

Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados

The youth and adolescents psychosocial care centers: organization characteristics and care supply

Bruna Lidia Taño¹, Thelma Simões Matsukura²

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p208-216>

Taño BL, Matsukura TS. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 set./dez.;25(3):208-216.

RESUMO: Os objetivos deste artigo são identificar as características gerais do funcionamento e desafios na organização dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis e abordar sob a ótica dos técnicos dos serviços as implicações do funcionamento na qualidade do serviço. O estudo foi desenvolvido em 4 CAPSi do Estado de São Paulo e participaram os coordenadores dos serviços e 17 técnicos com formação em nível superior. Os instrumentos para coleta de dados foram fichas de identificação dos serviços, preenchidas pelos coordenadores, e roteiro de entrevista semi-estruturada, para os técnicos. Os dados foram submetidos à análise descritiva e à técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados evidenciam aspectos gerais da organização dos serviços como tempo de funcionamento, população de abrangência, quantidade de usuários inseridos, composição das equipes de trabalho e principais ofertas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico e apresentam-se discutidos à luz das políticas para o campo. Evidenciou-se que os CAPSi têm atendido uma população maior que a indicada e que os principais recursos oferecidos consistem nos atendimentos individuais, o que pode oferecer ferramentas para o entendimento de que ainda há dificuldades na organização do trabalho tal como preconizado pelas normativas.

DESCRIPTORIOS: Saúde mental; Serviços de saúde mental; Criança; Adolescente.

Taño BL, Matsukura TS. The youth and adolescents psychosocial care centers: organization characteristics and care supply. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 set./dez.;25(3):208-216.

ABSTRACT: We present a study identifying the general characteristics on the working challenges at the organization of the Youth and Adolescents Psychosocial Care Centers (in Portuguese, Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis – CAPSi) as well as to approach, under the vision of the technicians, the implications of the working in the quality of the service. It counted on 17 graduated professionals inserted in four CAPSi in São Paulo State. The tools used for data gathering were: identification cards of the services completed by the coordinators and semi-structured interview scripts for technicians. The data was subjected to descriptive analysis and to the Collective Subject Discourse technique (in portuguese, Discurso do Sujeito Coletivo). The results show general aspects of the organization of the services as: working time, attended population, quantity of inserted users, staffing and the main care offerings for youth and adolescents in intense psychic suffering and are discussed at the light of the policies for the field. We show that the CAPSi have attended a greater population than that preconized and that the main resource offered consist of individual attendance, what can offer tools for understanding that there are still difficulties in the organization on the work as preconized by the normatives.

KEY WORDS: Mental health; Mental health services; Child; Adolescent.

* Este trabalho é parte integrante de dissertação de mestrado da primeira autora, sob orientação da segunda autora.

Resultados parciais deste trabalho foram apresentados como pôster no evento “Portas Abertas: do Hospital Psiquiátrico ao território: políticas e boas práticas em saúde mental” Franco e Franca International School, Ribeirão Preto e Campinas, setembro de 2014.

1. Doutoranda no Programa de Pós Graduação em Educação Especial – Universidade Federal de São Carlos. Mestre em Terapia Ocupacional – Universidade Federal de São Carlos

2. Profa. Dra. Do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos.

Endereço para correspondência: Rua Cirineu das Chagas Carvalho, 96. Centro. São Simão – SP. Brasil. CEP: 14200-000. E-mail: bruna.tano@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Dados da OMS¹ estimam que entre 10 e 20% das crianças no mundo apresentam necessidade de algum tipo de acompanhamento em saúde mental, enquanto que de 3 a 4% de toda a população infantojuvenil necessitará de acompanhamento intensivo em saúde mental. Estima-se que muitos dos problemas de saúde mental vivenciados por adultos tenham correlação com situações de sofrimento psíquico durante a infância e a adolescência². Estudo de revisão³ que abrangeu o período de 2001-2009, encontrou quinze pesquisas sobre o tema, que apresentam taxas de prevalência com variação entre 12 e 24,6% para distúrbios mentais em crianças e adolescentes quando utilizados instrumentos de rastreamento e prevalência entre 7 e 12% quando utilizadas entrevistas diagnósticas. Estas pesquisas estiveram concentradas em três grandes estados brasileiros e alertam para a importância da realização de estudos multicêntricos no país.

Estudo realizado na cidade de São Carlos - SP⁴ identificou a prevalência de problemas de saúde mental entre crianças que frequentam o Ensino Fundamental I, a partir da aplicação de diferentes instrumentos de medidas, e observou que os dados obtidos por meio do Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ) indicaram a incidência de agravos de saúde mental que necessitam de acompanhamento especializado em 43% dos casos. De acordo com o autor, tal achado contrasta com outras pesquisas realizadas sobre o tema, salientando que possivelmente este achado tenha profundas relações com a população estudada composta por crianças de áreas periféricas da cidade.

1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi): o modo psicossocial para o cuidado na infância e adolescência.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são parte integrante da rede de serviços que objetiva romper com a lógica institucionalizante, regulamentados pela portaria 336/GM de fevereiro de 2002, como equipamentos fundamentais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica⁵. Desenvolvem ações intensivas direcionadas aos grupos com sofrimento psíquico intenso e persistente e são também responsáveis pelas articulações, em seu território de abrangência, de estratégias e ações que objetivem a promoção de cuidados em saúde mental para toda a população. Devem promover o acolhimento e acompanhamento das pessoas com transtornos mentais graves, objetivando a inserção e participação social, oferecendo também acompanhamento clínico terapêutico, configurando-se como espaço promotor

de vida.

A instituição da Portaria 3088 de 2011 que propõe a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da ampliação de pontos de atendimento para as pessoas em sofrimento ou com transtornos mentais e para a população em geral, reafirma o papel desempenhado pelos CAPS no sentido da garantia da atenção às pessoas em situação de sofrimento agravado e persistente, como também orienta para a construção de ações interligadas entre os diferentes pontos de atenção no sentido da ampliação do cuidado e da garantia do acesso. Por ser um serviço da atenção especializada em saúde mental, os CAPS devem ainda poder fornecer apoio técnico para outros serviços^{5,6}.

No ano de 2003 a Portaria Nº 1947/GM apresenta plano estratégico para a expansão de serviços destinados a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico e caracteriza os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) como serviço prioritário para o atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

A Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes opera a partir de dois principais focos de ação e organização: a implantação e manutenção dos CAPSi e a articulação de uma rede intersetorial que se corresponsabilize pelo cuidado à infância e adolescência⁷.

As proposições para atenção em saúde mental infantil nos CAPSi devem ser orientadas por princípios éticos que indicam os modos pelos quais se pode produzir os encontros na clínica e as possibilidades de ativação de processos de autonomia e produção de mais saúde e bem-estar. O fio condutor deste modo de proceder ao trabalho clínico considera como estratégia prioritária para a produção de saúde a ampliação da rede de suporte dos sujeitos e a complexificação de seus espaços de pertencimento e de trocas sociais⁷.

Baseados na lógica territorial e comunitária e no referencial da Reabilitação Psicossocial, estes serviços visam assegurar o direito à liberdade e impedir medidas de intervenção que produzam restrição de circulação e de trocas sociais. Ao direcionar sua prioridade para as situações de grande complexidade em saúde mental, os CAPSi têm o propósito de articular as redes de cuidados e suporte social dos sujeitos atendidos em projetos terapêuticos singulares, a ser construídos de modo compartilhado e de acordo com as demandas e anseios dos usuários. Aliados ao trabalho em rede, devem ter capacidade de fornecer novos arranjos àqueles que estiveram impossibilitados de manter ou mesmo estabelecer laços sociais de pertencimento⁸. Deste modo, quanto mais intensiva e precoce for a intervenção, maior a possibilidade de cuidado, inserção social e exercício de autonomia⁹.

Para a realização das ações de cuidado, os CAPSi contam com equipes multidisciplinares compostas por no mínimo 1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais com formação em nível superior podendo ser assistente social, fonoaudiólogo, pedagogo, psicólogo, terapeuta ocupacional ou outro profissional que componha com o projeto do serviço; e 5 profissionais de nível médio entre técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão⁵.

A instalação destes serviços está prevista para que ocorra em municípios ou regiões de saúde que possuam mais de 150.000 habitantes⁶. A série histórica oferecida em relação à ampliação da cobertura de CAPSi no Brasil revela que entre os anos de 2006 e 2011 houve um aumento de cerca de 100% na construção de unidades, segundo dados do Ministério da Saúde¹⁰. Em relação ao Estado de São Paulo, este contava com 43 unidades cadastradas no período de referência. Embora se note uma efetiva expansão dos serviços, segundo Reis e colaboradores¹¹ no ano de 2009 o estado deveria contar, com a finalidade de atender as crianças e adolescentes que necessitam de acompanhamento, com um total de 130 serviços em funcionamento.

Nesta direção, Couto, Duarte e Delgado⁷ apontam que, no Brasil, a rede de cuidados em saúde mental para a infância e adolescência está ainda muito aquém das necessidades apresentadas pelas populações. Há insuficiência de material que registre os processos de implementação dos CAPSi nos territórios, como também sobre seu funcionamento. Os autores sugerem que o cuidado deva ocorrer de modo partilhado, entre os diversos atores que se propõem a discutir e pensar as questões da infância, ressaltando a importância de pesquisas que divulguem conhecimento e revelem desafios nesta área.

Objetivos e Procedimentos metodológicos

O objetivo principal deste estudo é identificar características gerais do funcionamento e desafios na organização de CAPSi a partir do que indicam as políticas para o campo. Como objetivo específico pretende-se abordar sob a ótica dos técnicos dos serviços as implicações do funcionamento na qualidade do serviço.

Trata-se de estudo que integrou pesquisa mais ampla relativa ao mestrado da primeira autora¹², sendo realizado no período entre 2012 e 2013.

A pesquisa foi desenvolvida em quatro CAPSi do Estado de São Paulo, respondendo ao critério estabelecido de que os equipamentos deveriam estar inseridos em

municípios de grande porte, sendo três dos serviços situados em distintos municípios da Grande São Paulo e um no interior do estado. Esta escolha visou abarcar as diferenças e similaridades presentes nos serviços que compõem a atual rede de saúde mental do Estado de São Paulo em grandes centros urbanos. Com a finalidade de garantir a não identificação das cidades optou-se por nomeá-las por nomes de cores sendo: Azul, Lilás, Verde e Vermelho. Apenas a cidade Azul apresentava mais um CAPSi em seu território, nas cidades Lilás, Verde e Vermelho os serviços visitados respondiam por todas as ações especializadas em saúde mental infantojuvenil do SUS no município.

Foram participantes do estudo os coordenadores dos CAPSi e 17 técnicos com formação em nível superior, sendo 8 psicólogos; 4 terapeutas ocupacionais, 4 enfermeiros e 1 assistente social, todos estes com experiências nos serviços variando entre 6 meses e 11 anos. O pesquisador em reunião de equipe apresentou os objetivos do estudo e o convite para a participação dos técnicos. Como instrumento para coleta de dados foram utilizadas fichas de identificação dos serviços preenchidas pelos seus respectivos coordenadores e roteiros de entrevista semi-estruturada para os técnicos.

As fichas de identificação dos serviços foram preenchidas pelos próprios coordenadores e as entrevistas com os técnicos foram realizadas na própria unidade em dia e horário previamente combinados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos com parecer número 192.282 em 05 de fevereiro de 2013.

Em relação aos dados advindos das fichas de identificação dos CAPSi, os mesmos foram analisados descritivamente. Já os dados provenientes das entrevistas foram analisados por meio da Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC¹³.

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo tem como objetivo revelar as diferentes formas e conteúdos de opiniões referentes a um determinado tema, permitindo a realização de pesquisas com enfoque qualiquantitativo. Suas possibilidades de execução permitem o detalhamento das opiniões, como também revelam o grau de compartilhamento destas em determinada grupalidade. Por meio da construção de blocos de discursos compostos por trechos de falas de diferentes sujeitos que partilham os mesmos sentidos e entendimentos, os DSCs revelam as percepções e ideias presentes em contextos determinados, almejando assim, uma “escala coletiva” de enunciação, em que cada DSC composto gerará uma opinião sobre o tema em tela¹³.

A construção dos blocos de discursos coletivos se efetua a partir de determinados recursos operativos delimitados pela técnica utilizada. Entre os principais

operadores instrumentais da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo têm-se as *Expressões-Chave* e as *Ideias Centrais*, como componentes dos discursos que darão origem aos DSC. Por *Expressões-Chave (ECH)* entendem-se pedaços, trechos dos relatos, que sintetizam e explicitam a ideia em tela. Por vezes, em um mesmo relato há mais de uma *ECH*. Essas *ECH* referentes ao mesmo tema são “recortadas” e

inseridas conjuntamente a fim de formarem o DSC, sendo responsáveis por revelarem “a essência do conteúdo do depoimento ou discurso ou teoria subjacente” (Lefevre, 2010, p.74). As *Ideias Centrais (IC)* são as expressões que determinam mais sucintamente uma ideia ou *ECH* e servem como etiquetas para o discurso a ser construído. Cada uma das *IC* encontradas dá origem e intitula um *DSC*¹³.

Quadro 1 - Características Gerais dos CAPSi

	CAPSi AZUL	CAPSi LILÁS	CAPSi VERDE	CAPSi VERMELHO
Tempo de Funcionamento	11 anos	6 anos	7 anos	7 anos
Tipo de Administração	Cogestão Prefeitura e Organização Social de Saúde	Organização Social de Saúde (OSS)	Prefeitura	Prefeitura
População de Abrangência	550 mil habitantes	1.300mil habitantes	700 a 800 mil habitantes	676 mil habitantes
Unidades de Atenção Básica que Referencia	39	62	33	32
Equipe Administrativa	1 profissional	2 profissionais	5 profissionais	2 profissionais
Equipe Terapêutica/ Número de Profissionais	15	14	8	9
Técnicos de Nível Médio	6 entre Técnicos de Enfermagem e Oficineiros	2 Acompanhantes Comunitários	4 profissionais	3 Técnico/Auxiliar de Enfermagem; 1 Auxiliar de Desenvolvimento Infantil; 2 Oficineiros (para toda a rede municipal)
Apoio/ Serviços Gerais	5	4	2	7

Fonte: autoria própria.

Resultados e Discussão

A seguir serão apresentados os principais resultados do estudo, discutidos à luz das políticas públicas vigentes para o campo da saúde mental de crianças e adolescentes.

A. Características gerais dos CAPSi e articulação com Atenção Básica

As informações apresentadas no Quadro 1 mostram que apenas o CAPSi Azul tem seu início de funcionamento próximo ao ano de publicação da Portaria 336 de 2002.

Os outros serviços têm aproximadamente 7 anos de funcionamento, evidenciando, destarte, que nenhum dos serviços vem enfrentando os desafios de serem novos equipamentos no território, estando já consolidados nas redes locais. Observou-se que embora os CAPSi sejam serviços públicos, metade dos serviços em estudo são geridos por Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Com relação às formas de administração dos serviços, os profissionais indicaram que ainda há dificuldades nas formas de composição das equipes e nos processos de contratação, como se observa no DSC a seguir:

DSC Processos de Contratação: *Crítérios mais bem estabelecidos de seleção e contratação de trabalhadores para compor os equipamentos da saúde mental. São muitas dificuldades de ordem administrativa de serviço público. Às vezes começa a gente começa todo um projeto de trabalho e aí muda, porque as pessoas vão embora e a reposição dos trabalhadores é muito lenta.*

As OSS são entidades privadas que atuam como parceiras dos municípios, estados ou federação, para a gestão de serviços de saúde. Esta modalidade de administração dos serviços de saúde é regulamentada pelas Leis n. 9.637 de 15 maio de 1998 e n.9.790 de 23 de março de 1999, e é comumente justificada pela possibilidade de flexibilização dos processos de contratação e composição das equipes^{14,15}.

Os dados obtidos por meio dos instrumentos de coleta não revelaram importantes diferenças na organização dos serviços em razão das modalidades de administração – se realizada diretamente pela prefeitura ou por meio de contratos de gestão com OSS –, com exceção à composição da equipe do CAPSi Azul, que gerida em parceria prefeitura e OSS, conta com maior número de profissionais na equipe de trabalho.

Todos os CAPSi em estudo continham em seu quadro mais do que os critérios mínimos de funcionários em serviço, à exceção dos profissionais de nível médio, que no CAPSi Lilás são apenas dois. Entre os profissionais com formação em nível superior, todos CAPSi continham psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, psiquiatras e terapeutas ocupacionais. Percebe-se que em dois dos serviços há a inclusão de profissionais de nível médio não contemplados nas portarias, os Acompanhantes Comunitários (CAPSi Lilás) e o Auxiliar de Desenvolvimento Infantil (CAPSi Vermelho). Pelo que se evidencia, os CAPSi estudados têm mantido a premissa de se constituírem como equipamentos multiprofissionais⁵ em que há a presença de diferentes profissionais da saúde na composição dos quadros de trabalho.

Ainda que se considere no campo das políticas públicas a importância do trabalho em equipe de forma mais integrada com compartilhamento das ações e dos saberes¹⁵, é com dificuldade que as equipes constituem essa modalidade de trabalho na saúde, como pode-se observar no DSC a seguir, em que os profissionais indicam sugestões para o aprimoramento do trabalho desenvolvido pelos CAPSi:

DSC Coletivização do trabalho: *A gente já está tentando trazer a equipe mais pra discutir os casos, pensar junto*

com os outros profissionais que estão atendendo para ver qual o melhor caminho para poder estar mais efetivo nesse trabalho. Fazer um trabalho em que a equipe pudesse dialogar mais, rever as práticas, ter espaço para pensar as práticas, ações e intervenções, tanto das que já foram feitas como aquelas que vão ser realizadas, eu acho que isso facilitaria muito o trabalho.

Em relação à articulação com a Atenção Básica, todos os CAPSi pesquisados possuem mais de 30 unidades as quais são referência para o acompanhamento de apoio de ações em saúde mental para crianças e adolescentes. Ainda que sejam em número elevado, neste estudo observou-se que atender a um grande território que conta com inúmeros serviços de saúde dificulta a concretização de ações de matriciamento e de contato com as unidades, como se observa nos seguintes DSCs:

DSC Redução do Território: *Uma redução do território, né? Porque atualmente a gente está com um território muito grande para dar conta*

DSC Trabalho no Território: *A grande dificuldade é sair do CAPSi e ir para o território. Acho que é uma coisa muito difícil em função da demanda, em função da extensão territorial. E a gente acaba ficando muito mais dentro do CAPSi e com isso às vezes eu me questiono o quanto a gente vai conseguindo fazer um trabalho consistente.*

O grande número de unidades de saúde pode ser fator que comprometa o desenvolvimento de ações territoriais, como também a função de apoio matricial e de elaboração partilhada de estratégias de cuidado. A relevância deste modelo de apoio matricial em saúde mental tem sido pautada enquanto função transformadora das linhas de cuidado em saúde e, para tanto, demanda uma reorganização estratégica dos serviços¹⁷.

Com relação aos critérios populacionais para instalação de CAPSi, todas as cidades em estudo possuem de quatro a quase dez vezes o contingente indicado, evidenciando a escassez de CAPSi nas cidades estudadas. Ressalta-se que esta situação, assim como a descrita anteriormente, pode comprometer o desenvolvimento das principais ações que estes serviços têm a tarefa de executar, entre estas, o atendimento intensivo e diário às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso. Estudos futuros que verifiquem a composição da RAPS em sua totalidade podem contribuir para fornecer mais elementos para a compreensão desta realidade.

Quadro 2 - Caracterização dos CAPSi quanto ao número de usuários inseridos

	CAPSi AZUL	CAPSi LILÁS	CAPSi VERDE	CAPSi VERMELHO
Total de prontuários ativos	170	1946 acolhimentos. 368 prontuários ativos	Não informado	5024 acolhimentos. Ao longo da série histórica: 1005 inserções.
Usuários inseridos em modalidade intensiva/mês	10	11	Não informado	RAAS
Usuários inseridos em modalidade semi-intensiva/mês	130	240	Não informado	RAAS
Usuários inseridos em modalidade não intensiva/mês	30	110	Não informado	RAAS

Fonte: autoria própria.

B. Inserção dos usuários e oferta de cuidados à população atendida

A partir das informações apresentadas no Quadro 3 é possível perceber que as formas de inserção dos usuários em acompanhamento foram indicadas de distintos modos pelos coordenadores, ainda que tenha sido sugerido pelos pesquisadores a padronização das informações. Esta multiplicidade é possivelmente retrato das diferentes formas de se produzir as intervenções no conjunto dos serviços estudados. Enquanto o CAPSi Azul apresentou o número de usuários inseridos por mês, de acordo com levantamento feito nos últimos meses, os demais CAPSi que ofereceram esta informação apresentaram dados referentes ao número total de acolhimentos realizados durante a existência do equipamento.

Com a prática do acolhimento universal, os serviços recebem os usuários, de modo a realizar o primeiro contato em que se efetua a descrição e compartilhamento da demanda e posterior encaminhamento para o local de resposta adequada à necessidade apresentada¹⁸. Desta ação de acolhimento, os serviços de saúde mental produzem relatórios com os quais se torna possível elencar a quantidade de intervenções deste tipo já realizadas. Assim, o número de usuários inseridos nos CAPSi é representado pela quantidade de prontuários ativos existentes.

Entre os que indicaram o número atual de usuários inseridos, o CAPSi Lilás apresenta mais que o dobro de usuários inseridos que o CAPSi Azul. Embora hajam critérios para a lotação e funcionamento dos serviços quanto ao número de usuários inseridos, os CAPSi, dada a dimensão populacional e territorial que abrangem, atendem para além da cota indicada. Ressalta-se ainda que a cidade em que esta inserido o CAPSi Lilás, tal como descrito no Quadro 1, tem mais que o dobro de habitantes que a cidade do CAPSi

Azul, do que pode decorrer o fato de ter mais que o dobro de usuários inseridos.

Quanto à inserção dos usuários nos CAPSi em estudo, verificou-se divergências entre as formas de sistematização das frequências e participações das crianças e adolescentes entre os equipamentos, o que entre outras questões, inviabilizou a coleta de informações no CAPSi Verde.

Essa situação descrita deve-se também ao fato de que, durante o desenvolvimento do estudo, os CAPSi passaram por um processo de alteração de sua lógica de organização, monitoramento e registro das ações realizadas, por meio da instituição da Portaria 854 de 28 de agosto de 2012. Anteriormente, todo usuário inserido no serviço deveria ter, tão logo sua entrada, a definição da modalidade a qual estaria inserido: intensivo (atendimento diário); semi-intensivo (máximo 12 dias no mês) e não intensivo (máximo 3 dias no mês), contabilizados, registrados e monitorados por meio das Autorizações de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC)⁵. Com a alteração do sistema, os serviços passam a contar com maior liberdade para a construção dos projetos terapêuticos, nos quais, a princípio, não se torna necessário o delineamento do número máximo e mínimo de ações para ele direcionadas. Ainda, com o novo sistema, denominado Registro de Ações Ambulatoriais (RAAS), torna-se possível o registro de ações que não contam com a participação de usuários como, por exemplo, reuniões com outros serviços e ações de matriciamento.

Barcellos-Oliveira e colaboradores¹⁹, em análise dos processos de trabalho na saúde mental infantojuvenil, relatam que os profissionais mantinham-se desfavoráveis ao modo de organização da produção nos serviços por meio das APACS, com as quais não era possível o registro das ações que visavam construções intersetoriais e de matriciamento,

uma vez que a produção passível de ser afirmada direcionava-se apenas para ações clínicas e de tratamento com os usuários.

Nos serviços que ainda fazem uso da classificação por modalidades de inserção, CAPSi Azul e CAPSi Lilás, nota-se que 5,6% dos usuários inseridos estão na modalidade intensiva, que requer atendimentos diários, no CAPSi Azul e 2,9% no CAPSi Lilás. Quanto aos atendimentos a usuários na modalidade semi-intensiva, estes chegam a 76% no CAPSi Azul e 65% no CAPSi Lilás. Já em relação aos usuários em modalidade não intensiva, estes correspondem a 17,6% no CAPSi Azul e 29,8% no CAPSi Lilás.

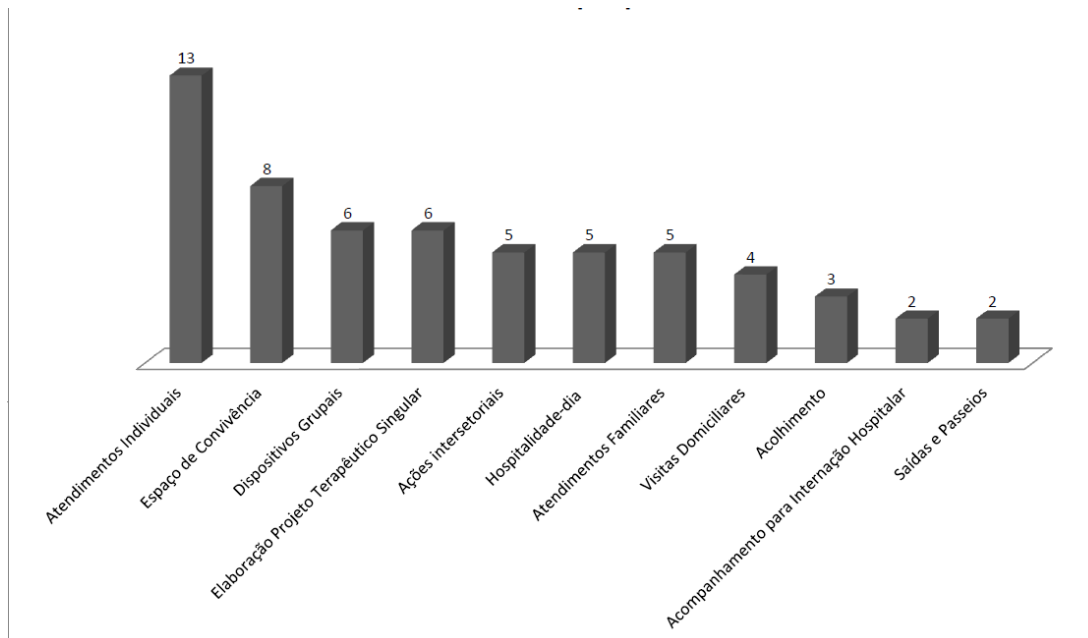
Hoffmann, Santos e Mota²⁰, em estudo multicêntrico com sete CAPSi do país, descrevem a inserção de usuários em modalidade intensiva preenchendo em média 10,5% do total de usuários, na modalidade semi-intensiva 40,2% e na modalidade não intensiva 49,3%. Nota-se que os achados

citados diferem dos encontrados na presente pesquisa, na qual os usuários no regime semi-intensivo correspondem à maioria dos atendimentos realizados nos serviços.

De acordo com a Portaria 336 de 2002 e do Manual dos CAPS⁵, estas proporções deveriam ser da seguinte ordem: dos 115 usuários atendidos no mês por cada CAPSi, 25 destes (16,12%) deveriam estar na modalidade intensiva, 50 usuários (32,25%) em semi-intensiva e 80 (51,61%) na modalidade não intensiva.

Sobre os dispositivos de cuidado oferecidos aos usuários em acompanhamento, especificamente sobre as crianças e adolescentes que apresentam maior intensidade de sofrimento, observou-se neste estudo que os mesmos estão majoritariamente inseridos em atendimentos individuais e espaços de convivência como é possível verificar a partir das informações apresentadas no gráfico a seguir.

Gráfico 1 – Principais intervenções direcionadas aos usuários em intenso sofrimento psíquico



As informações inseridas no gráfico apresentado são decorrentes das entrevistas com os técnicos dos serviços, os quais citaram as principais intervenções que destinam aos usuários em intenso sofrimento psíquico. Os números descritos referem-se à quantidade de citações que determinadas intervenções tiveram no conjunto total das entrevistas realizadas.

Uma vez que se constitui predominantemente o encontro clínico ofertado pelos CAPSi por meio de

atendimentos individuais, reconhece-se que as dimensões individuais do sofrimento são as preconizadas pela organização do trabalho. Tendo como instrumento norteador o “Manual dos CAPS”, tem-se que o objetivo principal do trabalho a ser desenvolvido nos serviços é a proposição da Clínica Ampliada, entendida no contexto como a expansão do trabalho desenvolvido para além da clínica tradicionalmente realizada na psiquiatria em favor da construção de ações coletivas e da produção de vida¹⁶.

Entende-se que não é tarefa fácil empreender nos serviços de saúde mental a condução de propostas clínicas coletivas²¹. Tomando-se esta afirmação, evidencia-se que a construção de grupidades inventivas, disruptivas e afetivas com crianças e adolescentes psicóticas ou em outras vivências de sofrimento psíquico constitui-se como importante desafio a ser enfrentado pelos serviços.

Neste sentido, é importante ainda ressaltar que embora os atendimentos individuais estejam em grande maioria, a indicação da criação de espaços de convivência para o acolhimento e acompanhamento destes sujeitos pode se configurar com potente espaço de trocas sociais e de oferta de espaços condizentes às demandas e necessidades das crianças e adolescentes²².

Uma vez que este tópico apresentado versou sobre as práticas de cuidado para crianças e adolescentes em situação de intenso sofrimento psíquico, hipotetizava-se que a alusão à modalidade de atenção do tipo visita domiciliar fosse figurar entre as mais citadas, considerando as implicações da sobrecarga do cuidado para as famílias e das dificuldades que vivenciam todo o grupo familiar^{23,24}. Outros recursos como saídas e passeios também figuram como pouco citados pelos profissionais. Estas afirmações levam a questionar as dificuldades dos serviços em constituírem ações mais comunitárias e territoriais, estando os CAPSi, portanto, ainda substancialmente centrados em suas dinâmicas internas.

Importa assinalar ainda, que nas descrições realizadas pelos trabalhadores acerca das atividades direcionadas aos usuários em intenso sofrimento psíquico constam atividades de planejamento do cuidado como as Ações Intersectoriais e de Elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares. Verifica-se assim, que com o advento das RAAS, as formas de sistematização do trabalho realizado possam estar mais

atreladas à realidade do trabalho dos técnicos dos serviços, na qual as atividades de planejamento e gestão do cuidado constituem parcela importante do rol de atribuições desempenhadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados permitem evidenciar como estão estruturados os CAPSi no que tange população de abrangência, unidades de saúde às quais são referência, composição das equipes e oferecimento de acompanhamento aos usuários em intenso sofrimento psíquico.

A constatação de que os serviços, embora em sua maioria com equipes mínimas formadas por mais profissionais do que constam os documentos oficiais, atendem uma população muito maior do que apontado pelas portarias, evidencia a importância de ampliação destes serviços e a consolidação de outras estratégias de cuidado respaldadas na Rede de Atenção Psicossocial.

Ainda que os serviços mantenham como principal forma de acompanhamento os atendimentos individuais para as crianças e adolescentes em situação de intenso sofrimento psíquico, nota-se o surgimento de iniciativas singulares de acompanhamento, entre estas a convivência e a hospitalidade-dia.

Por fim, tendo em vista que por meio das novas diretrizes para a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 2011 fica assegurada a função dos CAPSi como principais pontos de atenção para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico e transtornos mentais severos, hipotetizava-se a maior concentração de usuários em modalidade de atendimento mais intensivas e com ações ampliadas para o trabalho territorial.

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: World Health Report; 2001.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Atlas - Child and Adolescent Mental Health Resources: global concerns, implications of future. Geneva: World Health Report; 2005.
3. Paula CS, Miranda CT, Bordin IAS. Saúde mental na infância e adolescência: revisão de estudos epidemiológicos brasileiros. In: Lauridsen-Ribeiro EPP, Tanaka OY (Org.) Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 75-92.
4. Cid MFB. Saúde mental de escolares: um estudo de prevalência e de fatores de risco e proteção [Tese]. São Carlos: Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos; 2011.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. BRASIL. Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2011.
7. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil

- na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. Rev Bras Psiquiatr, São Paulo. 2008;30(4):390-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>
8. Couto MCV. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, Brasília, 2001. Caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.p.121-130. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf> Acesso em 13 de julho de 2012
 9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
 10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados: 10, ano VII, nº10. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Informativo eletrônico.
 11. Reis AOA, Fonseca FL, Rolim Neto ML, Delfini PSS. As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. São Paulo: Schoba; 2012.
 12. Tano BL. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico [Dissertação]. São Carlos: Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos; 2014.
 13. Lefèvre F, Lefèvre AMC. F. Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualiquantitativo, a metodologia do discurso do sujeito coletivo. Brasília: Liber Livro; 2010.
 14. Nogueira RP. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerências das unidades assistenciais. In: Santos NR, Amarante PDC (Org.). Gestão pública e relação público-privado na saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2010.p. 24-47.
 15. Sano H, Abrucio LF. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. RAE. 2008; 48(3): 64-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902008000300007>
 16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009
 17. Campos GWS, Domitti, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007; 23(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
 18. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
 19. Barcellos-Oliveira MFAPB, Muylaert CJ, Bastos IT, Reis AOA. Processos de trabalho e impasses institucionais em saúde mental. In. Reis AOA, Fonseca FL, Rolim Neto ML, Delfini PSS. As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. São Paulo: Schoba; 2012.p.165-179
 20. Hoffmann MCC, Santos DN, Mota ELA. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008;24(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300017>
 21. Lancetti A. Clínica Grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In. Lancetti A. Saúde Loucura 4: Grupos e Coletivos. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 155- 171.
 22. Ronchi JP, Avellar LZ. Ambiência na atenção psicossocial infantojuvenil: um estudo no CAPSi. Saúde Soc, São Paulo. 2013;22(4):1045-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400008>
 23. Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Fatores preditivos da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009; 25(9):1957-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900010>
 24. Scandolaro AS, Rockenbach A, Sgarbossa EA, Linke LR, Tonini NS. Avaliação do centro de atenção psicossocial infantil de Cascavel- PR. Psicol Soc., Florianópolis. 2009; 21(3):334-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000300006>

Recebido para publicação: 18/10/2013

Aceito para publicação: 10/09/2014