial; e olhar para as complexidades dos sujeitos e dos contextos de vida, compreendendo o sofrimento de uma forma ampliada. Já as principais dificuldades se referem à comunicação entre a equipe do noturno e do diurno; a relação com os CAPSij II; a incompreensão da rede sobre a diferença de um acolhimento integral e de uma internação e a equivocada compreensão que os CAPSij III podem ser usados como equipamentos de moradia.

Como importantes contribuições do estudo 2, foram destacados alguns pontos para a efetivação de boas práticas em serviços CAPSij III: 1) a construção de um cuidado efetivamente compartilhado entre CAPSij II e CAPSij III, a qual é essencial para reduzir as rupturas nos cotidianos e garantir a manutenção dos vínculos dos usuários com seu território, evitando que o acolhimento integral seja compreendido como uma internação e possibilitando um melhor alinhamento entre as equipes; 2) o deslocamento da concepção de crise psiquiátrica, trazendo uma compreensão psicossocial da crise, que inclua os contextos micro e macrosociais, possibilitando o acolhimento a diferentes situações de vida que produzem sofrimento, sem qualquer tipo de recorte diagnóstico para acesso ao serviço; 3) garantia da presença de profissionais de equipe multi à noite (19h às 22h) e aos fins de semana, para além dos profissionais de enfermagem, possibilitando a ampliação do olhar para a saúde mental, a diversidade na oferta de práticas de cuidado, além da superação do modelo biomédico e o alinhamento à perspectiva psicossocial; 4) necessidade de investimento em passagens de plantão e reuniões que auxiliem a romper as possíveis cisões presentes entre equipe de enfermagem e equipe multi e profissionais que trabalham em turnos diferentes (diurno e noturno), garantindo a participação de todos os profissionais da equipe, com tempo de duração

que permita trocas e reflexões sobre o cuidado alinhado aos princípios da atenção psicossocial; 5) garantir o protagonismo e a participação dos usuários e familiares em todo o processo de cuidado de acolhimento integral, tanto na construção do seu PTS quanto na decisão de término do período de acolhimento; 6) destaca-se a urgência de que seja garantido a todos os CAPSij III o recurso da supervisão clínico-institucional, haja vista a complexidade e intensidade do cuidado vivenciada por estes serviços.

Os resultados do estudo 2 apontaram que os CAPSij III têm se revelado importantes equipamentos da RAPS que imprimem a lógica psicossocial na atenção à crise, garantindo direitos e incluindo as relações e os contextos de vida na construção do cuidado. Produzem pertencimento, cuidado, acolhimento, afeto, integralidade, considerando as complexidades de vida dos usuários. Lutam para garantir a não institucionalização de crianças e adolescentes, oferecendo uma alternativa às comunidades terapêuticas e às internações em Hospitais Gerais e Psiquiátricos. São serviços realmente substitutivos, que garantem a atenção à crise de crianças e adolescentes dentro da lógica psicossocial, evidenciando-se um equipamento essencial na concretização da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No último capítulo, foi apresentado um diálogo entre os dois estudos que discutiu sobre algumas complexidades presentes no cuidado psicossocial infantojuvenil e as reproduções dos paradigmas psiquiátrico e menorista tutelar, a partir de reflexões sobre internação de crianças e adolescentes, uso da contenção nos CAPSij III, dificuldades vivenciadas com a rede ampliada e judicialização dos casos.

Discutiu-se sobre papel do CAPSij III e os desafios vivenciados quando a atenção hospitalar se faz necessária. Os participantes são a favor de leitos de atenção integral em saúde mental em Hospital Geral para casos que apresentam questões de ordem clínica, porém se posicionaram contra uma enfermaria de saúde mental para infância e adolescência, devido ao risco de manicomialização deste recurso. Os resultados sugerem a contratação de equipes multi nos Hospitais Gerais e o investimento em Educação Permanente, a fim de imprimir a lógica psicossocial nesse ponto da rede e qualificar o cuidado a essa população. Alguns gerentes são contra qualquer tipo de internação, reforçando que o cuidado à crise deve ser ofertado sempre no CAPSij.

Outro ponto bastante controverso e que mereceu destaque nesta pesquisa, devido ao seu potencial de reprodução manicomial, foi o uso da contenção nos CAPSij III. Observou-se que a contenção é utilizada como último recurso pelas equipes e se insere nas premissas da atenção psicossocial, sendo uma ação decidida em equipe, singularizada e negociada, apostando no

vínculo para a melhor condução do processo, preservando o usuário de qualquer exposição, punição, ameaça ou violência e reconhecendo o protagonismo, autonomia e contratualidade de crianças e adolescentes.

As dificuldades vivenciadas pelos CAPSij III com a rede ampliada revelaram que, apesar de o Brasil contar com uma política de proteção integral a crianças e adolescentes, há inúmeras dificuldades na implementação de uma rede de proteção efetiva, devido aos resquícios dos anos de institucionalização, fundamentados em práticas higienistas, menoristas e tutelares. Aqui, destacam-se os pedidos de institucionalização realizados aos CAPSij III pelas famílias e pela rede para aqueles usuários que precisariam de acesso a um recurso de moradia, como os SAICAs, e que por inúmeras razões não estão conseguindo ter esse seu direito garantido.

Os resultados desta pesquisa também indicaram que raramente ocorrem processos de judicialização para acesso ao acolhimento integral nos CAPSij III e que as solicitações judiciais para internação têm diminuído ao longo do tempo devido aos investimentos realizados pelos CAPSij na relação com o Poder Judiciário. Todavia, revelaram fragilidades no cuidado ofertado a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e o quanto a internação psiquiátrica ainda é um destino comum para essa população.

Esta pesquisa evidenciou a relevância dos CAPSij III na RAPS e sua potência no cuidado à crise no território, retirando crianças e adolescentes dos circuitos de internação e institucionalização. Aponta-se a necessidade de que esses equipamentos possam ser expandidos para todo o território nacional.

Contudo, é importante marcar que o projeto de transformação social exige muito mais do que a implantação de um serviço. Exige investimento em todas as políticas públicas, possibilitando a construção de territórios psicossociais que sustentem e incluam a diferença, que ofertem experiências de pertencimento e acolhimento e que lutem pela garantia dos direitos de crianças e adolescentes.

Acredita-se que esta pesquisa pode inspirar a implantação de mais CAPSij III em todo o país, oferecendo respaldo para a construção de políticas públicas condizentes com as necessidades de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, além de oferecer elementos para que os serviços da RAPS, em especial os CAPSij, reflitam e discutam sobre a atenção à crise de crianças e adolescentes de seu território dentro de uma lógica psicossocial, vislumbrando possibilidades de transformações dos processos de cuidado. A expectativa é que a pesquisa contribua para o avanço do campo e que aponte questões para estudos futuros.

Devido aos limites da presente pesquisa, sugerem-se novos estudos que possam se debruçar sobre a temática a partir da ótica dos usuários, familiares e trabalhadores dos CAPSij III, e que também possam considerar a perspectiva dos CAPSij II nesta parceria, assim como outros equipamentos da rede. Além disso, aponta-se a necessidade de estudos que possam focalizar a atenção à crise de crianças e adolescentes em outros pontos da RAPS.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Considerações e comentários finais: contra a reforma sanitária e psiquiátrica ou desmonte do estado de direito no Brasil? In: AMARANTE, P.(org.) **Loucura e transformação social a autobiografia da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Zagodoni Editora, 2021.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

\_\_\_\_\_. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica**. Cadernos de Saúde Pública, v. 11, n.3, p. 491-494, 1995.

AMORIM, M. F. **Atenção Voltada à Crise de Crianças e Adolescentes: Noções e Práticas**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2020.

AVELINO, D. C. et al. Trabalho de enfermagem no centro de atenção psicossocial: estresse e estratégias de coping. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 4, 14 jan. 2015.

AVELINO, D. C. et al. Trabalho de enfermagem no centro de atenção psicossocial: estresse e estratégias de coping. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 4, 14 jan. 2015.

AZEVEDO, D. M.; OLIVEIRA, A. M. O.; MELO, G. S. M.; SALVETTI, M. G.; VASCONCELOS, Q. L. D. A. Q.; TORRES, G. V. Avaliação da assistência em saúde num centro de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais. **Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória**, 16(2): 109-116, abr-jun, 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, A. C. F. **Clínica, Política e Gestão do Trabalho nos CAPS III: Articulações e Disjunções no Cotidiano do Trabalho**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo, 2016.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. **Los crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión**. México: Siglo XXI, 1977.

BELO, K. O. **Percursos em saúde mental: avaliação do acesso ao tratamento nos CAPS III, no município de Campinas/SP**. Dissertação Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, 2018.

BENTES, A. L. S. **Tudo como dantes no quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BIANCHI, P. C. **Terapia Ocupacional, Território e Comunidade: desvelando teorias e práticas a partir de um diálogo latino-americano**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos, 2019.



BLINKSTEIN, F. **Políticas públicas em saúde mental infantojuvenil e filantropia: estudo sobre as instituições de acolhimento para pessoas com deficiência que atendem crianças e adolescentes no estado de São Paulo.** Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2019.

BLIKSTEIN, F.; VICENTIN, M. C. G. De volta ao manicômio: reflexões sobre internações psiquiátricas de crianças e adolescentes. In: O CAPSij e o desafio da Gestão em Rede. Ribeiro, E. L.; Lykouropoulos, C. B. São Paulo: Hucitec, 2016.

BOARINI, M. L.; YAMAMOTO, O. H. Higienismo e Eugenia: discursos que não envelhecem. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 59-72, 2004.

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 33-44, 2015.

BRASIL. Secretaria de Desenvolvimento Social. **SAICA - Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes**, Brasília, 2022. Acesso em 28/07/2022. <https://www.sedes.df.gov.br/unac-2/#:~:text=S%C3%A3o%20servi%C3%A7os%20que%20acolhem%20Crian%C3%A7as,e%20prote%C3%A7%C3%A3o%20por%20sua%20fam%C3%ADlia>.

BRASIL, Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020.** Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Brasília, 2020.

BRASIL, Ministério da Cidadania. **Portaria nº 563, de 19 de março de 2019 – SENAPRED.** Cria o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares, e estabelece regras e procedimentos para o referido credenciamento no âmbito do Ministério da Cidadania. Brasília, 2019b.

BRASIL, Ministério da Saúde e Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS tecendo redes para garantir direitos.** Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019a. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 01 de julho de 2021.

\_\_\_\_\_. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012.** Brasília, 2013a.

\_\_\_\_\_. Rede humaniza SUS. **Cadernos de Atenção Básica – n. 34 Saúde Mental**. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/66051-voce-conhece-os-cadernos-deatencao-basica/>, 2013b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 121**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2012a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 148**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, 2012b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 276**. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Brasília, 2012c.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 130**. Redefine o Centro De Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24 horas CAPS AD III e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, 2012d.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3088**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS**. Portal da Saúde – [www.saude.gov.br-saudemental](http://www.saude.gov.br-saudemental), 2007.

\_\_\_\_\_. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil**. Brasília, 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 1.174/GM de 7 de julho de 2005**. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1608**. Constitui Fórum Nacional sobre a Saúde Mental de crianças e adolescentes. Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 336**. Regulamenta as modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e estabelece normas de funcionamento e composição de equipe. Brasília, 2002b.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080.** 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, 1990a.

BRASIL. **Lei Federal nº 8069.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990b.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 7.347,** de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (vetado) e dá outras providências. 1985.

\_\_\_\_\_. **Lei complementar nº 40,** de 14 de dezembro de 1981. Estabelece normas gerais a serem adotadas na Organização do Ministério Público estadual. 1981.

\_\_\_\_\_. **Código de Menores.** Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Brasília, 1979.

\_\_\_\_\_. **Lei 4.513.** Cria a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor. Brasília, 1964.

\_\_\_\_\_. **Código Mello Matos.** Decreto nº 17.943-A de 12 de outubro de 1927. Rio de Janeiro, 1927.

BUUS, N.; JACOBSENS, E. K.; BOJESEN, A. B.; BIKIC, A.; MÜLLER-NIELSEN, K.; AAGAARD, J.; ERLANGSEN, A. The association between Open Dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and their use of health care and social services: A retrospective register-based cohort study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 91, p. 119–127, mar. 2019.

CAMARGO JR., K.R. Medicina, médicos, doenças e terapêutica: exame crítico de alguns conceitos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, **Série Estudos em Saúde Coletiva**, 170, 1998

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-7. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN Nº 427 de 7 de maio de 2012.** Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília, 2012.

COIMBRA, C. M. B.; AYRES, L. S. M. Da imoralidade e situação irregular à violência doméstica: discurso de (in) competência. In: NASCIMENTO, M. L. **PIVETES: Encontros entre a Psicologia e o Judiciário.** Curitiba: Juruá, 2009.

COLLARES, P. M. C. **Análise da Rede Assistencial em Saúde Mental: o exemplo de inserção social promovida pelo CAPSi em Fortaleza-CE.** Dissertação de Mestrado. Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 6. REGIÃO. **Trancar Não é tratar: liberdade é o melhor remédio.** Caderno de textos alusivos ao dia da luta antimanicomial. São Paulo, 1997.

COSTA, V. F. **A atuação do profissional de enfermagem na equipe multiprofissional de CAPS III e CAPS AD.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal de São Paulo. 2020.

COSTA-ROSA, A.; YASUI, S. Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial. In: RABELO, I. V. M.; TAVARES, R. C.; FARIA, Y. R. A. (Orgs.). **Olhares – experiências de CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.** Goiânia: Kelps, 2009, p. 123 – 137.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

COUTO, M. C.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p. 17-40, 2015.

\_\_\_\_\_. Intersetorialidade: exigência da clínica na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2010, p. 217-279.

COUTO, M. C. V. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de Textos III. Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não.** Brasília, 2001. p. 121-130.

CLEMENTINO, F. S.; SILVA, F. G.; MIRANDA, F. A. N.; QUEIRÓZ, D.T.G.; JÚNIOR, J. M. P.; MARCOLINO, E. C. Percepção dos usuários acerca do atendimento no Centro de Atenção Psicossocial III. **Rev Enferm UFSM**; 7(3): 464-476, jul./set. 2017.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, 10 (1), 171-188, 2002.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

DAGNINO, E ; OLVERA, A. J.; PANFICHI, A. Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: DAGNINO, E.; OLVERA, A. J.; PANFICHI, A. **A disputa pela construção democrática na América Latina.** São Paulo: Editora Paz e Terra, 2006.

DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S.; SEIDL, H. M.; BRANDÃO, P. S. o enfermeiro na atenção básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (org.). **Atenção primária saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2018.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Ed. Autor, 1991. p. 53-79.

DESINSITUTE; WEBER, P. (org.) **Painel saúde mental: 20 anos da lei 10216/01**. Brasília (s.n.), 2021.

DIAS; M. K.; FERIGATO; S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n. 2, p. 595-602, 2020.

DOMBI-BARBOSA, C.; BERTOLINO NETO, M. M.; FONSECA, F. L.; TAVARES, C. M.; REIS, A. O. A. Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infanto-juvenil atendida nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 262-268, 2009.

ERIKSON, E. H. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1976.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 119-144, jan./fev. 2001.

FELICIO, T. L.; GALHARDI, C. C.; MARINELLI, F. C.; MENZANI, R. M. Medidas socioeducativas em meio aberto: diálogos possíveis e necessários. In: FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (orgs.). **Saúde Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial**. 1 ed., Santana do Parnaíba – São Paulo: Manole, 2021, p. 256-268.

FIGUEIREDO, J. A. **Práticas e processos de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial III: a perspectiva do campo psicossocial**. Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica—São Paulo: Universidade de São Paulo, 31 maio 2007.

FIGUEIREDO, A.C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental [online]**, v. 3, n. 5, p. 43-55, 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679)>.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2000.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GALHARDI, C. C.; MATSUKURA, T. S. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. **Cad. Saúde Pública**; 34(3), 2018.

GAVA, C. A. G. **Análise da Demanda do Centro De Atenção Psicossocial III: Dispositivo para pensar o Fluxo da Rede de Saúde Mental de Rio Claro-SP**. Dissertação de Mestrado Profissional. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2018.

- GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002, 4ª edição.
- GONZAGA, P. S. **Análise da Atividade em um CAPS**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, 2015.
- GONZAGA, N.; NAKAMURA, E. Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profissionais. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.232-243, 2015.
- GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões 1245 sobre a produção de democracia institucional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [ 4 ]: 1245-1265, 2010.
- HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- HELLER, A. **Sociología de la vida cotidiana**. Barcelona: Ed. Península, 2002.
- JANSSENS A.; HAYEN, S.; WALRAVEN, V.; LEYS, M.; DEBOUTTE, D.; HAVENSS, V. **Emergency psychiatric care for children and adolescents: a literature review**. *Pediatric Emergency Care*. v. 29, n. 9, p. 1041–1050, 2013.
- JARDIM, K. F. S. B. **Habitando paradoxo: atenção à pessoa em crise no campo da saúde mental**. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
- JOIA, J. H. **As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.
- JOZEFczyk, A. M. **As relações de cuidado “dia e noite” em um CAPS infantojuvenil III na perspectiva de profissionais e do usuário**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.
- KAËS R. Crisis, ruptura y superacion. In: Kaës R. **Análisis transicional em psicoanálisis individual y grupal**. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 1979. p. 7-47.
- KINKER, F. S. Um olhar crítico sobre os projetos terapêuticos singulares. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 24(2), 413–420, 2016.
- LAMB, C. E. Alternatives to admission for children and adolescents: providing intensive mental healthcare services at home and in communities: what works? **Current Opinion in Psychiatry**. v. 22, n. 4, p. 345-359, 2009.
- LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006. Prefácio. In: REIS, A. O. A.; FONSECA, F. L.; ROLIM NETO, M. L.; DELFINI, P. S. S. **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil**. São Paulo, Schoba, 2012.
- LEÃO, A. SALLES, M. M. Cotidiano, Reabilitação Psicossocial e Território. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (org). **Cotidiano, Atividade Humana, Ocupação, Perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental**. São Carlos: EdUFSCar, 2016.

- LOURAU R. **A análise institucional (1975)**. 2a Ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1995.
- LUCCHESI, P. **Introdução: políticas públicas em saúde**. 2004. Disponível em: <<http://itd.bvs.br>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- MANGIA, E. F.; SOUZA, D. C.; MATTOS, M. F.; HIDALGO, V. C. Acolhimento: uma postura, uma estratégia. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2002.
- MANZINI, E.J. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada**. In: MARQUEZINE, M.C.; ALMEIDA, M.A.; OMOTE, S. (Org.). Colóquios sobre pesquisa em educação especial. 1 ed. Londrina. v.1, p. 11-25, 2003.
- MCNICHOLAS, F. Child & Adolescent Emergency Mental Health Crisis: A Neglected Cohort. **Ir Med J**, p. 841–841, 2018.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, 2003.
- MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2014.
- MILHOMEM, M. A. G. C.; OLIVEIRA, A. G. B. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n.1, p. 101-8, 2007.
- MINAYO, M.C.C. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MORATO, G. G. **Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, 2019.
- MORENO, M. I. Os CAPS Infantojuvenis como Política Pública de Saúde Mental Infantojuvenil: Recuperar a história para repensar caminhos. In: SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Mental. **Anais I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil**. Relatos das Rodas de Conversa. 2016.
- MORORÓ, M. E. M. L.; COLVERO, L. A.; MACHADO, A. L. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Rev Esc Enferm USP**; 45(5):1171-6, 2011.
- MOURA, B. R.; AMORIM, M. F.; REIS, A. A.; MATSUKURA, T. S. **Da crise psiquiátrica à crise psicossocial: noções presentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis**. Cadernos de Saúde Pública (PRELO).

MOURA, B. R.; MATSUKURA, T. S. Atenção à crise de crianças e adolescentes: estratégias de cuidado dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis sob a ótica de gestores e familiares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32(1), 2022.

MOURA, B. R.; PIMENTEL, F. A.; CID, M. F.; MATSUKURA, T. S. De quem é a crise? Contribuições para a atenção psicossocial de crianças e adolescentes. In: FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (orgs.). **Saúde Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial**. 1 ed., Santana do Parnaíba – São Paulo: Manole, 2021. P. 106-124.

MOURA, B. R. **A atenção à crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, 2018.

MUSKENS, J. B. et al. Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 412, dez. 2019.

OLIVEIRA, A.; VICENTIN, M.; MASSARI, M. Entre medicalização e recusas: crianças e adolescentes nos circuitos socioassistenciais-sanitários. **Rev. Polis e Psique**; 8(3): 225 – 245, 2018.

PEDROSA, T. B.; MOREIRA M. I. B. Saúde mental e justiça: os desafios do cuidado em rede. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 19(2): 73-82, abr-jun, 2017.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008b.

\_\_\_\_\_. Sobrecarga de familiares de usuários de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577, 2006.

PEREIRA, M. O.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Uma onda que vem e dá um caixote: representações e destinos da crise em adolescentes usuários de um CAPSi. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3733-3742, 2017.

\_\_\_\_\_. Um olhar da atenção psicossocial à adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2145-2154, 2014.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 25 n. 2, pp. 203-21, Abr-Jun 2009.

PUCHIVAILO, M. C. **Atenção às primeiras crises do tipo psicóticas: uma experiência em um CAPS III de Curitiba**. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. 2018.

REIS, A. O. A.; DELFINI, P. S. S.; DOMBI-BARBOSA, C.; NETO, M. M. B. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. Ribeiro, E. L. e Tanaka, O.Y (org.). São Paulo: Hucitec, 2010.



RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, 2006.

RIZZINI, I. Abordagem crítica da institucionalização infantojuvenil no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Brasília, 2005. p. 31-36.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev Esc Enf**; 49(1):129-135, 2015.

RODRIGUES-MORAIS, R.; COUTO, M. C. V O atendimento à crise e urgência no Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes de Betim. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 14 (1): 1-15, 2019.

ROSSI, L. M. et al. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. e00125018, 2019.

ROSSI, L. M.; CID, M. F. B. Adolescências, saúde mental e crise: a história contada por familiares. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 4, p. 734–742, 2019.

ROTELLI, F. **A instituição inventada**. Revista "Per la salute mentale" do "Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia". Tradução Fernanda Nicácio, 1990.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. **Revista Saúde e Sociedade**. v 22 n 4 p 1059-1071, 2013.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-273, 2013.

SANTAROSA, C. C. **O terapeuta ocupacional na rede de atenção e cuidado à crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, 2016.

SANTOS, P. V. M. R. **O CAPS e o território: a construção de redes para o cuidado a partir da implantação de um CAPS III**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial. 2019.

SANTOS, S. A. Políticas públicas no estado democrático de direito: uma análise da legitimidade dos conselhos gestores e da judicialização das políticas públicas. **Justiça do Direito**, v. 30, n. 2, p. 298-311, maio/ago. 2016.

SANTOS, M. F. **Hospitalidade Integral e Internação na Reforma Psiquiátrica**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas, 2015.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Edições Almedina SA, 2009.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SÃO PAULO (cidade), Secretaria de Assistência Social. **Centro de Referência Especializado de Assistência**, 2022b. Disponível em:

Social[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia\\_social/protecao\\_social\\_especial/index.php?p=2003](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/protecao_social_especial/index.php?p=2003). Acesso em 30/07/2022.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria Municipal nº 333/2022 SMS/G**. atualiza os indicadores de qualidade e produção e institui indicadores de monitoramento para os contratos de gestão, incluindo metas quantitativas aos serviços públicos de saúde administrados por OSS, 2022a.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Departamento Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Mental. **Protocolo Saúde Mental Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2020. Disponível em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo%20Saude%20Mental%20Centro%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial%20\(CAPS\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo%20Saude%20Mental%20Centro%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial%20(CAPS).pdf)

SÃO PAULO (cidade). **Portaria nº 342/2019-SMS.G** Define e regulamenta o serviço CAPS Infantojuvenil (Ij) III, com funcionamento 24h, no município de São Paulo. 2019a. Disponível em: <https://www.sinesp.org.br/179-saiu-no-doc/8670-portaria-n-342-2019-sms-g-define-e-regulamenta-o-servico-caps-infantojuvenil-ij-iii-com-funcionamento-24h>

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Departamento Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Mental. **Fluxo que estabelece critérios para atenção à crise em saúde mental infantojuvenil, no âmbito deste município nos seguintes pontos da RAPS**. 2019b. [documento de circulação interna].

SÃO PAULO (cidade), Secretaria de Assistência Social. **Serviço de Proteção Social às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência**, 2018<sup>a</sup>. Disponível em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia\\_social/protecao\\_social\\_especial/index.php?p=28944](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/protecao_social_especial/index.php?p=28944). Acesso em 30/07/2022.

SÃO PAULO (cidade), Secretaria de Assistência Social. **Núcleo de Proteção Jurídico Social e Apoio Psicológico**, 2018b. Disponível em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia\\_social/protecao\\_social\\_especial/index.php?p=28942](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/protecao_social_especial/index.php?p=28942). Acesso em 30/07/2022

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Departamento Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Mental. **Anais I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil Relatos das Rodas de Conversa**. 2016a.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Departamento Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Mental. **Portaria nº 2.311/2016-SMS.G** - Modifica a denominação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil para Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. 2016b. Disponível em: <https://www.sinesp.org.br/179-saiu-no-doc/1206-portaria-n-2-311-2016-sms-g-modifica-a-denominacao-dos-centros-de-atencao-psicossocial-infantil>

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **“AcampaDentro” é atração no CAPS Infantil de Capela do Socorro e vira referência para OPAS e Ministério da Saúde**.

2016. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=224600>. Último acesso 30/06/2022.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Departamento Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Mental. **Protocolo que estabelece o Fluxo para atenção hospitalar para Crianças e Adolescentes com Sofrimento ou Transtornos Mentais, incluídas aquelas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e outras drogas**. 2015. [documento de circulação interna].

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Departamento Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Mental. **Portaria SMS nº 986** - Institui o Protocolo de Uso de Metilfenidato, que estabelece o protocolo clínico e a diretriz terapêutica para o emprego deste fármaco no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. 2014a.

SÃO PAULO (cidade). **Decreto nº 55.067**, de 28 de abril de 2014. Regulamenta o Programa De Braços Abertos e altera o decreto n. 44.484 de 10/03/2004 que regulamenta o Programa Operação Trabalho, 2014b.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **De Braços Abertos para a Cidade de São Paulo**. 2014c. Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=186198>. 01/12/2014b. Último acesso em: 01 jul.2022.

SÃO PAULO (estado). **Política de saúde mental para a infância adolescência**. Secretaria de saúde governo do estado de São Paulo, 2003.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidade possível**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Te Cora, 2001.

SCISLESKI, A. C. C.; MARASCHIN, C.; SILVA, R. N. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, fev, 2008.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SILVA, I. M. **A construção de práticas psicossociais no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto). 2020.

SILVA, T. C. S. **Centro de Atenção Psicossocial III: construção e desenvolvimento das ações de enfermagem**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2017.

SILVA, J. D. G.; ACIOLE, G. G.; LANCMAN, S. Ambivalências no cuidado em saúde mental: a 'loucura' do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Um estudo de caso da clínica do trabalho. **Interface** (Botucatu); 21(63):881-92, 2017.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: Aspectos conceituais e metodológicos. In: R. PINHEIRO, R.;

MATTOS, R. A. (Orgs.), **Cuidado: As fronteiras da integralidade** (pp. 241-257). Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. V. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, a. 5, n. 1, p. 92-101, 2005.

SIRAQUE, V. **O Controle Social da Função Administrativa do Estado: Possibilidades e Limites na Constituição de 1988**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

SHEPPERD, S.; DOLL, H.; GOWERS, S., JAMES, A.; FAZEL, M.; FITZPATRICK, R.; POLLOCK, J. **Alternatives to inpatient mental health care for children and young people**. Cochrane Data Base Syst Rev. Author manuscript; available in PMC 2014.

SOTERO, E. M.; LOTTA, G. S.; OLIVEIRA, E. M. M. O programa “De Braços Abertos” – um olhar à luz dos seus arranjos institucionais. **Administração Pública e Gestão Social**, vol. 11, núm. 3, 2019.

SOUZA, Y. G. **Cargas psíquicas de trabalho em profissionais de Enfermagem inseridos nos CAPS III**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2016.

SOUZA, A. C. C.; FILHA, M. J. M.; SILVA, L. F.; MONTEIRO, A. R. M.; FIALHO, A. V. M. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Rev Bras Enferm**; 59(6): 805-7, nov-dez 2006.

TAKATORI, M. A. Terapia Ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 371-377, 2001.

TAKATORI, M. **O brincar no cotidiano da criança com deficiência física: reflexões sobre a clínica da terapia ocupacional**. São Paulo: Atheneu, 2003.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015.

TRISTÃO, K. G.; AVELLAR, L. Z. A estratégia de redução de danos no cuidado a adolescentes em uso de substâncias psicoativas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, [S. l.], v. 11, n. 30, p. 55-77, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69726>. Acesso em: 26 ago. 2022.

VAINER, A. A. **Demanda e Utilização do Acolhimento Noturno em Centro de Atenção Psicossocial III na Cidade do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

VICENTIN, M. C. Criançar o descrençável. In: SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Educação. Coordenadoria Pedagógica. Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem. **Cadernos de Debates do NAAPA: Questões do cotidiano escolar**. São Paulo: SME / COPED, 2016.

VICENTIN, M. C. G.; GRAMKOW, G.; ROSA, M. D. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômios judiciários. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, 20(1): 61-69, 2010.

VICENTIN, M. C. G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional**. São Paulo, v. 17, n.1, p.10-17, 2006.

VUSIO, F. et al. Experiences and satisfaction of children, young people and their parents with alternative mental health models to inpatient settings: a systematic review. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 29, n. 12, p. 1621–1633, dez. 2020.

YASUI, S. **Vestígios, desassossegos e pensamentos soltos: atenção psicossocial e a reforma psiquiátrica em tempos sombrios**. Tese de Livre Docência. Universidade Estadual Paulista, Assis, 2016.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. **A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, p. 27-37, 2008.

## *APÉNDICES*

## APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Título da Pesquisa: OS **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS III E A ATENÇÃO À CRISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.**

Pesquisadora: BEATRIZ ROCHA MOURA

### ENTREVISTA ÁREA TÉCNICA SAÚDE MENTAL

Nome:

Formação:

Tempo de trabalho na Área Técnica:

Quais as razões que motivaram a Secretaria Municipal de São Paulo a investir neste equipamento? Conte um pouco desta história.

Qual o cenário político e social que possibilitou a construção deste equipamento?

Como foi a experiência de ter um CAPSij III na cidade São Paulo? Fale sobre isso.

Quem mais você indicaria para que eu pudesse conversar sobre esse período?

## **APÊNDICE B**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Título da Pesquisa: OS **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS III E A ATENÇÃO À CRISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.**

Pesquisadora: BEATRIZ ROCHA MOURA

### **ENTREVISTA ÁREA TÉCNICA SAÚDE MENTAL**

Nome:

Formação:

Tempo de trabalho na Área Técnica:

### **HISTÓRIA DOS CAPSIIJ III**

Considerando que os CAPSij III não foram pensados nas políticas e portarias, quais as razões que motivaram Prefeitura de São Paulo a investir neste equipamento? Conte um pouco desta história.

Como se deu o processo de decisão de ampliação desses serviços? Qual o cenário político e social que possibilitou a ampliação destes equipamentos?

Como se deu o processo de expansão dos CAPSij III em São Paulo?

Existiam parâmetros ou documentos disponibilizados pela SMS que orientavam o trabalho dos CAPSij III?

Qual a equipe pensada para esses equipamentos?

Como o cálculo de camas foi realizado?

Qual a função do equipamento CAPSij III na atenção à crise de crianças e adolescentes?

Há casos que chegam ao CAPSij III por via judicial? Fale sobre isso.

De acordo com sua avaliação, quais as principais potencialidades dos CAPSij III?

E quais as principais dificuldades dos CAPSij III?

Na sua opinião, havendo os CAPSij III, é necessário enfermagem em Hospital Geral?

Quem mais você indicaria para que eu pudesse conversar sobre esse assunto?



## **APÊNDICE C**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Título da Pesquisa: OS **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS III E A ATENÇÃO À CRISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.**

Pesquisadora: BEATRIZ ROCHA MOURA

### **ENTREVISTA ÁREA TÉCNICA SAÚDE MENTAL**

Nome:

Formação:

Tempo de trabalho na Coordenação de Saúde Mental no Ministério da Saúde:

Tempo de trabalho na Coordenação de Saúde Mental de São Paulo:

#### **MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Em 2012 tivemos a portaria do CAPS AD III. O que mobilizou a equipe de saúde mental do Ministério da Saúde a realizar essa portaria específica? Qual o contexto político e social que favoreceu essa construção?

Você saberia me dizer por que não foi pensada uma portaria específica para os CAPSij III?

Qual sua opinião sobre os CAPSij AD?

Vocês tinham ciência da existência de alguns CAPSij III no Brasil? Como viam essas experiências? (São Paulo, Santos, Campo Grande, Curitiba, BH, Sergipe, Campos dos Goytacazes, SBC).

Não ter essa modalidade de CAPS especificada nos documentos e portarias ministeriais impossibilitava a habilitação desses serviços? Como esses CAPS eram habilitados para que pudessem receber os repasses do Governo Federal?

#### **SMS SÃO PAULO**

Como foi conhecer de perto o trabalho dos CAPSij III em São Paulo?

Caso queira comentar algo que não foi abordado, fique à vontade.

## **APÊNDICE D**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Título da Pesquisa: OS **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS III E A ATENÇÃO À CRISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.**

Pesquisadora: BEATRIZ ROCHA MOURA

### **ENTREVISTA ÁREA TÉCNICA SAÚDE MENTAL**

Nome:

Formação:

Tempo na gerência do CAPSij III Santana:

Como foi a experiência de ter um CAPSij III na cidade São Paulo? Fale sobre isso.

De acordo com sua avaliação, quais eram as principais potencialidades dos CAPSij III?

E quais eram as principais dificuldades dos CAPSij III?

Na sua opinião, como os serviços da RAPS compreendiam a função dos CAPSij III?

E os serviços da Rede Intersetorial, como compreendiam a função dos CAPSij III?

Há casos que chegavam ao CAPSij III por via judicial? Fale sobre isso.

Caso queira comentar algo que não foi abordado, fique à vontade.

## **APÊNDICE E**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Título da Pesquisa: OS **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS III E A ATENÇÃO À CRISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.**

Pesquisadora: BEATRIZ ROCHA MOURA

### **ENTREVISTA ÁREA TÉCNICA SAÚDE MENTAL**

Nome:

Formação:

Tempo de trabalho na Área Técnica:

#### **SOBRE OS CAPSij III**

Atualmente, quantos CAPSij III estão em funcionamento? Quando foi inaugurado cada um desses serviços? Qual o tipo de gestão de cada um (direta ou indireta)?

Há previsão de inauguração de mais algum CAPSij III?

Qual a forma de acompanhamento realizada pela SMS junto aos CAPSij III?

Existem parâmetros ou documentos disponibilizados pela SMS que orientam o trabalho dos CAPSij III?

Qual a função do equipamento CAPSij III na atenção à crise de crianças e adolescentes?

Na sua opinião, como os serviços da RAPS têm compreendido a função dos CAPSij III?

Na sua opinião, como os serviços da Rede Intersectorial têm compreendido a função dos CAPSij III?

Há casos que chegam ao CAPSij III por via judicial? Fale sobre isso.

De acordo com sua avaliação, quais as principais potencialidades dos CAPSij III?

E quais as principais dificuldades/ desafios dos CAPSij III?

Caso queira comentar algo que não foi abordado, fique à vontade.

## APÊNDICE F



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS III E A ATENÇÃO À CRISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

**Pesquisador:** BEATRIZ ROCHA MOURA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 12417719.5.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.557.581

#### Apresentação do Projeto:

A atenção à crise nos CAPS tem um papel essencial no alcance dos objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que preserva os vínculos do usuário com seu território e evita internações. Os CAPS III exercem uma função essencial na Rede de Atenção Psicossocial ao atenderem prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico e proporcionarem atenção contínua, com funcionamento 24 horas. Observa-se que a atenção à crise de crianças e adolescentes é pouco abordada em estudos da área e que o equipamento CAPSij III não é citado nas portarias e documentos ministeriais, dificultando, assim, que as demandas singulares da população infantojuvenil sejam consideradas. Apesar deste cenário, a cidade de São Paulo tem investido na criação de CAPSij III, atualmente são 8 serviços implantados em toda cidade. Desta forma este estudo objetiva resgatar a história de implantação dos CAPSij III na cidade de São Paulo, compreender a função destes equipamentos na rede de atenção psicossocial e suas práticas de cuidado na atenção à crise de crianças e adolescentes. Para isso será realizada uma pesquisa qualitativa, composta de 2 estudos. O Estudo 1 objetivará levantar todos os documentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo sobre CAPSij III, além de realizar entrevistas com profissionais que trabalham ou trabalharam na Área Técnica de Saúde Mental da SMS na ocasião da implantação e expansão dos CAPSij III na cidade de São Paulo. O Estudo 2 será dividido em duas etapas. A Etapa 1 objetivará a caracterização dos serviços CAPSij III do município de São Paulo, para isso será realizado o preenchimento da ficha de caracterização dos serviços e entrevistas com

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.557.581

os gestores dos CAPSij III. A Etapa 2 terá o objetivo de identificar as potencialidades e as fragilidades das práticas de cuidado de atenção à crise ofertadas pelos CAPSij III. Para isso serão realizadas entrevistas intensivas com os diferentes atores, usuários, familiares, profissionais e gestores dos serviços estudados. Os dados obtidos serão analisados através do Método da Teoria Fundamentada em Dados.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Resgatar a história de implantação dos CAPSij III, na cidade de São Paulo, compreender a função destes equipamentos na rede de atenção psicossocial e suas práticas de cuidado na atenção à crise de crianças e adolescentes.

**Objetivo Secundário:** Realizar o resgate histórico de implantação e expansão dos CAPSij III na cidade de São Paulo. Caracterizar os CAPSij III: território de abrangência, estrutura, fluxos, número de leitos, composição da equipe, faixa etária dos usuários, demandas apresentadas e serviços encaminhadores. Identificar as potencialidades e as fragilidades das práticas de cuidado de atenção à crise ofertadas pelos CAPSij III, sob a ótica dos diferentes atores, usuários, familiares, profissionais e gestores.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As avaliações dos riscos estão completas e bem formuladas. As solicitações de complementação foram atendidas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem alta relevância social e científica, tendo importante contribuição potencial para o conhecimento na área e para recuperar e preservar a história de equipamentos de saúde para crianças e adolescentes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A totalidade dos termos obrigatórios está contemplada. Os TCLEs e o Termo de Assentimento foram claramente formulados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O estudo tem relevância acadêmica. Os termos obrigatórios foram integralmente contemplados, bem como os documentos e requisitos para o desenvolvimento do trabalho. Recomenda-se a aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
UF: SP Município: SAO CARLOS  
Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.557.581

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1328421.pdf	30/07/2019 20:45:39		Aceito
Outros	Carta_Anuencia_SMS.pdf	30/07/2019 20:21:29	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Responsavel_Adolescente.pdf	30/07/2019 20:04:25	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Profissionais.pdf	30/07/2019 20:04:14	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Gestores.pdf	30/07/2019 20:04:04	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Familiares.pdf	30/07/2019 20:03:48	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Area_Tecnica_SMS.pdf	30/07/2019 20:03:37	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento_Adolescente.pdf	30/07/2019 20:03:24	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DOUTORADO.pdf	14/04/2019 21:16:28	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_assinada.pdf	14/04/2019 20:48:48	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.557.581

SAO CARLOS, 05 de Setembro de 2019

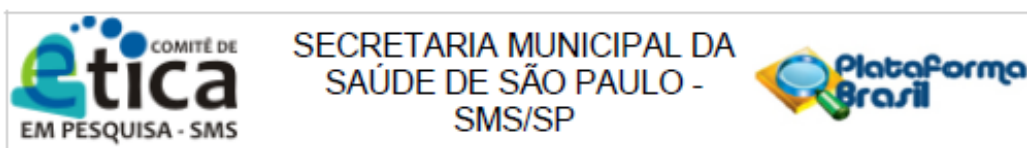
---

**Assinado por:**  
**Priscilla Hortense**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Página 04 de 04

## APÊNDICE G



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS III E A ATENÇÃO À CRISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

**Pesquisador:** BEATRIZ ROCHA MOURA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 12417719.5.3001.0086

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.679.154

#### Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa qualitativa está dividida em duas partes, a primeira será uma pesquisa documental que levantará todos os documentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo sobre CAPSij III. Serão realizadas também entrevistas com profissionais que trabalham ou trabalharam na Área Técnica de Saúde Mental da SMS na ocasião da implantação do 1º CAPSij III da cidade de São Paulo, assim como com os profissionais que também compuseram a Área Técnica da SMS e foram responsáveis pela proposta de ampliação e implantação dos CAPSij III na cidade, com o objetivo de realizar um resgate histórico e compreender o percurso de investimento realizado pela cidade de São Paulo na implantação dos CAPSij III. A segunda será realizada nos 6 CAPSij III, da cidade de São Paulo e será dividido em duas etapas. A Etapa 1 objetivará a caracterização dos serviços CAPSij III do município de São Paulo, compreendendo os territórios de abrangência, a estrutura dos serviços, os fluxos existentes, o número de leitos de acolhimento noturno disponíveis, a composição das equipes, a faixa etária dos usuários e as demandas apresentadas pelos usuários e equipes que buscam o CAPSij III e serviços que realizam o encaminhamento para este equipamento. Para isso será realizado o preenchimento da ficha de caracterização dos serviços e entrevistas com os gestores dos CAPSij III.

Já a Etapa 2 terá o objetivo de identificar as potencialidades e as fragilidades das práticas de

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar

**Bairro:** Vila Buarque

**UF:** SP

**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**Município:** SAO PAULO

**E-mail:** smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.679.154

cuidado de atenção à crise ofertadas pelos CAPSij III. Para isso serão realizadas entrevistas intensivas com os diferentes atores, usuários, familiares, profissionais e gestores dos serviços estudados

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Resgatar a história de implantação dos CAPSij III na cidade de São Paulo, compreender a função destes equipamentos na rede de atenção psicossocial e suas práticas de cuidado na atenção à crise de crianças e adolescentes.

**Objetivo Secundário:**

Realizar o resgate histórico de implantação e expansão dos CAPSij III na cidade de São Paulo.

Caracterizar os CAPSij III: território de abrangência, estrutura, fluxos, número de leitos, composição da equipe, faixa etária dos usuários, demandas apresentadas e serviços encaminhadores.

Identificar as potencialidades e as fragilidades das práticas de cuidado de atenção à crise ofertadas pelos CAPSij III, sob a ótica dos diferentes atores, usuários, familiares, profissionais e gestores.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foram adequadamente analisados riscos e benefícios da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, fonte financiadora e orçamento detalhado estão adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

Município: SAO PAULO

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.679.154

aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1429999.pdf	08/10/2019 15:48:06		Aceito
Outros	Entrevistas_profissionais_usuarios_familiares.pdf	08/10/2019 15:47:30	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Outros	Respostas_pendencias_parecer_CEP_SMS.docx	08/10/2019 15:44:25	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Outros	Ficha_de_Caracterizacao_e_Entrevista_gerente.pdf	08/10/2019 15:38:38	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Outros	Entrevista_area_tecnica_SMS.pdf	08/10/2019 15:37:56	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEP_SMS_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Responsavel_Adolescente.pdf	08/10/2019 15:21:31	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEP_SMS_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Profissionais.pdf	08/10/2019 15:21:22	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEP_SMS_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Gestores.pdf	08/10/2019 15:21:12	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEP_SMS_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Familiares.pdf	08/10/2019 15:20:59	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	CEP_SMS_Termo_de_Consentimento_Livre e Esclarecido Area Tecnica SM	08/10/2019 15:20:50	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.679.154

Justificativa de Ausência	S.pdf	08/10/2019 15:20:50	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP_SMS_PROJETO_DOUTORADO_FINAL.pdf	08/10/2019 15:20:33	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_SMS.pdf	30/07/2019 20:21:29	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Responsavel_Adolescente.pdf	30/07/2019 20:04:25	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Profissionais.pdf	30/07/2019 20:04:14	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Gestores.pdf	30/07/2019 20:04:04	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Familiares.pdf	30/07/2019 20:03:48	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Area_Tecnica_SMS.pdf	30/07/2019 20:03:37	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento_Adolescente.pdf	30/07/2019 20:03:24	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DOUTORADO.pdf	14/04/2019 21:16:28	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
 Bairro: Vila Buarque CEP: 01.223-010  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)3397-2454 E-mail: smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE SÃO PAULO -  
SMS/SP



Continuação do Parecer: 3.679.154

SAO PAULO, 03 de Novembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**SIMONE MONGELLI DE FANTINI**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
**Bairro:** Vila Buarque **CEP:** 01.223-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com

Página 05 de 05

## APÊNDICE H



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESOLUÇÃO 466/2012)**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS III E A ATENÇÃO À CRISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, de responsabilidade da pesquisadora Beatriz Rocha Moura, terapeuta ocupacional, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Thelma Simões Matsukura.

O objetivo deste estudo é resgatar a história de implantação dos CAPSij III na cidade de São Paulo, compreender a função destes equipamentos na rede de atenção psicossocial e suas práticas de cuidado na atenção à crise de crianças e adolescentes.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas. A entrevista será gravada em áudio. A duração prevista para a realização da entrevista é de 1 hora. A coleta dos dados será realizada pela doutoranda Beatriz Rocha Moura.

Gostaríamos de convidá-lo a participar desta pesquisa. Sua identidade será mantida em sigilo e os dados serão informados de modo a não revelar sua identidade. Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos com parecer número 3.557.581, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo- SP número 3.679.154.

O critério de participação se refere a profissionais que trabalham ou trabalharam na Área Técnica de Saúde Mental da SMS/SP na ocasião da implantação e expansão dos CAPSij III. Ressaltamos que sua participação neste estudo não é obrigatória e que a qualquer momento você poderá desistir de participar. Salientamos que possíveis riscos deste estudo, no que concerne a vossa participação, estão relacionados a algum desconforto emocional decorrente das perguntas realizadas. Caso isto ocorra, a pesquisadora estará disponível para acolhê-lo e realizar os encaminhamentos que se fizerem necessários decorrentes dessa situação. Ainda, salientamos que o estudo buscou não incidir sobre questões de foro pessoal de modo a causar qualquer tipo de constrangimento.

Sobre os benefícios, esperamos que esse estudo possa contribuir para um aprofundamento da temática por meio da narrativa de diferentes atores - gestores, profissionais, familiares e usuários – como também

contribuir com reflexões que possam auxiliar no delineamento de políticas públicas de saúde mental condizentes com as necessidades da população infantojuvenil.

Com relação aos seus direitos enquanto participante convidado para este estudo elencamos:

- Recusar a participação neste estudo, não responder alguma questão, bem como a retirar seu consentimento em qualquer etapa desta pesquisa, sem penalização alguma para você ou para o andamento de sua prática profissional;

- Manutenção do sigilo quanto à sua identidade e privacidade de seus dados durante todas as fases da pesquisa e de situações dela provenientes;

- Buscar indenização diante de eventuais danos que essa participação possa lhe causar;

- A participação na pesquisa não acarretará em despesas para você e também não haverá nenhuma forma de remuneração por sua participação. Entretanto, eventuais despesas com transporte e alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa serão ressarcidas pela pesquisadora.

- Via deste Termo de Consentimento.

Estamos à disposição para esclarecê-lo, a qualquer momento, sobre outras dúvidas em relação ao presente estudo. O principal pesquisador é Beatriz Rocha Moura, que poderá ser encontrada no seguinte telefone 11 98907-2343, ou no seguinte e-mail: rochamoura.beatriz@gmail.com

  
Assinatura

Beatriz Rocha Moura

( ) Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e **CONCORDO** em participar.

- Caso deseje realizar alguma denúncia ou buscar mais informações sobre o processo de avaliação ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, por meio do telefone (11) 3397-2464, ou do e-mail: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com) ou então pelo endereço: Rua General Jardim, n. 36, 8º andar. Centro, SP e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)

Local e data:

Participante (NOME E ASSINATURA):

## APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Título da Pesquisa: **OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS III E A ATENÇÃO À CRISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.**

Pesquisadora: BEATRIZ ROCHA MOURA

### FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

Nome do serviço:

Tempo de funcionamento do serviço

Desde quando o serviço funciona como um CAPSij III?

Horário de funcionamento:

Tipo de Administração:

Território de abrangência:

População de abrangência:

O serviço é habilitado no Ministério da Saúde? Como CAPS III ou CAPSij? (Visto que não há modalidade CAPSij III nas portarias ministeriais)

Nº camas para acolhimento noturno:

Há diferenciação das camas em relação a gênero?

Os familiares/ responsáveis podem acompanhar os usuários durante o acolhimento noturno?

Há lugar no serviço para recebê-los?

Caso os familiares/ responsáveis não permaneçam no serviço, como funcionam as visitas?

## Dados

Nº procedimentos RAAS:

	Mar/19	Abr/19	Mai/ 19	Mar/20	Abr/20	Mai/20
Acolhimento noturno						
Acolhimento diurno						
Atenção às situações de crise						

	Mar/19	Abr/19	Mai/ 19	Mar/20	Abr/20	Mai/20
Nº usuários ativos						
Nº usuários em acolhimento noturno						

## Acolhimento Noturno

Qual o tempo médio de duração do período de acolhimento noturno?

Qual faixa etária de usuários mais utiliza o recurso do acolhimento noturno? Numere de 1 a 4, sendo 1 a faixa etária que mais utiliza.

0-6 anos ( )      7-11 anos ( )      12-18 anos ( )      18-23 anos ( )

Os usuários que mais utilizam o acolhimento noturno são encaminhados por qual serviço? Numere de 1 a 4, sendo 1 o que mais utiliza o acolhimento noturno:

( ) Próprio serviço; ( ) CAPSij da mesma Coordenadoria Regional de Saúde (CRS); ( ) CAPSij de outras CRS ( ) outros (informar quais são) \_\_\_\_\_

Qual o número de usuários que chegaram ao serviço para acolhimento noturno/ integral por via judicial no ano de 2019?



### **Composição da equipe**

Indicar a quantidade de profissionais que compõem a equipe do serviço por categoria profissional, indicando horário de trabalho e carga horária (considerar todos os profissionais, incluir administrativos, porteiros e auxiliares de limpeza). Se preferir, pode utilizar a TLP.

O número de profissionais está de acordo com as necessidades do serviço? Por favor, fale sobre isso.

Indicar quais Reuniões são realizadas no serviço, incluindo os objetivos e frequência.

São realizadas trocas de plantão no serviço? Como elas ocorrem? Por favor, fale sobre isso.

## **Transportes**

Possuem carro para utilização pela equipe do serviço?

Qual o horário e frequência em que se encontra disponível e para qual finalidade se destina?

Quando necessário, há disponibilidade de ambulância para uso pelo serviço? Qual o procedimento de solicitação e qual o tempo médio de resposta?

Em qual horário esse recurso se encontra disponível e para qual finalidade é utilizado?

Quais profissionais estão autorizados a utilizarem este recurso?

## **Rede**

Há retaguarda de algum Hospital Geral ou serviço de emergência para o CAPSij III?

Os usuários que utilizaram o acolhimento noturno/ integral são encaminhados a esses equipamentos por situações de emergência clínica ou psiquiátrica? Por favor, fale sobre isso.

Quantos encaminhamentos foram realizados a esses equipamentos no ano de 2019?

Dos usuários que utilizaram o acolhimento noturno/ integral, para quantos usuários foi proposto o recurso da Unidade de Acolhimento Infantojuvenil no ano de 2019?

## APÊNDICE J



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

### ENTREVISTA COM O/A GERENTE

Nome:

Formação (graduação, pós-graduação):

Tempo de experiência no campo da Saúde Mental:

Tempo de experiência no campo da Saúde Mental Infantojuvenil:

Tempo na gerência do serviço:

#### **SOBRE A CHEGADA AO SERVIÇO**

Quais as principais razões pelas quais é solicitado o acolhimento noturno?

Como se dá a chegada do usuário ao CAPSij III, há fluxo de acesso ao serviço?

- Há critérios de acesso?
- Como se dá o processo de decisão sobre a indicação do recurso acolhimento noturno?
- Como é o processo de acolhimento inicial? Quem participa (usuário, técnico do CAPSij II, familiares)?
- Quais as diferenças no processo de acolhimento noturno/ integral de usuários do próprio serviço e de outros CAPSij?
- Os CAPSij II realizam um encaminhamento adequado? Fale sobre isso (quais as principais dificuldades).

Ocorre judicialização dos casos? Fale sobre isso.

- Como se dá o processo de entrada destes usuários no serviço?

## **SOBRE OS PROCESSOS DE TRABALHO**

Como é a rotina de trabalho do serviço? durante o dia, à noite e aos fins de semana.

Como se dá a comunicação entre os profissionais do período noturno e do período diurno?

- Quais estratégias de comunicação e ferramentas de trabalho são utilizadas?
- Quais são as principais potências dessa comunicação em relação à continuidade do cuidado?
- Quais as principais dificuldades nessa comunicação?

Como é feita a construção do PTS enquanto o usuário se encontra em acolhimento noturno? - Quais atores participam dessa construção?

- Como a família é incluída nesse PTS?
- Quais os desafios implicados nos PTS?
- Como se dá o compartilhamento dos casos entre o CAPSij II e o CAPSij III? Quais recursos e ferramentas são utilizados?
- Durante o período diurno os usuários ficam no CAPSij III ou no CAPSij II de referência? O que define essa opção?

Quais as principais estratégias de cuidado pensadas durante o período de acolhimento noturno/ integral?

- Usuário
- Família
- Há diferenças nas estratégias utilizadas para os usuários que já são acompanhados pelo serviço e para aqueles que são de outros CAPSij II?

Como se dá o processo de decisão de término do período de acolhimento noturno?

Como se dá a relação e articulação com os outros pontos da RAPS durante o período de acolhimento noturno? Quais os principais serviços acionados?

Como se dá a relação e articulação com a rede intersetorial, durante o período de acolhimento noturno? Quais os principais serviços acionados?

Quais as principais potencialidades de um CAPSij III?

Quais as principais dificuldades vivenciadas por um CAPSij III?

- Estrutura física?
- Recursos humanos?

Na sua opinião, há algo que poderia auxiliar a reduzir as dificuldades vivenciadas? Fale sobre isso.

Na sua opinião, como deveria ser uma estrutura física adequada para um CAPSij III?

Havendo o CAPSij III, você avalia que é necessária a existência de uma referência hospitalar em saúde mental para infância e adolescência (enfermaria especializada em Hospital Geral)? Por quê?

Contenção física nos CAPSij III. Qual sua opinião?

## **SOBRE AS CRISES**

Qual sua compreensão sobre crise em saúde mental infantojuvenil?

Em sua opinião, quais as principais problemáticas que envolvem as situações de crise vivenciadas pelos usuários?

De acordo com a experiência desse serviço, fale sobre as principais necessidades das crianças e adolescentes nas situações de crise.

E quais as principais necessidades das famílias nessas situações? E as principais dificuldades?

Quais os principais manejos e estratégias de cuidado são ofertados nas situações de crise?

Dentre os manejos e estratégias de cuidado utilizados, quais você considera mais efetivos?

Quais dimensões do cuidado eles abarcam? (individual, familiar, grupal, coletivo)

Na sua opinião, quais outras estratégias de cuidado poderiam ser utilizadas e quais recursos seriam necessários.

Há diferença no manejo pela equipe das situações de crise dos usuários que já são acompanhados pelo serviço e daqueles que são de outro CAPSij II?

Como é para sua equipe lidar com as situações de crises dos usuários? Quais sentimentos são suscitados?

Quais são as estratégias utilizadas para apoiar e acolher a equipe?

## **SOBRE O PERÍODO DA PANDEMIA**

Os fluxos de acesso ao CAPSij III foram alterados durante esse período?

As demandas mudaram durante o período de pandemia? fale sobre isso.

Como está a rotina do serviço durante esse período?

Quais estratégias de cuidado às situações de crise foram criadas durante esse período de isolamento social?

O tempo de permanência dos usuários em acolhimento noturno/ integral foi alterado no período de pandemia?

Quais mudanças tiveram no contato e encaminhamentos para a rede durante esse período?

Há algo que não foi perguntado que você gostaria de acrescentar?

## APÊNDICE K



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESOLUÇÃO 466/2012)**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS III E A ATENÇÃO À CRISE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES de responsabilidade da pesquisadora Beatriz Rocha Moura, terapeuta ocupacional, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Thelma Simões Matsukura.

O objetivo deste estudo é resgatar a história de implantação dos CAPSij III na cidade de São Paulo, compreender a função destes equipamentos na rede de atenção psicossocial e suas práticas de cuidado na atenção à crise de crianças e adolescentes.

Os dados serão coletados por meio do preenchimento de ficha de caracterização do serviço e entrevistas realizadas com os gestores dos CAPSij III. A duração prevista para o preenchimento da ficha de caracterização e entrevista é de 1 hora. A entrevista será gravada em áudio. A coleta dos dados será realizada pela doutoranda Beatriz Rocha Moura.

Gostaríamos de convidá-lo a participar desta pesquisa. Sua identidade será mantida em sigilo e os dados serão informados de modo a não revelar sua identidade. Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos com parecer número 3.557.581, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo- SP número 3.679.154.

O critério de participação se refere a gestores de CAPSij III que apresentem interesse em participar do estudo. Ressaltamos que sua participação neste estudo não é obrigatória e que a qualquer momento você poderá desistir de participar. Salientamos que possíveis riscos deste estudo, no que concerne a vossa participação, estão relacionados com algum desconforto emocional decorrentes das perguntas realizadas. Caso isto ocorra, a pesquisadora estará disponível para acolhê-lo e realizar os encaminhamentos que se fizerem necessários decorrentes dessa situação. Ainda, salientamos que o estudo buscou não incidir sobre questões de foro pessoal de modo a causar qualquer tipo de constrangimento.

Sobre os benefícios, esperamos que esse estudo possa contribuir para um aprofundamento da temática por meio da narrativa de diferentes atores - gestores, profissionais, familiares e usuários – como também

contribuir com reflexões que possam auxiliar no delineamento de políticas públicas de saúde mental condizentes com as necessidades da população infantojuvenil.

Com relação aos seus direitos enquanto participante convidado para este estudo elencamos:

- Recusar a participação neste estudo, não responder alguma questão, bem como a retirar seu consentimento em qualquer etapa desta pesquisa, sem penalização alguma para você ou para o andamento de sua prática profissional;

- Manutenção do sigilo quanto à sua identidade e privacidade de seus dados durante todas as fases da pesquisa e de situações dela provenientes;

- Buscar indenização diante de eventuais danos que essa participação possa lhe causar;

- A participação na pesquisa não acarretará em despesas para você e também não haverá nenhuma forma de remuneração por sua participação. Entretanto, eventuais despesas com transporte e alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, serão ressarcidas pela pesquisadora.

- Via deste Termo de Consentimento.

Estamos à disposição para esclarecê-lo, a qualquer momento, sobre outras dúvidas em relação ao presente estudo. O principal pesquisador é Beatriz Rocha Moura, que poderá ser encontrada no seguinte telefone 11 98907-2343 ou no seguinte e-mail: rochamoura.beatriz@gmail.com

  
Assinatura

Beatriz Rocha Moura

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

- Caso deseje realizar alguma denúncia ou buscar mais informações sobre o processo de avaliação ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, por meio do telefone (11) 3397-2464, ou do e-mail: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com) ou então pelo endereço: Rua General Jardim, n. 36, 8º andar. Centro, SP e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)

Local e data:

Participante (NOME E ASSINATURA):