

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
Instituto René Rachou  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**O CUIDADO PRESTADO ÀS CRIANÇAS E AOS ADOLESCENTES NAS  
SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E DE CRISE: O CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DE BETIM/MG**

por

Rosângela Aparecida Rodrigues Morais

Belo Horizonte

2018

DISSERTAÇÃO	MSC-IRR	R.A.R. Morais	2018
-------------	---------	---------------	------

ROSÂNGELA APARECIDA RODRIGUES MORAIS

**O CUIDADO PRESTADO ÀS CRIANÇAS E AOS ADOLESCENTES NAS  
SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E DE CRISE: O CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DE BETIM/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – concentração em Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Celina Maria Modena (Instituto René Rachou - FIOCRUZ) Presidente  
Profa. Dra. Izabel Christina Friche Passos (Universidade Federal de Minas Gerais)  
Titular  
Profa. Dra. Mônica Eulália da Silva (Faculdade Pitágoras Betim) Titular  
Profa. Dra. Denise Nacif Pimenta (IRR/FIOCRUZ MINAS) Suplente

Catálogo-na-fonte  
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ  
Biblioteca do IRR

M827c  
2018

Morais, Rosângela Aparecida Rodrigues

O cuidado prestado às crianças e aos adolescentes nas situações de urgência e de crise: o centro de atenção psicossocial infantojuvenil de Betim/MG. Rosângela Aparecida Rodrigues Moraes. – Belo Horizonte 2018.

XI, 100 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 90 - 97

Dissertação (mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação do Instituto René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

1. Centro de Atenção Psicossocial 2. Criança 3. Adolescente 4. Crise. 5. Urgência I. Título. II. Modena, Celina Maria. (Orientação). III. Couto, Maria Cristina Ventura. (Coorientação)

CDD – 22. ed. – 362.7

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, Ester e Israel,  
que me ensinaram o amor ao trabalho e o valor de estudar.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Celina, minha querida orientadora, por ter me acolhido neste percurso de tantos aprendizados, pela delicadeza, pela paciência, pelo respeito à minha escolha do tema da pesquisa e pelas inúmeras e importantes contribuições.

Agradeço a Maria Cristina Ventura Couto, minha coorientadora, por ter aceitado meu convite e pelas provocações e contribuições que me possibilitaram refletir, buscar, crescer, ir além.

Agradeço à minha amiga Dirley, por acreditar, incentivar, pela paciência em me ouvir nos momentos de exaustão e de alegrias, por ler meus escritos e pelas várias e valiosas contribuições, no dia a dia de trabalho e neste momento da pesquisa.

Agradeço aos colegas do Cersami/CAPSi (de ontem, de hoje) por trabalharmos juntos, por partilharmos um projeto de cuidado às crianças e adolescentes que nos possibilita encontros diversos de amizade, de aprendizado, de alegrias.

Agradeço a Raniele, nossa gerente, pelo apoio.

Agradeço à querida Clara e à querida Renata por fazerem meus dias de trabalho muito melhores.

Agradeço a Amarildo, meu companheiro de todas as horas, e a Sofia e a Beatriz, minhas queridas filhas, por suportarem minhas horas de estudo e de ausência e o adiamento de tantos projetos para “depois de julho”.

Agradeço à professora Izabel Christina Friche Passos pela disponibilidade em participar da Banca de Qualificação e da Banca de Avaliação da Dissertação, pelas contribuições e apontamentos.

Agradeço à professora Mônica Eulália da Silva por aceitar participar da Banca de Avaliação.

Agradeço à professora Denise Nacif Pimenta por aceitar participar da Banca de Avaliação.

Enfim, agradeço a todos os colegas e familiares das crianças e adolescentes que se dispuseram a participar da entrevista: sem vocês esta dissertação não seria possível.

*“O pensamento que não se realiza na externalidade, morre na  
esterilidade”*

Rui Chamone Jorge (1989)

## RESUMO

A política pública brasileira para a saúde mental de crianças e adolescentes tem início no século XXI e está em fase de consolidação. O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSi é seu principal dispositivo de cuidado e um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Dentre as possibilidades de ações oferecidas pelo CAPSi está o cuidado às situações de urgência e de crise. Esta dissertação tem por objetivo compreender o cuidado no CAPSi às situações de urgência e de crise a partir da percepção dos trabalhadores e familiares. Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado no CAPSi situado na cidade de Betim (MG). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com trabalhadores e familiares de crianças e adolescentes. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo tendo como referência o duplo mandato do CAPSi. No mandato terapêutico foram analisadas as ações de cuidado prestadas e a concepção de urgência e de crise; no mandato gestor foi analisada a ordenação da demanda intrassetorial. Na perspectiva dos trabalhadores e familiares o cuidado prestado às crianças e aos adolescentes atende às necessidades, estando em acordo com as referências da atenção psicossocial. O modelo de ordenação para a rede intrassetorial em relação Atenção Básica - AB/CAPSi não foi totalmente implementado, impactando a construção de ações de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes - SMCA. Já o Centro de Atenção Psicossocial - CAPSIII tem funcionando como importante parceiro do CAPSi.

**Palavras-chave:** Centro de Atenção Psicossocial; Crianças; Adolescentes; Crise; Urgência.

## **ABSTRACT**

The Brazilian public policy for children and adolescents' mental health begins in the 21<sup>st</sup> century and is still under consolidation. The Center for Children and Adolescents Psychosocial Care – CAPSi is its main care device and one of the points of the Psychosocial Care Network – RAPS. Among the possibilities of actions offered by CAPSi is the care of crisis and urgency situations. This dissertation aims to understand the care in CAPSi to urgency and crisis situations from the workers and their relatives' point of view. This is an exploratory study, with qualitative approach, performed at CAPSi located in Betim city (MG). Semi-structured interviews were conducted with workers and relatives of children and adolescents. Data were submitted to content analysis with reference to the double mandate of CAPSi. In the therapeutic mandate care actions provided and the concept of urgency and crisis were analyzed; in the managerial mandate the order of the intersectoral demand was analyzed.

From the workers and their relatives' perspective, the care provided to children and adolescents meets the needs and is according to the references of psychosocial care. The ordering model for the intersectoral network in relation to the Basic Care – AB/CAPSi was not fully implemented, causing a big impact in the construction of care actions in children and adolescents' mental health – SMCA. The Center of Psychosocial Care – CAPSIII has been working as an important CAPSi's partner.

**Keywords:** Center of Psychosocial Care, Children; Adolescents; Crisis; Urgency.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais acontecimentos: constituição e consolidação da política de SMCA.....	22
Quadro 2 - A RAPS, segundo a Portaria 3088.....	34
Quadro 3 - Origens da palavra “crise”.....	37
Quadro 4 - Organização da rede em um CAPSi da cidade de São Paulo.....	44

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Café	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAI	Centro Psíquico da Infância e adolescência
CERSAM	Centros de Referência em Saúde Mental
CERSAMI	Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil
CID	Código Internacional de Doenças
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CPP	Centro Psicopedagógico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EISM	Equipes intermediárias de saúde mental
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESP-MG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
FEBEM	Fundação do Bem-Estar dos Menores
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNABEM	Fundação do Bem-Estar do Menor
GESTO	Grupo de Estudo Profundo em Terapia Ocupacional
HG	Hospital Geral
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia
MDV	Modelo de Atenção em Defesa da Vida
MEC	Ministério da Saúde/Educação
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família
PD	Permanência Dia
PMB	Prefeitura Municipal de Betim

PN	Permanência Noite
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SES/MG	Secretaria de Estado de Minas Gerais
SMCA	saúde mental para crianças e adolescentes
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNS	Técnico de Nível Superior
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
2.1 Objetivo geral .....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
<b>3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>17</b>
<b>3.1 Crianças e adolescentes: da invisibilidade na saúde mental à constituição de uma política pública</b> .....	<b>17</b>
3.1.1 <i>Interface entre o campo jurídico e assistencial</i> .....	17
3.1.2 <i>Psiquiatria infantojuvenil - breve história</i> .....	19
3.1.3 <i>A reforma sanitária e psiquiátrica</i> .....	21
<b>3.2 Concepção de crise e urgência e a crise e a urgência no CAPSi</b> .....	<b>33</b>
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>44</b>
<b>4.1 Metodologia</b> .....	<b>44</b>
4.1.1 <i>Fase de exploração</i> .....	44
4.1.2 <i>O trabalho de campo</i> .....	46
4.1.3 <i>Análise do material</i> .....	47
<b>4.2 O CERSAMI Betim: da saúde do escolar à saúde mental</b> .....	<b>48</b>
4.2.1 <i>O CERSAMI</i> .....	52
4.2.2 <i>A equipe intermediária de saúde mental na Atenção Básica e os Fóruns</i> .....	57
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>58</b>
<b>5.1 O mandato terapêutico: cuidado prestado nas situações de urgência e crise</b> .....	<b>58</b>
5.1.1 <i>A concepção de urgência e crise</i> .....	59
5.1.2 <i>O acolhimento e as indicações possíveis</i> .....	61
5.1.3 <i>O uso das medidas de exceção (contenção física e química)</i> .....	65
5.1.4 <i>O trabalho da equipe</i> .....	68
<b>5.2 O mandato gestor: a ordenação da demanda intrassetorial</b> .....	<b>74</b>

5.2.1 CAPSi X Atenção Básica.....	77
5.2.2 CAPS III.....	82
5.2.3 SAMU.....	84
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICE I.....</b>	<b>98</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica rompe com o saber construído pelo modelo da psiquiatria tradicional, negando a instituição manicomial, rompendo com a racionalidade médica e com o processo histórico e social de apropriação da loucura.

Ela

não pode e não deve ser confundida com uma modificação na estrutura dos serviços de saúde ou de mudança nas instituições. Sua natureza é mais ampla. A Reforma Psiquiátrica é um processo civilizador. Um processo que no encontro cotidiano com o sofrimento, por vezes intenso, inventa dispositivos diferentes de cuidado; diversifica ações tecendo uma rede com o território; cria formas de sociabilidade; produz valor social; constrói uma ética; insiste em sonhar com outro mundo possível (YASUI, 2006, p.18).

Várias têm sido as transformações na assistência à saúde mental, como a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a mudança da concepção do objeto - antes focado na doença, com uma decorrente prática centrada quase que exclusivamente na figura do médico, para uma concepção que busca superar as dicotomias saúde/doença, individual/social, - a inclusão do trabalho de equipe em uma lógica transdisciplinar e as transformações no campo da cultura e da política pública.

Amarante (2007) caracteriza a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo que abrange quatro dimensões inter-relacionadas: a teórico-conceitual ou epistemológica; a técnico-assistencial; a jurídica-política e a sociocultural.

A dimensão técnico-conceitual ou epistemológica aponta para a construção de novos saberes e de novas práticas sociais, a partir da construção de um novo olhar sobre a loucura e o sofrimento psíquico; pode ser considerada uma ruptura com o paradigma psiquiátrico. A dimensão técnico-assistencial, totalmente articulada à dimensão epistemológica, representa a construção de serviços, de práticas profissionais e de modalidades de atenção adequadas à nova realidade do cuidado em liberdade. A dimensão jurídica-política, renomeada como dimensão política por Yasui (2006), representa a necessidade de discutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais; e levou à criação de políticas públicas que vêm sustentando a Reforma Psiquiátrica. Já a dimensão sociocultural diz respeito ao conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social, incluindo mudanças no processo de formação de

profissionais, com um novo olhar para a loucura e para as práticas de cuidado em liberdade no SUS (AMARANTE, 2007; YASUI, 2006; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015).

As ações iniciais da Reforma Psiquiátrica Brasileira foram planejadas para mudanças nas práticas de cuidado dirigidas aos adultos internados nos manicômios, mesmo existindo, no Brasil, a inclusão de crianças e adolescentes na mesma lógica manicomial. Essa situação acontecia prioritariamente em instituições ditas educacionais, como reformatórios, internatos e orfanatos, representados pelas ações filantrópicas e, principalmente pela Fundação do Bem-Estar dos Menores (FEBEM) (SILVA, 2018). No entanto, na área da saúde há relatos de hospitais/alas psiquiátricas que recebiam crianças e adolescentes sem considerar sua especificidade. Em Minas Gerais podemos citar a ala psiquiátrica na Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rei (que recebia um público na faixa etária de 3 a 90 anos), e Hospitais Psiquiátricos que acolhiam crianças e adolescentes em pavilhões, como nas cidades de Oliveira, Barbacena e Belo Horizonte. As crianças e adolescentes acolhidas, na maioria das vezes, eram considerados material e moralmente pobres, pervertidos, delinquentes e abandonados (SILVA, 2018; DIAS; PASSOS, 2017; LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016; RIZZINI, 2004).

No campo da saúde mental de crianças e adolescentes, as primeiras iniciativas que as consideraram como sujeitos, cidadãos portadores de sofrimento mental, se deram de forma isolada em serviços que apenas no início do século XXI foram cadastrados como Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria GM MS 336/02 (BRASIL, 2002a). Podemos citar os primeiros serviços implantados no Brasil: o CERSAMI/ CAPSi Betim, que iniciou suas atividades em 1993 e foi cadastrado como CAPSi em 2002 (SILVA, 2003); o CAPSi Pequeno Hans, criado em dezembro de 1998 na cidade do Rio de Janeiro e o CAPSi Elisa Santa-Roza, também no Rio, fundado em agosto de 2001 (PEREIRA, 2003). No entanto, as questões de saúde mental de crianças e adolescentes só ganharam o estatuto de política pública a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil (BRASIL, 2014), em 2004, e com a divulgação do documento ministerial intitulado 'Caminhos para uma política pública de Saúde Mental infantojuvenil', de 2005 (BRASIL, 2005), que instituíram o tema na agenda pública brasileira.

O CAPSi tem um duplo mandato: uma **função clínica/assistencial** para casos de maior gravidade e outro relativo à **função gestora** de ordenação da demanda em saúde mental e consequente construção de redes de cuidado na saúde e nos equipamentos intersetoriais. É considerado um dispositivo para cuidado específico para crianças e adolescentes, e estratégico na construção da rede intersetorial e intrasetorial. (COUTO, DELGADO, 2015; COUTO, DELGADO, 2016).

O município de Betim foi um dos pioneiros na implantação de serviços substitutivos ao manicômio. Desde a criação dos serviços, em 1993, definiu-se como função dos CAPS e das equipes mínimas de saúde mental na Atenção Básica (AB) e na saúde como um todo, a responsabilidade pelo cuidado dos casos de sofrimento psíquico, evitando internação e cronificação em hospitais psiquiátricos, buscando a reinserção social e o resgate da cidadania do louco. O município nunca teve hospital psiquiátrico ou urgência psiquiátrica em hospital geral. Com a implantação dos CAPS, o atendimento e acompanhamento das urgências e crises passaram a ser assumidos pelo município (NUNES, 2009). Em relação às crianças e aos adolescentes buscou-se, conforme o Projeto Original do CERSAMI:

atender uma clientela que sempre esteve excluída dos serviços públicos de saúde [...] crianças e adolescentes com quadros psicóticos, com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, neuroses graves, distúrbios de comportamento e vítimas de violências (CORTÊS *et al.*, 1993, p.5).

Na rede de saúde mental para crianças e adolescentes (SMCA) de Betim, os casos de maior gravidade e complexidade foram chegando aos poucos, pois não estavam no circuito da rede pública de saúde da cidade. “Foi preciso des-cobri-los, já que tais crianças encontravam-se desassistidas, isoladas em suas casas, não frequentando escolas e nem espaços públicos de lazer ou de qualquer outra coisa” (SILVA, 2003, p. 228).

Atualmente o CAPSi Betim é referência para o cuidado de autismo, psicoses, casos, de neuroses, dentre outras. Para os casos de uso abusivo de crack, álcool e outras drogas a demanda para o CAPSi é pequena e segundo e há “uma inexistência de um fluxo sistematizado ou com procedimentos definidos para a atenção as crianças e adolescentes” (PASSO *et. al.*, 2017, p.237) nessa situação.

No trabalho do CAPSi Betim, cotidianamente a equipe vivencia impasses em relação às situações e casos atendidos: é uma crise, é uma urgência, qual a melhor condução: permanência dia (PD), permanência noite (PN), avaliação médica, retorno



no dia seguinte? Há momentos de discordância na equipe sobre indicações, condutas e questionamentos por outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e pela rede intersetorial sobre o papel do CAPSi, sobre para quais os casos ou situações são este serviço. Assim, esta pesquisa busca compreender o cuidado prestado às crianças e adolescentes nas situações de urgência e de crise no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Betim, a partir da percepção dos trabalhadores e familiares.

A dissertação foi estruturada em 7 capítulos. O Capítulo 1, ora desenvolvido, é a introdução; no Capítulo 2, apresentam-se os objetivos da pesquisa.

No Capítulo 3, desenvolve-se a revisão bibliográfica, que foi dividida em dois itens. O primeiro deles, “Crianças e Adolescentes: da invisibilidade na saúde mental à constituição de uma política pública”, discute brevemente o processo histórico da constituição da psiquiatria infantojuvenil e descreve alguns aspectos da dimensão política e assistencial da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária (que resultaram na publicação da Portaria GM/MS 336/02, que criou a política pública de saúde mental de crianças e adolescentes e o CAPSi) (BRASIL, 2002a). O item discute também outros documentos publicados pelo MS que dão consistência à política da SMCA. O segundo item “Concepção de crise e urgência e a crise e a urgência no CAPSi” aborda os aspectos da dimensão técnico-teórico e técnico-assistencial da atenção psicossocial relativos à organização da RAPS/CAPSi e as concepções de crise e urgência na psiquiatria e na atenção psicossocial.

No Capítulo 4 é apresentado o percurso metodológico utilizado na pesquisa. Está dividido em dois itens. No primeiro, desenvolve-se o contexto da pesquisa: “O CERSAMI Betim: Da Saúde do Escolar à Saúde Mental”. Já o segundo item apresenta a metodologia utilizada na pesquisa.

O Capítulo 5 analisa e discute os resultados das entrevistas realizadas. Finalmente, no Capítulo 6, são feitas algumas considerações finais.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

O objetivo geral da pesquisa é compreender o cuidado prestado às crianças e adolescentes nas situações de urgência e de crise no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Betim, a partir da percepção dos trabalhadores e familiares.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Compreender a percepção das situações de urgência e crise pelos trabalhadores e familiares.
- Compreender o cuidado prestado na crise e na urgência no paradigma da atenção psicossocial.
- Compreender a ordenação da demanda intrassetorial da RAPS.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 Crianças e adolescentes: da invisibilidade na saúde mental à constituição de uma política pública

Será apresentada nesse item uma contextualização histórica sobre as condições políticas, sociais e clínicas que resultaram na constituição da política pública para crianças e adolescentes e na criação do CAPSi.

Silva (2018) aponta que a origem da política de SMCA passou por três eixos distintos e complementares, a saber: 1. Interface entre o campo jurídico e assistencial; 2. A história da psiquiatria infantojuvenil; 3. A Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

##### 3.1.1 Interface entre o campo jurídico e assistencial

Em relação ao campo assistencial e jurídico no Brasil, os olhares se voltam para as crianças e adolescentes apenas no final do século XIX. Segundo Rizzini (1993), essa fase pode ser dividida em três momentos:

O primeiro deles compreende o período que vai da segunda metade do século XIX até a década de 1920, no qual predominaram as primeiras iniciativas, oficiais e não oficiais, de atendimento a infância e juventude no Brasil. Sustentado por um projeto de normalização da infância e adolescência cujos objetivos eram a prevenção do desvio moral, o controle das doenças sociais e a ordem pública, este período fará surgir a figura do “menor”, estigmatizado pelas classes médica e jurídica (SILVA, 2018, p. 28).

Nesse primeiro momento, a institucionalização<sup>1</sup> de crianças e jovens no Brasil incide sobre as camadas pobres, com o objetivo de reforma e correção dos padrões que não eram aceitos pela elite. Para aqueles mais abastados, a institucionalização tinha o caráter de formação profissional e manutenção dos bons costumes da época. (SILVA, 2018).

---

<sup>1</sup> A cultura da institucionalização foi implantada no Brasil a partir do final do século XIX até meados da década de 1980. Crianças nascidas em situação de pobreza e/ou que viviam livres nas cidades eram encaminhadas para os internatos de menores, como asilos, casas de educandos, institutos e colégios. Essa situação começa a sofrer mudanças após a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990) (RIZZINI, 1993).

O segundo momento da história da institucionalização das crianças e jovens no Brasil tem início com a publicação do Código de Menores, em 1927 (BRASIL, 1979):

Se por um lado, esta legislação destacava-se por ter sido a primeira destinada à assistência à criança e ao adolescente no Brasil, por outro, ela reforçava a categoria “menor” e estigmatizava ainda mais a infância e juventude pobres através da chamada “Doutrina da Situação irregular” (SILVA, 2018, p. 29).

Nesse segundo momento, dois programas são criados: o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) e seu substituto, a Fundação do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), que resultaram exemplo de instituições totais, à medida que se tornaram cada vez mais fechadas e segregativas, funcionando numa lógica asilar, manicomial, excludente (SILVA, 2018).

Segundo Couto (2003), a institucionalização de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico se deu para além das instituições psiquiátricas, e deste fato advém a escassez de registros sobre o tema na área da saúde. As crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental ficaram desassistidas ou submetidas a processos de institucionalização externos ao sistema psiquiátrico asilar, que, por décadas, foram invisíveis até mesmo ao vigoroso movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

As intervenções para institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil foram utilizadas em proporções arrebatadoras. Durante décadas, esta foi a principal resposta para a maioria das problemáticas sociais. Assim, além das crianças e adolescentes com algum tipo de sofrimento psíquico, as crianças e adolescentes pobres também tiveram como alternativa única para sua existência a institucionalização. O medo social em relação ao louco e ao pobre, que supostamente poderia se tornar delinquente, justificou ao longo dos anos série de violações à vida humana e à sua integridade (TAÑO; MATSUKURA, 2015, p. 441).

O terceiro momento surge a partir das ações de redemocratização do país e com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), que substituiu o Código de Menores (BRASIL, 1979). Assim, a “Doutrina da Situação Irregular” é substituída pela “Doutrina de Proteção Integral da Criança e do Adolescente” (SILVIA, 2018, p. 29) e é fundamental para orientar os novos paradigmas assistenciais para o cuidado às crianças e adolescentes no Brasil, não

só na área da saúde, mas também na assistência social, na educação e nos esportes.

### *3.1.2 Psiquiatria infantojuvenil - breve história*

A clínica psiquiátrica da criança é um campo quase tão antigo quanto o da psiquiatria dos adultos, mas uma clínica específica com conceitos próprios só se estabeleceu efetivamente a partir da década de 1930.

Segundo Paul Bercherie (2001), o desenvolvimento da psiquiatria é marcado por três grandes períodos:

O primeiro, que se estende até 1885, é marcado pelas discussões em torno da noção de “idiotia” ou “retardamento mental”, elaborada como um conceito que marca um momento da formação da psiquiatria do adulto, e não a partir de uma observação da criança. Até esse período, não se acreditava existir uma loucura propriamente dita em crianças. Há duas concepções que se opõem a respeito do grau de irreversibilidade do retardamento mental nessa época. Para Pinel e Esquirol, o déficit é global e definitivo e o prognóstico inteiramente negativo. Já para os educadores Jean Marc Gaspard Itard (1774-1838), Edouard Séguin (1812-1880), Louis Delasiauve (1804-1893) e Johann Heinrich Pestalozzi (1746 - 1827), o déficit é parcial, e se forem empregadas técnicas de educação especial, pode ser revertido. Essa posição fez surgir uma associação entre a psiquiatria e o campo educacional no século XIX (BERCHERIE, 2001).

Este aspecto cobrirá boa parte da história da psiquiatria infanto-juvenil e nos permitirá compreender o tardio surgimento de uma clínica psiquiátrica especificamente para crianças e adolescentes, bem como a parceria que se estabelecerá neste campo entre a psiquiatria e a educação que, mais tarde, será responsável por uma das facetas do mandato social que recairá sobre o campo da saúde mental infanto-juvenil (SILVA, 2018, p. 34).

O segundo período, que compreende a segunda metade do século XIX até o final de década de 1880, com publicação da primeira geração de tratados da psiquiatria infantil, deixa de lado o retardamento mental. A característica desses tratados é a constituição de uma clínica psiquiátrica da criança, um decalque da clínica e da nosologia elaboradas para os adultos. Neste período foram publicados os seguintes tratados: Tratado de Mandsley, em 1867; Tratados franceses Moreau

de Tours Filho, em 1888 e de Mannheimer, em 1899; Tratado alemão de Emminghaus em 1887 e o Tratado inglês de Ireland, em 1898.

A segunda geração dos tratados de psiquiatria infantil é publicada entre os anos 1910 e 1925, destacando-se os tratados alemães de Strohmayer, em 1910, e de Homburger, em 1926; e o tratado do italiano Sante de Sanctis, em 1925. Essas produções são influenciadas pelos conceitos originários da nosologia Kraepeliniana: a noção, por exemplo, de personalidades psicopáticas em seu sentido amplo e a concepção das afecções endógenas, entre elas a demência precoce, que vai exercer uma influência notável sobre a constituição da psiquiatria infantil (BERCHERIE, 2001).

Segundo Bercherie (2001):

A demência precoce de Kraepelin (posteriormente chamada de esquizofrenia, por Bleuler) teve grande importância para a pedopsiquiatria da época, assim como ocorreu mais tarde com a demência precocíssima. Segundo o autor, as primeiras descrições da psicose infantil encontram seus alicerces em Bleuler, em 1911, quando ele retira da noção de esquizofrenia o estatuto de demência que a fundamentava até então. Ressalta-se, ainda, o tratado de Kanner, de 1935, que além de representar uma importante interface com a psicanálise, também se tornará uma referência fundamental para a psiquiatria infantil, tendo em vista que, em 1943, ele descreve a síndrome autística precoce e a diferencia das esquizofrenias infantis tardias (SILVA, 2018, p. 35).

O terceiro período é compreendido como o do nascimento de uma clínica pedopsiquiátrica, sob influência da psicanálise. A descoberta de que toda manifestação psicopatológica é resultado de um conflito psíquico e que esse conflito, em sua expressão no adulto, repete a história infantil, fazem com que a clínica da infância seja mais valorizada. Para Bercherie, a clínica psiquiátrica do adulto é originalmente pré-psicanalista e permanece profundamente marcada pelo espírito médico que a constituiu; já a clínica da criança pós-psicanálise é marcada por suas propostas (BERCHERIE, 2001).

Segundo Silva (2018):

Neste período destacaram-se os trabalhos psicométricos de Binet, a psicanálise de Freud, em especial a publicação de seu artigo "Três ensaios sobre a sexualidade" de 1905, e suas descobertas de que o adoecimento no adulto é fruto de conflitos internos iniciados na infância, assim como o lugar dado à higiene mental como possibilidade de prevenção de futuras patologias. Estes aspectos irão compor o cenário que favorecerá um novo patamar para a psiquiatria infantojuvenil (SILVA 2018, p. 36).

Segundo Silva (2018), a partir da década de 1940, a psiquiatria infantojuvenil já estava consolidada e os quadros de psicose infantil - autismo, retardo mental, distúrbios do desenvolvimento humano e dos aspectos escolares - encontraram seus respectivos lugares.

### *3.1.3 A reforma sanitária e psiquiátrica*

Segundo Silva (2018), os antecedentes históricos no campo da saúde mental no Brasil são representados pelos movimentos da Reforma Sanitária Brasileira e da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Sanitária nasce com o movimento social de profissionais da saúde e representa a busca da reorientação do modelo de saúde. Conforme Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2016, p.147), a Reforma Sanitária implicava:

- Elaboração de um conceito ampliado, pelo qual o nível de saúde de uma população é definido por condicionantes culturais, sociais, econômicos e ambientais, e pelo acesso aos serviços de promoção proteção e na recuperação de saúde;
- Estabelecimento da saúde como direito universal do cidadão;
- Responsabilização do poder público pelo setor;
- Criação do SUS de caráter público e universal.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a Constituição de 1988 e a criação e implementação do SUS são momentos fundamentais de estabelecimento das mudanças debatidas no movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 1986, 1988).

Concomitante ao movimento da Reforma Sanitária, ocorrem no Brasil os primeiros movimentos que resultariam na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esses movimentos de trabalhadores, usuários e familiares propõem uma nova forma de cuidar, em liberdade e em serviços de base territorial. Eles foram inspirados na Reforma Psiquiátrica Italiana, que faz uma crítica aos modelos médico centrado hospitalocêntrico e asilar de institucionalização dos pacientes portadores de sofrimento mental e às situações desumanas a que esses pacientes eram submetidos.

Para os usuários adultos, os primeiros serviços num caráter territorial iniciam-se no final dos anos 1980, como o CAPS Luiz Cerqueira, em São Paulo, e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), criados em Santos (SP), após a intervenção na Casa Anchieta (NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

As Portarias Ministeriais 189/1991 e 224/1992 apontavam para o desenho e a organização de novos serviços de saúde mental de base local e comunitária, mas não definiram incentivos financeiros federais (COSTA *et al.*, 2011).

Para as crianças e adolescentes foi necessário outro percurso. Os primeiros serviços territoriais iniciam apenas em 1993, em Betim (MG) (SILVA, 2003), e em 1998 e 2001 no Rio de Janeiro (RJ) (PEREIRA, 2003). O marco nacional fundamental para a SMCA foi a Portaria GM/MS 336/02 (BRASIL, 2002a), que inclui o CAPSi como um serviço de cuidado para crianças e adolescentes, indicando que este deve desenvolver dois mandatos: o mandato terapêutico/clínico/assistencial e o mandato gestora de ordenação da demanda em SMCA em um dado território. No entanto, ela só foi publicada em 2002.

O quadro abaixo apresenta os principais acontecimentos do processo de instituição de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil.

**QUADRO 1** - Principais acontecimentos: constituição e consolidação da política de SMCA

<b>ANO</b>	<b>Principais acontecimentos</b>	
1986	Encontro de Bauru e criação do Movimento da Luta Antimanicomial	Fomentador da I Conferência de Saúde Mental de 1987 e da Lei Paulo Delgado de 1989 (PEREIRA, 2003).
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986)	Diretrizes do SUS.
1987	I Conferência de Saúde Mental	A questão da criança e adolescente não é contemplada (COUTO; DELGADO, 2015).
1988	Constituição de 1988 (BRASIL, 1988)	Criação do SUS.
1990	Declaração de Caracas (BRASIL, 2004)	Compromisso do governo brasileiro de reestruturar a atenção psiquiátrica no país - substituição do modelo asilar pelo comunitário (COUTO; DELGADO 2015).

Continua



ANO	Principais acontecimentos	
1990	ECA (BRASIL, 1990). Legislação destinada a toda e qualquer criança e adolescente, independente de sua classe social ou quaisquer outros aspectos classificatórios	Substitui a doutrina da Situação Irregular para a Proteção Integral das crianças e adolescentes (SILVA, 2018).
1993	CAPSi Betim	
1993	Fóruns Intersetoriais em Belo Horizonte	Fóruns regionais de atenção à criança e ao adolescente, articulando campos intersetoriais da educação, saúde e desenvolvimento social. Foram replicados em diversos municípios mineiros como uma importante estratégia de implantação de políticas públicas participativas e descentralizadas (FERREIRA, 1999).
1994	II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001)	No Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, há duas singelas e genéricas referências à criança, que não configuram uma tomada de posição política frente à questão da SMCA (COUTO; DELGADO, 2015).
1995	II Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial. Carta de Belo Horizonte.	Documento que aponta diretrizes políticas de assistência à criança e ao adolescente (FERREIRA, 1999).
1998	Fundação do CAPSi Pequeno Hans	
1997	Encontro de Trabalhadores da luta antimanicomial de Porto Alegre	Reafirma as diretrizes propostas na Carta de Belo Horizonte (FERREIRA, 1999).
2000	XI Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2001a)	Indica a necessidade de: Criar uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil para atender as necessidades específicas da criança e do adolescente
2001	Fundação do CAPSi Elisa Santa-Roza	

Continua

ANO	Principais acontecimentos	
ABRIL 2001	Aprovação da Lei 10.216 (BRASIL, 2001a)	Lei da Reforma Psiquiátrica.
2001 DEZ	Seminário Nacional de Política de Saúde Mental para Infância e Adolescência, realizado no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Evento prévio à etapa nacional da III Conferência Nacional de Saúde Mental.	Profissionais de diversas áreas produzem um documento com diretrizes ético-políticas para balizar a construção da rede de atendimento psicossocial para crianças e adolescentes no sistema público de saúde mental brasileiro (PEREIRA, 2003).
2001	III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002b).	“Cuidar sim, excluir não”. No relatório dessa conferência há um capítulo exclusivo para a atenção de crianças e adolescentes, destacando a importância de se manter um caráter intersetorial e inclusivo para estas políticas, bem como o fortalecimento e a implantação de uma rede de atenção integral a esta população (SILVA, 2018).
2002	Portaria GM/MS 336/2002 (BRASIL, 2002a).	Pela primeira vez e de forma mais afirmativa, se incluem na agenda da saúde mental as questões relacionadas ao segmento da saúde mental infantojuvenil 336/02 (COUTO, 2003).
2004	Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2005).	Princípios para SMCA: Criança e adolescentes sujeitos, acolhimento universal, o encaminhamento implicado, a construção permanente da rede, a noção de território e a intersetorialidade (BRASIL, 2005).
2004	Saúde Mental no SUS: O Centro de atenção Psicossocial (BRASIL, 2004)	Indica necessidade de o CAPS atender crise para substituir os hospitais psiquiátricos. Especifica clientela do CAPSi como crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

Continua

ANO	Principais acontecimentos	
2004	Fórum Nacional de saúde mental Infanto-juvenil, (BRASIL, 2014b).	Coordenado pelo MS, foram realizadas reuniões em 2003 (preparatória), 2004 (uma para implantação oficial e outra com o tema da institucionalização de crianças e adolescentes), 2005 (com tema da articulação do campo da saúde e do direito na atenção à infância e adolescência), 2006 (uma com o tema das crianças e adolescentes em situação de risco e outra com o tema do sofrimento psíquico na infância e adolescência e a necessidade do cuidado em rede), 2007 (com o tema da intersetorialidade), 2009 (com o tema do uso indevido de álcool e drogas) e 2012 (com o tema do desafio na implantação da RAPS) (BRASIL, 2013).
2011	Portaria GM/MS 3088 (BRASIL, 2011).	Criação do RAPS, que estabelece para toda a rede, inclusive o CAPSi, o atendimento de pessoas com sofrimento mental, também em decorrência de crack, álcool de outras drogas. Estabelece que o CAPSi I deve atender a todas as clientela, independente da faixa etária e que também o CAPS II poderá fazê-lo. Caso o contexto do município exija, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) também poderá atender adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do ECA, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).
2014	Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS -Tecendo Redes para Garantir Direitos. Documento lançado pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional do Ministério Público (BRASIL, 2014)	Todas as modalidades de CAPS podem atender à população infantojuvenil, a depender da organização da RAPS no território. Os CAPS também realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em situações de crise, devendo articular e coordenar o cuidado nas ocasiões que requeiram retaguarda hospitalar.

Continua

ANO	Principais acontecimentos	
2015	Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento Como Lugares da Atenção Psicossocial nos Território (BRASIL, 2015a).	Reafirma público-alvo do CAPSs e função.

Fonte: Documentos Oficiais/artigos - Elaborado pela autora

Os documentos acima descritos apontam que a criação da política de SMCA foi resultado de um intenso movimento social de trabalhadores que acreditavam nessa causa e a incluíram na pauta da política brasileira ao participarem de encontros, seminários e das Conferências de Saúde e de Saúde Mental. As mudanças jurídicas e acordos nos quais o Brasil se comprometeu em viabilizar as mudanças no modelo de assistência psiquiátrica, reestruturando integralmente a atenção psiquiátrica, com a substituição do modelo asilar pelo comunitário, também foram importantes como fomentadores da política pública para crianças e adolescentes (COUTO; DELGADO, 2015).

A publicação da Portaria GM/MS 336/02 (BRASIL, 2002a) por si só não mudou a história, mas abriu caminho para que os municípios criassem os CAPSis e se responsabilizem pelos cuidados das crianças e adolescentes com transtornos mentais, além de criar o incentivo financeiro para o gestor e as diretrizes para os serviços.

Cabe ressaltar que, com a Portaria, pela primeira vez admite-se a existência de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e se destinam a elas um lugar de tratamento e cuidado. Todavia, a efetivação desse cuidado numa lógica territorial, inclusiva, depende de um longo caminho que vem sendo trilhado em vários municípios brasileiros, com repercussão na vida de crianças e adolescentes que antes estariam trancadas em suas casas ou em instituições de caráter asilar, excluídos de seus direitos como cidadãos (COUTO, 2003).

A publicação da Portaria instituindo o CAPSi e a definição do seu mandato psicossocial é ancorada em dois pontos: um clínico/terapêutico e um gestor/organizador da demanda de saúde mental do território. A intersetorialidade também é considerada fundamental e um elemento norteador para os rumos da SMCA no Brasil.

Os CAPSis foram criados como dispositivos “estratégicos na construção da rede de atenção psicossocial e não como serviços assistenciais especializados” (COUTO; DELGADO, 2015, p. 35) e seu

[...] duplo mandato – terapêutico e gestor – representa a principal inovação na oferta de CAPSi pelo SUS por incorporar em um único dispositivo ações terapêuticas e gestoras das demandas territoriais, implicando de modo indissociável o território, a intersetorialidade e a rede como montagens articuladas e colaborativas para realizar o desafio de expandir o acesso e qualificar o cuidado (COUTO; DELGADO, 2015, p. 35).

A definição do mandato é imprescindível para que as ações sigam um norte, guardando as especificidades de cada município em relação aos aspectos culturais e da política local nos diversos cantos de um país tão grande. A função gestora de ordenadores da demanda em SMCA exercida pelo CAPSi em um território é essencial para a formação de uma rede de cuidados na área da saúde e nos equipamentos intersetoriais, garantindo que todos cuidem de crianças e adolescentes dentro de suas especificidades, mas numa direção da inclusão, do cuidado em liberdade, do respeito às individualidades. Considerar a criança e o adolescente como sujeito é o princípio fundante da SMCA que perpassa todos os outros, a saber: o acolhimento, o encaminhamento implicado, a construção permanente de rede, a noção de território e a intersetorialidade na ação do cuidado.

Segundo a Portaria GM/MS 336 de 2002 (BRASIL, 2002a), o CAPSi é um serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais, em caráter ambulatorial de atenção diária, podendo desempenhar a função de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e devendo se responsabilizar, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental. Também é função do CAPSi supervisionar as atividades de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes (quando houver no município), supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do território.

Em relação ao horário de funcionamento, costuma ser de 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno até às 21h. A assistência prestada ao paciente no CAPSi inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação,

entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias com foco na integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça. Os pacientes assistidos em um turno (4 horas) recebem uma refeição diária e os assistidos em dois turnos (8 horas), duas refeições.

Para a equipe de profissionais, a Portaria prevê a possibilidade de médico (psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em Saúde Mental); enfermeiro e profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e profissionais de nível médio, como: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e arteção.

A Portaria GM/MS 336/02 (BRASIL, 2002a) não destaca claramente o atendimento à urgência e o acompanhamento da crise como função do CAPSi, e aponta a possibilidade de assistência em um turno ou dois, também chamada de Ambiência, (PIMENTEL; MOURA, 2016), de “Hospitalidade, Modalidade intensiva” (TAÑO, 2014, p. 119), ou de “Permanência-dia” (BONTEMPO, 2007, p. 2). Essas modalidades, segundo esses autores, têm a função do acompanhamento e cuidado em situações de crise. Em relação à equipe do CAPSi, a indicação da necessidade de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem também indicam para um cuidado específico. A presença desses profissionais é sublinhada por Bontempo, (2012a) como imprescindíveis para um CAPSi que se dispõe a receber urgências e cuidar de crises. Entende-se que esses dois aspectos (dois turnos de atendimento e profissionais médicos e de enfermagem) indicam para o cuidado de casos de crise e de urgência que podem necessitar de cuidados da enfermagem ou avaliação médica, por exemplo. Então, mesmo não nomeando essas situações, a Portaria prevê que esse cuidado deve acontecer no CAPSi.

Em 2004 o MS lança o documento “Saúde Mental no SUS: O Centro de Atenção Psicossocial” deixando claro que faz parte da função do CAPS acolher e cuidar de “[...] pessoas em situação de crise, muito desestruturadas [...]” (BRASIL,

2004, p. 17) e que o “sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações” (BRASIL, 2004, p. 17). Em relação especificamente às crianças atendidas no CAPSi diz:

[...] crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente [...] incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004, p. 23).

Esse documento também reforça a função do CAPS III numa rede substitutiva ao manicômio:

O acolhimento noturno e a permanência nos fins de semana devem ser entendidos como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários dos CAPS e evitar internações psiquiátricas (BRASIL, 2004, p. 19).

A Portaria GM/MS 3088/11 (BRASIL, 2011) que cria a RAPS inclui as crianças e adolescentes usuários de crack, álcool e outras drogas como público a ser atendido pelo CAPSi. Essa definição foi fundamental, pois até então esses casos complexos de crianças e adolescentes em uso abusivo de crack, álcool e outras drogas chegavam até a SMCA ou em outros pontos da rede, mas havia uma “uma imprecisão com relação à responsabilidade do atendimento” (SILVA, 2018, p. 49) o que gerava “desassistência em muitas situações sob o argumento de uma ‘especificidade’ que parecia não caber em serviço algum” (SILVA, 2018, p. 49).

A Portaria considera “que o paciente da saúde mental é, antes, um paciente do Sistema Único de Saúde” (SILVA, 2018, p. 50) e estabelece que em municípios onde não houver o CAPSi o CAPS existente deverá atender os adultos, as crianças e os adolescentes, considerando as normativas do ECA (SILVA, 2018).

Em relação às normativas do ECA citadas na Portaria como pré-requisito para o acompanhamento de crianças e adolescentes em CAPS que atendem adultos, em municípios onde não há CAPSi, Silva (2018) explica que “não há um artigo específico no ECA que especifique” (SILVA, 2018, p. 187) como deve ser o cuidado nessa situação. A autora aponta, porém que “há vários que podem nortear estas ações, entre eles os Art. 4º, 11º, 12º, 93º e 94º” (SILVA, 2018, p. 187).

O documento “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS - Tecendo Redes para Garantir Direitos”, lançado pelo MS e pelo Conselho Nacional do Ministério Público (BRASIL, 2014) e o documento “Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento - Como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios” (BRASIL, 2015a), reafirmam as indicações de portarias anteriores de que todas as modalidades de CAPS podem atender às crianças e adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental, em territórios onde não haja o CAPSi. Ao incluir o CAPS que atende adultos também como possibilidade de lugar para cuidar de crianças e adolescentes, aponta-se para uma saída que traz um paradoxo: se, por um lado, é fundamental que o cuidado de crianças e adolescentes seja garantido em municípios sem parâmetro populacional para a construção do CAPSi, por outro, corre-se o risco de manter essa clientela em segundo plano nas políticas públicas, já que nos serviços para adultos as especificidade necessárias para o cuidado podem se perder.

Lauridsen-Ribeiro, Arrigoni e Leal (2016) discutem o critério de inclusão de crianças e adolescentes no CAPSi, afirmando que eles não devem ser fechados, que não há situação ou diagnósticos que definam, a priori, a inclusão de uma criança ou adolescente no CAPSi e que também não há critério de exclusão. A equipe deve construir, com base nas necessidades do território e capacidade da rede ampliada de cuidados e nas necessidades dos usuários, a organização da demanda, que deve ser clara e pactuada com todos os interessados. Os autores definem alguns aspectos importantes que devem ser considerados ao se definir quem é paciente de um CAPSi:

- Diagnóstico clínico (Código Internacional de Doenças - CID-10): o diagnóstico por si mesmo não define a inclusão no CAPSi, pois crianças e adolescentes com diagnóstico de transtornos graves poderiam ser acompanhados em outros pontos da RAPS, dependendo de sua sintomatologia e funcionamento, de seu momento atual de vida/modo de produção de vida e possibilidades concretas na família e dos outros pontos da rede. Existem possibilidade de alta do CAPSi com a construção de um Projeto Terapêutico Singular compartilhado, com maior espaçamento de idas ao CAPSi e com retorno a uma modalidade mais intensiva se necessário.



- Crianças e adolescentes em uso prejudicial de álcool e outras drogas, priorizados após a Portaria GM/MS 3088.
- Nível de funcionamento e inclusão nos laços sociais (vulnerabilidade a qual está exposta): crianças e adolescentes fora da escola, com famílias não continentais, isolamento social, prejuízos graves no desenvolvimento e sem estrutura de suporte devem ser incluídos no CAPSi, considerando-se um diagnóstico ampliado.
- Crise aguda, grande sofrimento psíquico e alta vulnerabilidade (tentativas de suicídios situações de violência ou catástrofe, risco de morte).
- Encaminhamentos do poder judiciário assistencial social, educação e conselhos devem ser avaliados cuidadosamente e respondidos dentro das diretrizes políticas e clínica CAPSi.

Os autores também salientam que, mesmo incluídos no CAPSi, as crianças e adolescentes devem continuar acompanhados nas unidades de AB e em outros serviços do território, e todos devem colaborar ativamente no projeto terapêutico (LAURIDSEN-RIBEIRO; ARRIGONI, LEAL 2016).

Lykouropoulos e Péchy, (2016) apontam a importância, na lógica de organização do cuidado em saúde mental, que cada equipe, serviço, instituição ou setor cumpra sua missão numa assistência horizontalizada no território. Ressaltam ainda que as crianças e adolescentes não devem ser atendidas no CAPSi considerando apenas o diagnóstico, para não incorrer no risco de criar-se uma marca social de exclusão (“lugar de doido é no CAPSi”). Elas propõem que o cuidado prestado no CAPSi tenha como alvo:

[...] crianças e adolescentes com comprometimento complexo do curso natural de seu desenvolvimento psicossocial e em situação de risco que implique maior vulnerabilidade ao agravamento de sua condição em determinado momento da vida (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016, p. 89).

As autoras propõem superar a lógica da produção de saúde através da problematização de sintomas e avançar para uma lógica de produção de saúde através da descoberta, desenvolvimento e afirmação de potencialidades e por meio da inserção social e da construção de cidadania. Em relação do CAPSi como organizador da rede e porta de entrada para o cuidado, apontam que essa função,

preconizada pela Portaria 336/02 (BRASIL, 2002a), foi redimensionada com o fortalecimento da AB e com a implementação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), com o Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF) e com a RAPS, uma vez que todas as crianças e adolescentes do território deveriam, em princípio, ter acesso e acolhimento garantidos nos espaços de cuidado agenciados pelas equipes de referência da atenção básica na comunidade. As autoras afirmam que o CAPSi deve manter a porta aberta em tempo integral para receber encaminhamentos de parceiros, como a própria atenção básica, educação, assistência social e Justiça (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016).

Bower *et al.* (2001) citado por Teixeira, Couto e Delgado (2016, p. 1934) aponta as diferentes modalidades de articulação entre a SMCA/AB e que as mais frequentes são: a) qualificação da própria AB para desenvolver ações de SMCA; b) inclusão de profissionais da SMCA nas equipes da AB; c) realização de interconsultas. O autor ressalta que o matriciamento e outras formas de cuidado colaborativo, como possibilidade de se construírem modos de integração da saúde mental na AB, fazem parte da função estratégica do CAPSi, assim como a qualificação e ordenação da demanda territorial, o que possibilita uma integração da rede ampliada, reduz encaminhamentos desnecessários e aumenta a adesão de usuários e familiares ao tratamento. Outro efeito positivo é a promoção de fluxos assistenciais menos fragmentados, o que facilita a continuidade da atenção, o compartilhamento das estratégias de cuidado e aumenta da efetividade da ação psicossocial.

Delfini *et al.* (2016) destacam o apoio matricial que pode ser oferecido por equipes de saúde mental na AB pelos CAPS ou pelos NASF/ESF como possibilidade de se compartilharem casos e se construírem coletivamente estratégias de cuidados para abordagens de problemas ligados ao sofrimento mental, isolamento, violência, uso de álcool e outras drogas, gerando um cuidado integral, em rede, em que profissionais compartilham responsabilidades, dificuldades e saberes.

Nessa discussão sobre o mandato clínico e gestor do CAPSi Couto e Delgado (2016) escrevem:

[...] nas redes de SMCA a tensão entre o transversal e o específico deve ser mantida como fato de estrutura não como contradição conjuntural a ser superada [ ... ] na medida que a saúde mental é uma dimensão transversal

a diferentes políticas públicas dirigidas ao público infantil e juvenil, ao mesmo tempo que diz respeito a uma ação específica do campo da saúde mental no cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais e psicossociais (COUTO; DELGADO, 2016, p. 186).

Assim na construção da SMCA os

[...] CAPS deixariam de ser apenas um serviço de referência verticalizada para casos graves e passam a ser um dispositivo de cuidado que se compõe e se organiza com a rede toda vez que é preciso responder de forma ágil e flexível, lançando mão de diferentes estratégias no seu processo de trabalho com vistas à **estabilização das condições de agravamento psíquicos e produção de saúde mental** (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016 p. 94, grifo do autor).

### **3.2 Concepção de crise e urgência e a crise e a urgência no CAPSi**

Para fundamentarmos essa pesquisa foi necessária uma revisão bibliográfica para entender o conceito de crise e urgência de forma geral e na RAPS.

A instituição da RAPS foi a formalização de um modelo de organização dos serviços e estratégias de cuidado e reabilitação que já vinha sendo desenhado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Todos os pontos da RAPS devem funcionar de forma integrada, de forma a buscar a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), centrado nas necessidades dos usuários e considerando as especificidades de cada ponto de cuidado da RAPS.

Na proposta atual do MS, a RAPS é composta pelos seguintes pontos de cuidado, conforme a Portaria GM/MS 3088/11 (BRASIL, 2011):

**QUADRO 2 - A RAPS, segundo a Portaria 3088**

<b>Atenção Básica em Saúde</b>	Unidade básica de saúde; Núcleo de apoio à saúde da família; Consultório na rua; Centros de convivência e cultura.
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	Centros de atenção psicossocial (nas suas diferentes modalidades).
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	Samu 192; Sala de estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde.
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	Unidade de acolhimento; Serviço de atenção em regime residencial.
<b>Atenção Hospitalar</b>	Enfermaria especializada em hospital geral; Leitos de SM no hospital geral.
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	Serviços residenciais terapêuticos; Programa “De Volta para Casa”
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>	Iniciativas de geração de trabalho e renda; Empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Fonte: BRASIL, 2014a, p. 30

Para atender as situações de urgência e de crises, os seguintes pontos da RAPS podem ser acionados: o CAPS, os componentes de atenção às urgências e emergências - formadas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) -, o Pronto-Socorro e o componente de atenção hospitalar: leitos ou enfermaria de saúde mental no hospital geral (CAMPOS, 2014). A seguir, serão explicados cada um deles.

**CAPS:** são dispositivos de cuidado que devem contar com uma diversidade de abordagens para a complexidade e diversidade das necessidades das pessoas em seus contextos de vida, inclusive o cuidado às situações de urgência e crise diurna e noturna (CAMPOS, 2015; BRASIL, 2004).

Os componentes de atenção à urgência:

**SAMU:** O SAMU é o ponto de atenção destinado ao atendimento móvel de urgências e emergências nos territórios, incluindo aquelas de saúde mental, conforme as Portarias GM/MS no 1600/2006 (BRASIL, 2006) e Portaria GM/MS 3088/11 (BRASIL, 2011). O atendimento pela equipe do SAMU favorece o acesso do usuário a outros pontos de atenção que se façam necessários, no componente hospitalar ou de seguimento longitudinal, como CAPS, Unidade Básica de Saúde (UBS) ou outros.

**UPA e PRONTO SOCORRO:** devem ser acionados quando o paciente tem uma demanda clínica avaliada pela equipe do SAMU; em se tratando de pacientes da saúde mental já acompanhados no CAPS, este pode ser acionado, o que pode facilitar o cuidado do usuário.

**COMPONENTES DE ATENÇÃO HOSPITALAR:** (leitos ou enfermaria de saúde mental no hospital geral). Este ponto da RAPS está previsto para os municípios onde o CAPS não oferece o cuidado à crise e à urgência em tempo integral. (CAMPOS, 2014).

Segundo Fialho (2014), os conceitos de Urgência, Emergência e Crise têm significados diversos e às vezes distintos e antagônicos, atravessados por paradigmas diferentes. Assim, sua problematização é necessária para a construção, mesmo que provisória, de consensos.

Na tradição biomédica, nos serviços de urgência e emergência há um descrédito generalizado das equipes a tudo que seja considerado psicológico, levando a uma naturalização e a não produção de vínculo com os pacientes, com um processo de desresponsabilização na integralidade da produção de saúde (FIALHO; LANCETTI, 2014).

Segundo Le Coutour (1991), citado por Fialho (2014, p. 29), seria necessário um

conceito ampliado de urgência, que difere em função de quem a percebe ou sente: para os usuários ou familiares pode estar associada a uma ruptura de ordem do curso da vida, relacionado ao que é imprevisto e ao que não

se pode esperar. Para os profissionais de saúde, a dimensão da urgência relaciona-se ao prognóstico vital em certo intervalo de tempo. Já para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização, ou seja, àquilo que não pode ser previsto.

O Manual de Regulação Médica de Urgências do MS (BRASIL, 2006), diante das diversidades de terminologias nos sistemas de saúde para designar urgência, crise e emergências, propõe adotar o termo “urgências” para todos os casos agudos que necessitem de cuidados. O manual, segundo Fialho, sugere:

uma proposta de avaliação multifatorial desses casos, a fim de estabelecer-se graus ou níveis de urgência que incorporem: gravidade do caso, tempo para início da intervenção, recursos necessários para o tratamento e valor social que envolve cada caso (FIALHO; LANCETTI, 2014, p. 27).

As situações de urgência e de crise têm como denominador comum o sofrimento psíquico acompanhado ou não por comorbidades clínicas. Ambas referem-se ao caráter súbito e com a perda de estabilidade psíquica e necessitam de cuidado imediato por parte dos profissionais (FIALHO; LANCETTI, 2014).

A introdução da dimensão de subjetividade no atendimento das urgências é que aproxima essas situações da noção de “crise”. Perde-se a urgência de se restabelecer um equilíbrio perdido, pois o momento passa ser considerado como uma oportunidade para o sujeito ter acesso a novas formas de organização para si mesmo e para seu cotidiano (RECHAND; LEAL, 2000).

“Crise” é um termo polissêmico e inclui sentidos que vão desde a crise financeira, crise hídrica, crise da atualidade até as crises em saúde mental, segundo escritos de Ferigato, Campos e Ballarin (2007), Fialho e Lancetti (2015), Elia (2013). Em sua origem, a palavra possui os seguintes sentidos:

**QUADRO 3** - Origens da palavra “crise”

<b>Origem</b>	<b>Sentido</b>
<i>Krisis grego</i>	Significa o estado de algo que necessita que uma decisão seja tomada
O verbo <i>krínó</i>	É utilizado, entre seus vários sentidos, para designar o ato de separar, decidir, discernir, distinguir
Kir, cri sânscrito	Significa desembaraçar ou purificar
Latim	Significa o momento da tomada de decisão, ou de uma mudança súbita
Chinês	A palavra crise é composta de dois ideogramas, um que denota perigo ou risco, e outro que traz a noção de momento ou oportunidade

Fonte: Elaborado pela autora

A palavra está carregada de elementos que trazem muitos sentidos: separação, mudança, desequilíbrio transitório, oportunidade de crescimento. Ao longo da história, a ideia de “crise” adquiriu um aspecto negativo, prejudicial e passou a ser vista como algo que deve ser suprimido o mais rápido possível. As soluções para as crises (em se tratando de saúde mental) também foram sendo transformadas – exorcismo, fogueira, confinamento, tratamento moral, eletrochoque, contenção física e/ou medicamentosa - até chegar naquilo que oferecemos atualmente como recurso de tratamento (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Segundo Elia (2013), a psiquiatria tradicional, pautada no modelo biomédico é

[...] aquela que se encontra hoje nos manuais e compêndios de psiquiatria que são mais utilizados nos cursos de Residência em Psiquiatria e nas faculdades de medicina, e que se alinha com a Classificação Internacional de Doenças X (CID X) e com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM IV) (ELIA, 2013, p. 65).

Para Ferigato, Campos e Ballarin (2007) a crise no campo da psiquiatria clássica tem como proposta de cuidado o modelo asilar e hospitalocêntrico, em que toda complexidade de uma existência de sofrimento é reduzida à agudização da sintomatologia psiquiátrica.

A crise, associada às emergências psiquiátricas na psiquiatria tradicional, se define pela exacerbação dos sintomas, periculosidade, desadaptação, desrazão, redução da experiência subjetiva a comportamentos considerados bizarros, e

encontra-se dissociada da história do sujeito. Assim, a intervenção se restringe à remissão dos sintomas, apagamento do delírio e contenção espacial, mecânica e medicamentosa, que justificam o isolamento através da internação (COSTA, 2007).

Segundo Costa (2007), a psiquiatria tradicional buscou dar respostas diversas para as situações de crise, ou de emergências psiquiátricas, baseadas em ações violentas e normalizadoras, dependentes do hospital psiquiátrico. Essas respostas estavam baseadas no seguinte:

- Exacerbação da noção de periculosidade ligada à pessoa em crise;
- Redução da experiência a sintomas e a comportamentos considerados “bizarros”;
- Tendência ao reconhecimento apenas de “traços” patológicos, anormais e insanos;
- Intervenções mais direcionadas à remissão dos sintomas em curto período de tempo;
- Tentativa de normalizar e impor hábitos morais;
- Ênfase na negatividade da loucura e da crise; ênfase na desrazão, nas incapacidades e nas impossibilidades;
- Separação entre a crise e a vida global do sujeito;
- Uso frequente e mecanizado das contenções físicas, da eletroconvulsoterapia; uso generalizado e padronizado da medicação como recurso terapêutico mais importante ou prioritário;
- Ênfase no controle e na tutela; uso do espaço físico para contenção das crises;
- Internação como recurso predominante (COSTA, 2007, p. 96).

Já para a Psiquiatria Democrática Italiana, que é uma importante referência para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a definição de crise precisa levar em conta a cultura, os acontecimentos sociais, a rede de saúde existente no território, o contexto social e familiar. Dessa forma Dell’Ácqua e Mezzina (1991) afirmam:

É seguramente difícil uma definição única da crise em psiquiatria. Qualquer esquema para defini-la deve, em todo caso, considerar a organização psiquiátrica existente naquela área e naquele momento histórico particular. Existe, de fato, um valor-limite a estas duas contingências, além do qual os problemas emocionais, psicológicos, de relação, sociais e os fatos da vida assumem as características da crise e se tornam de interesse psiquiátrico específico (DELL’ÁCQUA; MEZZINA, 1991, p. 53).

Para esses autores o circuito psiquiátrico hospitalar evidencia a simplificação e patologização da vivência da crise:

O momento em que se dá atenção à pessoa em crise pode ser identificado como o ponto de máxima simplificação de uma relação onde, por um lado, o sujeito que está por mostrar-se já fez, progressivamente, uma simplificação



e reduziu a um sintoma a complexidade de sua existência de sofrimento e, por outro lado o serviço [...] equipou-se de modo especular para perceber e reconhecer, oferecendo-se como modelo de simplificação - o próprio sintoma (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 55).

Segundo Dell L'acqua e Mezzina (1991), para a Psiquiatria Democrática Italiana a crise é uma complexa situação existencial, é considerada como um evento inserido em uma história. A internação hospitalar se caracteriza por um rompimento com a sequência de vivências do sujeito, é a retirada do sujeito do contexto em que vive, um afastamento de sua história, o que dificulta sua reorganização psíquica. Para os autores, a lógica de serviços hospitalar e extra-hospitalar é diferente, dificultando uma direção terapêutica unívoca justamente no momento em que o paciente necessita de unidade e continuidade no seu tratamento. Os autores fazem uma crítica à psiquiatria tradicional, que reconhece o sujeito apenas como sintoma, e propõem que o centro de saúde mental seja territorializado e que ofereça cuidado integral ao paciente, em que:

[...] cada instrumento deve ser utilizado de acordo com a necessidade do caso, pois o ato clínico não pode ser necessário por si mesmo. Do mesmo modo, preconiza-se não proceder do modo queixa-conduta, ou seja, para um tipo de demanda, um tipo de intervenção pré-determinada. Isso significa que qualquer ato clínico pode ser utilizado, desde que se enquadre numa direção de tratamento que vise ao respeito com relação ao paciente, o retorno ao convívio social e a construção de possibilidades de vida (ELIA, 2013, p. 73).

Ferigato, Campos e Ballarin (2007), citando o conceito apresentado por Dell'Acqua e Mezzina (1991), apresentam uma crítica dizendo que essa formulação ressalta e amplia a caracterização de crise como algo além da sintomatologia, incluindo aspectos do contexto familiar, social e relacional, mas lhe falta aspectos relativos à vivência subjetiva e da singularidade do sujeito que a vivencia concretamente.

As pesquisas realizadas com trabalhadores de um CAPS na cidade do Rio de Janeiro (ELIA, 2013) e em pesquisa realizada sobre o trabalho do médico psiquiatra no CAPS (RINALDI; BURSZTYN, 2008) relatam a influência da psiquiatria tradicional, da psiquiatria democrática e da psicanálise nos conceitos de crise e urgência e nos cuidados prestados. Os autores destacam que a influência da psicanálise é observada “quando se afirma que a crise deve ser entendida em cada

caso” e com a “noção de que é a partir do saber do sujeito que se orienta a clínica da equipe” (ELIA, 2013, p. 112).

Em relação ao conceito de urgência e de crise e ao atendimento às essas situações no CAPSi, a revisão bibliográfica revelou uma produção teórica insuficiente para a complexidade envolvida nesse cuidado e que as “práticas realizadas no campo da saúde mental infanto-juvenil para aqueles que se encontram em situação de intenso sofrimento parecem ainda bastante prejudicadas” (TAÑO; MATSUKURA, 2015, p. 445), sugerindo que este campo ainda é negligenciado nos debates da literatura científica, sendo necessário que o tema esteja na prioridade da construção do conhecimento.

Tânia Ferreira ao relatar experiências de trabalho no CAPSi Betim interroga: “as crise nas infâncias e adolescências é da mesma ordem que a crise de uma adultos? E a urgência? Ela difere em algum ponto?” (FERREIRA, 2012, p 73) e aponta a necessidade da distinção entre a

loucura – as psicoses e autismo – e o enlouquecimento – o estado do sujeito quando suporta mais do que poderia suportar: maus tratos, abusos, violências, privações materiais e libidinais – que indicam uma gravidade, mesmo sem sinais de crise e, devem ser, alvo de cuidados na rede. (FERREIRA, 2013 – p 74)

Bontempo (2007) apresenta o CAPSi como o lugar do acompanhamento da crise e aponta o dispositivo da PD como uma possibilidade de um cuidado mais próximo. Coracini e Martini (2016) descrevem a importância do CAPSi como uma prática substitutiva ao atendimento de crise estritamente medicalizante, reducionista e normalizador, um cuidado em rede que tem como principais características uma prática “territorial, afirmando as singularidades e potencializando as diferenças, garantido os direitos adquiridos e um tratamento em liberdade” (CORACINI; MARTINI, 2016, p. 876).

Em relação ao cuidado para as situações de crise, os autores acima citados descrevem o cuidado integral prestado às crianças e aos adolescentes que estão vivendo situações de crise em um CAPSi da cidade de São Paulo. Para tanto, contam com a corresponsabilização de outros pontos da RAPS e da rede intersetorial para a sustentação dos projetos terapêuticos propostos. Indicam a importância de que as ações do cuidado sejam pactuadas na rede de acordo com

cada situação para garantir o melhor encaminhamento para o usuário. Os autores descrevem quatro formas de lidar com essas situações:

**QUADRO 4** - Organização da rede em um CAPSi da cidade de São Paulo

<b>ACOLHIMENTO DIURNO (segunda a sexta)</b>	<b>ACOLHIMENTO NOTURNO E FIM DE SEMANA</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
CAPS II i	Família, amigo, vizinhos.	---
CAPS II i	Abrigo, Unidade de Acolhimento CAPS III.	Sem retaguarda familiar
CAPS II i	CAPS III	----
CAPS II i	Hospital Geral	Indicação clínica ou insuficiência dos arranjos anteriores

Fonte: (CORACINI; MARTINI, 2016) - Elaborado pela autora

Pimentel e Moura (2016) ressaltam que a ambiência é um dispositivo terapêutico de intervenção à crise oferecido pelo CAPSi que favorece relações de cuidado, confiança, vínculo e protagonismo, “no qual crianças e adolescentes podiam vivenciar seu sofrimento, serem acolhidas em suas angústias e compreendidas na sua singularidade” (PIMENTEL; MOURA, 2016, p. 126).

Pereira, Sá e Miranda (2014) ao descreverem o trabalho de um CAPSi do interior do Rio de Janeiro apontam várias dificuldades encontradas no cuidado à crise, como uma precária infraestrutura, uma rigidez institucional marcada pela burocratização e pela fragmentação do cuidado e uma organização do trabalho que não favorece o compartilhamento de atuações entre as miniequipes. Outra dificuldade é a inexistência de acolhimento imediato dos usuários que chegam ao CAPSi em crise: eles são agendados; ou, em algumas situações, encaminhados para a emergência psiquiátrica do Hospital Geral. No momento do desligamento do paciente do CAPSi não se considera o vínculo e a possibilidade de uma passagem gradativa para outros serviços. No Hospital Geral (HG), que oferece atendimento às urgências psiquiátricas e internação, não há um trabalho em conjunto entre a equipes (CAPSi e equipe do hospital) e as estratégias de cuidado,

na maioria das vezes, incluem a medicalização e a contenções físicas. Segundo as autoras:

O mandato social pela loucura parece ser assumido ora pelo CAPSi, ora pelo Hospital Geral. Essa característica remete a uma desinstitucionalização falsa, que se volta para a criação de novos dispositivos de atenção, mas apenas desloca as formas e os modos de gestão manicomial. O *look*, as coisas, os lugares, parecem mudar, porém os valores nos quais se baseia o trabalho continuam os mesmos, ou não se alteram suficientemente, de modo que a força da lógica manicomial se mostra presente nas situações mais delicadas, que se condensam, como se sabe, na irrupção das crises (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2015, p. 2152).

Willrich *et al.* (2013), em uma pesquisa realizada na cidade de Alegrete (RS) com profissionais de CAPS (adulto), incluem o HG como um ponto da RAPS. A indicação do pernoite ou internação no HG faz parte do PTS e o CAPS acompanha e participa de ações durante a internação, que se assemelha às ações descritas anteriormente no CAPSi da cidade de São Paulo por Coracini e Martini (2016).

As pesquisas de Willrich *et al.* (2013) e Coracini e Martini (2016) concordam que o HG pode ser um ponto efetivo da RAPS no atendimento de urgências e internação ou hospitalidade noturna. Já na pesquisa de Pereira, Sá e Miranda (2014), o HG funciona numa lógica manicomial, não podendo ser considerado um ponto efetivo da RAPS.

Fernandes e Matsukura (2016), que em estudo realizado em um CAPSi da cidade de São Paulo aponta a hospitalidade diurna como fundamental para o cuidado dos casos mais graves e aponta dificuldades do CAPSi de realizar ações fora da instituição, também enfatiza a dificuldade de construção de rede em saúde mental, colocando a internação como a única saída para algumas crises. Não relata se há um trabalho do CAPSi com os pacientes internados no Hospital Psiquiátrico.

Blisktein (2012) estuda a Saúde Mental de crianças e adolescentes a partir de uma pesquisa sobre as internações desse público em um Hospital do Rio de Janeiro. Conclui que existem dois tipos de internação: com ordem judicial e aquelas encaminhadas por serviços de saúde. Ressalta que as internações por serviços de saúde se mantêm devido à falta de serviços territoriais e políticas públicas voltadas para a descentralização, a territorialização e para ações de promoção da saúde, como equipes de Programa Saúde da Família (PSF), de saúde mental nas UBS, implantação de CAPSi, CAPS III e hospitais gerais. Essas internações têm, em média, duração de 17 dias. Segundo o estudo, as internações encaminhadas pela Justiça, de modo geral, têm um caráter asilar, pois duram em média 85 dias e

apontam para a ausência de discussões intersetorias e transversais. A internação é utilizada como alternativa para situações que podiam ser cuidadas de outra forma na rede de saúde, com o apoio da rede intersetorial (BLISKTEIN, 2012).

Braga e D'Oliveira (2015), em estudo realizado no estado de São Paulo, concluem que existe uma contradição contemporânea: duas formas e lógicas de diferentes no cuidado à crise de crianças e adolescentes:

Preconiza-se o acolhimento noturno, quando necessário, em CAPSIII e Hospitais Gerais, mais ainda acontecem internações em instituições de caráter asilar (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2105, p. 42).

Para os autores, a condição de crise corresponde a uma complexa situação existencial, e complexos devem ser os instrumentos e recursos para lidar com isso. Eles indicam a necessidade de construção de uma rede com oferta de acolhimento em CAPS III e HG numa lógica de corresponsabilização do cuidado às situações de crise (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015, p. 42).

Os estudos de Braga e D'Oliveira (2015) e Blisktein (2012) concluem que as internações em caráter asilar ainda acontecem para as crianças e adolescentes.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esse capítulo é dividido em duas partes. Na primeira, apresentamos a metodologia de pesquisa. Na segunda, apresentamos o contexto da pesquisa: “O CERSAMI – Betim: da Saúde do Escolar à Saúde Mental”, em que descrevemos o percurso de constituição da unidade, sua proposta de funcionamento e os impasses vividos na rede de saúde mental num momento de extrema fragilidade do SUS.

### 4.1 Metodologia

A pesquisa qualitativa foi a referência para o desenvolvimento deste trabalho. Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O Ciclo da Pesquisa Qualitativa é composto por três fases principais: a primeira constitui a fase de exploração, na qual se delinea o objeto de pesquisa e a preparação para a entrada em campo. A segunda diz respeito ao trabalho de campo, a partir do referencial teórico elaborado na primeira etapa; o pesquisador vai à prática empírica colher seus dados. Na terceira fase é o momento do pesquisador se debruçar sobre o material colhido para análise e discussões (MINAYO, 2014).

Para descrever o processo desta pesquisa, utilizaremos as três fases propostas por Minayo como referência:

#### 4.1.1 Fase de exploração

Nessa fase me coloquei a refletir sobre o cotidiano do cuidado no CAPSi para eleger, entre as diversas nuances do trabalho desenvolvido uma pergunta, um objeto a ser pesquisado. Foi um processo interessante sair da posição de trabalhadora - que queria demonstrar “o que fazemos muito bem no CAPSi Betim” - e me colocar na posição de pesquisadora, que diante de uma realidade conhecida se dispõe a estudar um dos seus aspectos para entender e analisar a situação,

colocando-se aberta ao resultado que a realidade e as referências teóricas permitirem. Uma intervenção da coorientadora foi fundamental nesse sentido. Outras perguntas feitas por ela no nosso primeiro encontro também foram essenciais para o rumo pesquisa: “O CAPSi Betim é um serviço especializado em crise e urgência? Qual a sua relação com o território?”

Essas colocações me deixaram sem respostas, motivada e atenta. Mantive a proposta da pesquisa “o cuidado prestado às crianças e aos adolescentes nas situações de crise e urgência no CAPSi Betim”, mas não tinha mais a expectativa de contar uma história de um serviço que deu certo, mas compreender melhor as questões do cotidiano do CAPS e sua relação com a RAPS, com a rede intersetorial a partir do cuidado prestado a crianças e a adolescentes em situação de urgência e de crise.

A revisão bibliográfica foi fundamental e foi realizada em etapas diferentes, conforme descrito abaixo:

Na primeira revisão na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico, utilizando os descritores “Urgência e Crise em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes”, “Urgência e Crise em Saúde Mental Infantojuvenil”, “CAPSi Urgência e Crise”, não foi localizado nenhum artigo científico que tratasse especificamente do cuidado à crise e à urgência de crianças e adolescentes.

Também pesquisamos nas mesmas bases de dados os seguintes descritores: “Saúde Mental Infantojuvenil”, “Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)”, “Política de Saúde Mental Infantojuvenil”, “Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes”, “urgência em saúde mental infantojuvenil”. Nessa etapa foram selecionados 33 textos que tratam de aspectos diversos do cuidado no CAPSi (trabalho em equipe, relação AB/ESF, trabalho com famílias, organização de serviços em diversos municípios, manutenção de internações em caráter asilar), e da construção da política de SMCA. Alguns textos citavam situações de agravamento de casos que eram remetidos à internação, mas nenhum tratava especificamente do cuidado à crise e à urgência; um deles tratava da manutenção de internações de crianças e adolescentes em caráter asilar após a criação da política de SMCA.

Num segundo momento, utilizamos nas mesmas bases de dados os seguintes descritores: “crise psiquiátrica em adolescentes”, “urgências psiquiátricas

em adolescentes”, “crise psiquiátrica em criança”, “urgências psiquiátricas em crianças”, “crise psiquiátrica CAPSi”, “crise em saúde mental no CAPSi”, “urgência em saúde mental no CAPSi”, “urgência em saúde mental no CAPSi”, “crise atenção psicossocial de crianças”, “crise atenção psicossocial de adolescentes”, “urgências atenção psicossocial de crianças”. Nesta revisão foram selecionados 8 textos e 4 teses que de alguma forma tratam o cuidado de crianças e adolescentes no CAPSi, na urgência psiquiátrica ou nas internações psiquiátricas.

A terceira revisão nas mesmas bases de dados utilizou os seguintes descritores: “crise psiquiátrica” e “urgência psiquiátrica”. Foram selecionados 21 artigos que apresentavam de discussões importantes sobre o conceito de crise e a urgência no modelo da atenção psicossocial, destacando o papel do SAMU. Novamente não encontramos nenhum artigo específico sobre crianças e adolescentes. Nas referências bibliográficas desses artigos elencamos outras produções importantes.

O levantamento de teses, dissertações no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e livros publicados sobre o trabalho do CAPSi e SMCA também fizeram parte da revisão.

Fundamental foi também o levantamento da legislação que cria a política de SMCA e outros documentos do MS relativos à Política Pública de Saúde Mental e de SMCA.

#### *4.1.2 O trabalho de campo*

Escolhemos a entrevista semiestruturada foi escolhida para a coleta dos dados. A entrevista é a estratégia mais usada no trabalho de campo, e é acima de tudo uma conversa, a dois ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, com o objetivo de construir informações pertinentes para uma pesquisa (MINAYO, 2014; FLIK, 2009).

A entrevista semiestruturada - que pode combinar perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada - foi a escolhida para o percurso no campo (MINAYO, 2014).

Definiu-se o número de participantes a partir do critério de conveniência e saturação teórica de informações. A técnica consiste na escolha de entrevistados



mais acessíveis, que sabidamente podem contribuir para o tema pesquisado e em interromper a coleta quando não há acréscimo significativo de novas informações a cada nova entrevista (MINAYO, 2014).

Para Guerra (2014) a definição da amostra em pesquisas de abordagem qualitativa não obedece ao critério da representatividade numérica diante da população do estudo. Isso é desnecessário porque a preocupação maior não está nessa representatividade, mas na necessidade de a amostra espelhar dimensões sociais, culturais e particulares de um contexto em contínua construção.

Desta forma, em um universo de 20 trabalhadores do CAPSi que estavam no critério de inclusão, 10 foram entrevistados. Também foram entrevistados três ex-trabalhadores, devido à importante participação dos mesmos na construção do serviço, assim como quatro familiares. Assim, os participantes da pesquisa foram 17.

O critério para a inclusão dos participantes, considerou o tempo de trabalho no CAPSi e as categorias profissionais, abrangendo as seguintes: psiquiatria, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnico de enfermagem, guarda patrimonial, recepcionista e assistente social. Em relação aos familiares, foram entrevistados maiores de 18 anos, que se envolveram diretamente no acompanhamento dos usuários por um período maior do que o período de um ano. As entrevistas foram realizadas no local indicado pelo entrevistado, a saber: local de trabalho ou residência, e foram gravadas conforme autorização

#### *4.1.3 Análise do material*

Após a coleta, todo o material foi preparado para a análise. A transcrição das entrevistas foi realizada após cada uma delas. Os entrevistados da pesquisa foram identificados da seguinte forma: trabalhadores (ET), ex- trabalhadores (EXT), e familiares (EF), todos seguidos por um número.

Dentre as modalidades de análise de conteúdo (lexical, de expressão, de relações, de enunciado e temática) escolhemos análise de Conteúdo Temática, descrita por Bardin (2009), através das seguintes etapas:

- Pré-análise

Foi realizada uma leitura exaustiva do material selecionado, buscando uma visão de conjunto, apreendendo as particularidades, elaborando os pressupostos iniciais que serviriam de baliza para a análise e interpretação do material. Foram escolhidas as formas de classificação inicial e os conceitos teóricos que orientaram a análise.

- Exploração do material

Os trechos, frases ou fragmentos de cada texto de análise foram distribuídos pelo esquema de classificação inicial e foi realizada uma leitura em diálogo com as partes dos textos, identificando, através de inferências, os núcleos de sentido com os pressupostos iniciais.

- Síntese interpretativa

Os dados foram analisados e foi elaborada uma síntese interpretativa. As categorias de análise foram duas: mandato gestor (ordenação da demanda de SMCA no território) e o mandato terapêutico (concepção de crise e urgência e o cuidado prestado).

Todos os participantes concordaram com a entrevista e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), conforme parecer nº 2.090.411/2017 e pelo Comitê de Ética do Fundo Municipal de Saúde de Betim (CEP Betim), conforme parecer nº 2.134.673/2017.

## **4.2 O CERSAMI Betim: da saúde do escolar à saúde mental**

Betim é um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, conta com a população estimada, em 2017, de 427.146 pessoas, possui extensão territorial de 346 km<sup>2</sup> (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA - IBGE, 2017).

A assistência psicológica às crianças e aos adolescentes, na rede pública municipal, data de 1989, com a implantação do Programa Saúde do Escolar, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da Educação, que previa assistência odontológica, pediátrica, oftalmológica e três psicólogos para a avaliação

e acompanhamento das crianças triadas pelas escolas. As queixas eram, na maioria das vezes, ligadas aos distúrbios de aprendizagem. Tavares (1997) afirma que:

a saúde do escolar, como ficou conhecida, sofreu várias reformulações até 1993, quando foi abandonada enquanto proposta assistencial. O programa, por sua própria estrutura e clientela restrita à denominação particular - o escolar, isolou-se de outras propostas que vinham sendo construídas no âmbito das políticas públicas de saúde, a partir de outros referenciais como a noção de cidadania, e a concepção de rede de serviços e clientela universalizada (TAVARES, 1997, p.5).

A partir de 1993, a Prefeitura Municipal de Betim (PMB) definiu as áreas da Saúde e Educação como prioridades. A SMS, segundo Sérgio Carvalho e Gastão Wagner Campos e, assessorados pelo Laboratório de Planejamento do Departamento de Medicina preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, construiu um modelo assistencial, entendido como arranjo organizacional que faz a mediação entre princípios ético-político e as práticas de saúde. Esse modelo traduziu-se numa ruptura radical com o padrão burocratizado e ineficaz de funcionamento dos serviços públicos de saúde a partir dos princípios e elementos organizativos utilizados pelo Modelo de Atenção em Defesa da Vida (MDV) (CAMPOS; CARVALHO, 2000).

Essa priorização possibilitou investimentos em infraestrutura e contratação de pessoal, que fizeram do Sistema de Saúde Betim um modelo para o SUS<sup>do</sup> Brasil. Essa conjuntura político-administrativa possibilitou o início da construção do projeto de assistência em Saúde Mental para crianças, adolescentes e adultos. Outros determinantes que contribuíram para a implantação e manutenção de um modelo de assistencial de saúde mental foram o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e a política do MS.

A SMS realizou, então, um concurso público em 1993, abrindo vagas específicas para profissionais que atendessem às crianças e adolescentes (psicólogos e psiquiatras infantis). A decisão de destinar vagas específicas para profissionais voltados para esta clientela foi fundamental para a construção do projeto, pois, como diz Campos (1992):

O planejamento da área infantil sempre esteve subentendido nos projetos referentes a adultos, em função de uma concepção que colocava a clínica da criança como decalque do adulto esquecendo o setor infantil, ainda em fase de legitimação social, com um corpo de saber e uma clínica ainda em processo de constituição (CAMPOS, 1992, p. 9).

O projeto de saúde mental de Betim foi construído a partir de 1993, quando foram criados o CERSAMI, e dois Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) para adultos, em áreas diferentes da cidade, constituídas as Equipes Mínimas de Saúde Mental (um psicólogo para atender crianças e outros para atender adultos) em três unidades básicas de saúde das 18 existentes no município naquela época (SILVA, 2003; NUNES, 2009).

Em relação aos adultos, o efeito imediato da assistência foi a redução das internações em hospital psiquiátrico de Belo Horizonte, município que fica a cerca de 30 km de distância de Betim (SOUZA, 1996). Em relação às crianças e adolescentes inicia-se uma nova fase. Para a construção da SMCA, foi necessário superar a ideia de que não existem crianças e adolescentes com grave sofrimento mental, que o modelo de atendimento a adultos não era o mesmo para as crianças e adolescentes e afirmar que existem especificidades desse público que direcionam a forma de organização de todo o serviço (ambiente lúdico, dispositivos específicos, cuidado a família, rede intersetorial). Partiu-se da pergunta: “onde estão os casos mais graves?” e chegamos à afirmação: “existem crianças com grande sofrimento mental”. Passamos, então, a nos perguntar de que precisaríamos para atendê-las - permanência dia, oficinas, módulos terapêuticos? Qual a diferença entre a clientela atendida pela equipe de saúde mental das unidades básicas de saúde - hoje chamadas de equipes intermediárias de saúde mental na AB<sup>2</sup> - e a atendida pela equipe do CERSAMI? Por que tantos atendimentos individuais? Qual o lugar do ambulatório no CERSAMI?

As diretrizes da SMCA de Betim são: os direitos adquiridos no ECA os princípios e diretrizes do SUS; os princípios éticos e filosóficos do Movimento de Luta Antimanicomial no tocante à lógica da não exclusão e da não segregação da criança e do adolescente portadores de sofrimento psíquico; a consideração da criança e do adolescente como sujeitos singulares que devem ser abordados a partir dessa condição (CORTÊS *et al.*, 1993; SILVA, 2003, BONTEMPO, 2003).

Foram anos muito produtivos nos quais os trabalhadores, convidados e público da rede intersetorial puderam discutir questões importantes do dia a dia de trabalho com as crianças e adolescentes: a primeira Jornada da Saúde Mental

---

<sup>2</sup> Equipes mínimas de saúde mental forma criadas em 1993 e em 2017 passaram ser chamadas de equipes intermediárias de saúde mental (EISM).

Infantojuvenil de Betim: Reabilitação Psicossocial e Saúde Mental Infantojuvenil em 1999; a segunda Jornada de Saúde Mental Infantojuvenil de Betim: Existe Criança Psicótica em 2003; e a terceira Jornada de Saúde Mental Infantojuvenil de Betim em 2004. Também realizamos seminários internos, como o estudo sobre as oficinas, para o qual convidamos a terapeuta ocupacional Rosana Palhares, que resultou na implantação do módulo terapêutico em 1996. Também realizamos o Seminário da PD, na qual o supervisor foi Oscar Cirilo e resultou numa nova organização de trabalho na PD (BONTEMPO, 2007). Também recebemos supervisores clínicos como Ana Marta Lobosque, Cristiane Barreto, Tânia Ferreira, Claudia Generoso entre outros, que colaboram na discussão de casos, construção de PTS e na discussão do projeto clínico e de organização da rede de saúde mental. Em 2012 sediamos I Seminário "Autismo e Políticas Públicas", organizado pelo Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais.

Vários trabalhadores participaram da escrita de dois livros: "O cuidado em saúde mental – o trabalho feito por muitos", organizado por Tânia Ferreira, que foi nossa supervisora clínica e por Valéria Bontempo, que é trabalhadora do CERSAMI (FERREIRA; BONTEMPO, 2012); e "A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento – uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental", organizado por Andreia Guerra e Nádia Lima, em 2003 (GUERRA; LIMA, 2003).

Alguns trabalhadores do CERSAMI participam efetivamente do Fórum Mineiro de Saúde Mental e do Movimento da Luta Antimanicomial, outros participaram, junto à Secretaria de Estado de Minas Gerais (SES/MG), da escrita da Linha Guia em Saúde Mental (MINAS GERAIS, 2006), e, junto ao MS, da escrita do documento "Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil" (BRASIL, 2005). Trabalhadores também colaboraram na construção da linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na RAPS do SUS (BRASIL, 2015b) e como representantes dos CAPSi da região Sudeste no Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2014b). Além disso, o vídeo "A clínica feito por muitos" produzido pela equipe, foi premiado no concurso do MS "Humaniza SUS, 2013: somos parte do SUS que dá certo" (BRASIL, 2016).

Mas todo esse efervescer produtivo também teve inúmeros desafios, fomos afetados pelo baixo investimento nos serviços de saúde, pela precarização do SUS,

pela diminuição dos profissionais nas equipes, pessoas que se aposentaram ou pediram transferência para os serviços de adultos.

Atualmente, a RAPS Betim é composta pelos seguintes pontos: 03 CAPS III, sendo um AD, 02 CASPII sendo que um é o CAPSi 2 Serviços Residenciais Terapêuticos; 1 Centro de Convivência; AB (ESF/NAS/EISM), SAMU, Consultório de rua em fase de implantação. Conta com UPAs, HG e Maternidade, que são acionados para questões clínicas dos usuários.

#### *4.2.1 O CERSAMI*

O CERSAMI funciona na região central da cidade e, nesses anos, na medida em que o cuidado oferecido foi ficando complexo (casos graves, urgências) e surgiram novas necessidades dos usuários (aumento de frequência ao serviço, permanência durante o dia), foram sendo necessárias alterações na composição da equipe (número de profissionais e categorias), nas modalidades de atendimentos, nos dispositivos oferecidos e na necessidade de organização do espaço físico.

O CERSAMI passou por quatro endereços e as mudanças de um local para o outro aconteceram por “estratégia política” (TAVARES, 1997, p. 3) ou, na maioria das vezes, por necessidade de espaço mais adequado para desenvolver as atividades de permanência-dia e dos dispositivos.

Nos primeiros anos, a demanda que nos chegava com maior frequência eram de crianças com dificuldade de aprendizagem, algumas com demanda de tratamento na saúde mental, outras com necessidade de apoio pedagógico (casos que eram discutidos com as escolas e Secretaria de Educação), além de crianças numa faixa etária entre 7 e 10 anos com quadros de autismo e psicose e que estavam excluídas de todas as possibilidades de convivência social. Os casos em crise e urgências eram raros e não tínhamos infraestrutura para atendê-los (equipe de enfermagem, sala de observação e medicação). A demanda escolar continuava e diversas ações intersetoriais como discussão nas escolas, na secretaria de educação e em fóruns foram implementadas para discutir questões referentes a essa clientela. Os casos graves, como de pessoas com autismo que viviam isolados em casa, sem frequentar escolas e nenhum outro espaço social, começam a chegar (MORAIS, 2005).

No período de 1996 a novembro de 1997, por determinação da SMS, o CERSAMI funcionou no CERSAM Betim Central (CAPS III). Nesse período,

mantiveram-se as modalidades de atendimento, constatando-se um relativo aumento das urgências e o aparecimento de uma “demanda reprimida qualificada de mais grave” (TAVARES, 1997, p. 2) isto é, de adolescentes psicóticos em primeiro surto, crises conversivas e/ou de agitação psicomotora. A equipe do CERSAMI manteve-se a mesma e pôde contar com a estrutura de atendimento à crise (posto de enfermagem equipe de enfermagem, leitos para observação e a PD).

A experiência de funcionamento do CERSAMI junto ao serviço de atendimento de urgência e crise de adultos fez-nos concluir sobre a inadequação dessa prática e nos levou a buscar um espaço físico que pudesse atender às peculiaridades (possibilidades de viabilizar uma sala de espera com brinquedos, sem que a criança e adolescente se deparassem com cenas de crise de adultos, possibilidade de se viabilizarem consultórios com móveis e brinquedos adequados às crianças e adolescentes, possibilidade dos módulos terapêuticos e PD que pudessem acontecer dentro do espaço físico do CERSAMI) (TAVARES, 1997).

Desde 1997, o CERSAMI funciona em um espaço que atende apenas o seu público alvo, uma casa alugada, situada na região central da cidade. A demanda crescente de casos de maior complexidade fez que os profissionais da enfermagem (técnicos e enfermeiros) fossem acrescentados aos já existentes, iniciando a PD.

Em 2018, o CERSAMI funciona de segunda a sexta de 8h às 18h, sempre há um plantonista, um técnico de nível superior (que pode ser de qualquer categoria profissional) que responde pelo plantão no período de 8h às 13h e um outro de 13h às 18h. O acolhimento, no CERSAMI, representa a porta de entrada do serviço. As funções do plantonista são receber todas as demandas externas que chegam, pessoalmente ou por telefone, e dar os devidos encaminhamentos: casos graves, urgências, os casos encaminhados pelas equipes ESF das regiões onde não há equipe de saúde mental, os casos encaminhados pelas equipes intermediárias, mães usuárias que perderam a última consulta agendada, aqueles que estão sem medicação, os que retornam após receber alta ou os que abandonaram o tratamento. Os contatos telefônicos de familiares e usuários e profissionais, na maioria das vezes, solicitam orientação ou são profissionais da rede de saúde ou da rede que desejam discutir um caso, uma situação urgente.

Em relação às demandas internas, o plantonista é responsável por organizar o dia do serviço, definindo, a partir das indicações e condições técnicas, quais pacientes serão buscados em seus domicílios e quais virão com suas famílias. O

profissional também apoia a equipe que está na PD nas diversas intercorrências (agitação psicomotora, conflito entre crianças e adolescentes, dúvidas diversas em relação à condução de situações como usuários que querem ir embora, que não querem tomar medicação, entre outras). Ele conta com o apoio de todos que estão no serviço em situações que se fizer necessário: equipe de enfermagem, técnicos, inclusive o psiquiatra, que estão desenvolvendo atividades diversas (ambulatório, dispositivos) e com a gerente.

Há uma profissional de enfermagem que se responsabiliza, junto com o motorista, pelo transporte das crianças e adolescentes, e a equipe de enfermagem na PD, que cuida da administração de medicação, faz o acompanhamento dos pacientes, realiza atividades, brincadeiras, oficinas. Durante o dia, outros profissionais desenvolvem atividades diversas no serviço (atendimentos de pacientes da PD ou agendados, dispositivos, oficinas, visita domiciliar, reuniões intersetoriais). De modo geral, a carga horária do Técnico de Nível Superior (TNS) é de 20h semanais, divididas da seguinte forma: 5h para o plantão, 2h para a realização de um dispositivo/oficina, 4h para a reunião de equipe e outras que se fizerem necessárias e 8h para o acompanhamento dos casos. A carga horária dos profissionais da enfermagem é de 30h semanais, dividida entre os cuidados da PD, a participação na reunião de equipe e de um dispositivo.

A equipe atual é composta por médico pediatra com especialização em saúde mental, psiquiatra infantil, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, psicólogo, técnico de enfermagem, além dos profissionais administrativos, o motorista e a gerente. A equipe recebe estagiários, na sua maioria dos cursos de psicologia e residente da psiquiatria. Somos diretamente ligados à Referência Técnica de Saúde Mental, que responde ao Coordenador Operacional/Secretário de Saúde e em momentos diferentes tivemos um coordenador da SMCA ligado à Referência da Saúde Mental.

O município de Betim conta com médico com formação em saúde mental apenas no CERSAMI. Seus horários são organizados de forma a cobrir todo o horário de funcionamento do serviço. Diariamente esse profissional atende usuários previamente agendados e disponibiliza um horário pela manhã e um à tarde para o atendimento de intercorrências/urgências do dia. Em situações em que não há médico no serviço é possível solicitar uma interconsulta no CERSAM Betim Central/CAPS III.



A partir do acolhimento inicial, o plantonista definirá as condutas de acordo com cada caso, que podem ser desde a discussão com a AB e a rede intersetorial com redirecionamento da demanda, como a avaliação de acordo com a disponibilidade de agenda de quem acolheu. As situações de crise e urgência precisam de acolhimento imediato, independentemente do horário em que o paciente chegou, dos documentos que trouxe, da sobrecarga que o plantonista está vivenciando. São situações que não podem esperar até o outro dia para o primeiro acolhimento, devido à angústia demonstrada pela família, pelo sofrimento apresentado pela criança ou adolescente. São quadros de autismos, psicoses já conhecidos na saúde mental ou quadros de “enlouquecimento”<sup>3</sup> (FERREIRA, 2012). Esses casos podem chegar via, família, escola ou pelo conselho tutelar. Podem estar vindo pela primeira vez ao serviço, também podem estar em polícia, SAMU acompanhamento, ou ter abandonado o acompanhamento no CERSAMI ou nas equipes de saúde mental em algum outro momento. Essas situações podem mobilizar apenas o plantonista, mas também podem envolver toda a equipe do CERSAMI, mobilizar outros serviços da rede de saúde mental como CAPS III, UPAs, HG e também a rede intersetorial (Conselhos Tutelares, Promotoria da Infância, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS).

O PTS inicial é provisório e depende de cada caso, e pode incluir avaliação pelo médico, a indicação de permanência dia e pernoite, o retorno no dia seguinte com a família ou ser buscado pelo carro do serviço.

A PD, segundo Bontempo (2012a) foi criada a partir de 1998, quando aumentou a demanda para cuidados mais complexos, fazendo que o serviço se reorganizasse em termos de recursos humanos, medicamentos básicos, leitos, sala e materiais de enfermagem, camas, roupas de cama. A indicação para a PD se dá pelo técnico de referência ou pelo plantonista que acolhe o caso numa situação de urgência. A autora destaca que:

[...] desde sua implantação buscou-se afirmá-la como um *dispositivo clínico*, complementar aos atendimentos individuais. Seu objetivo é possibilitar o acolhimento e assistência intensiva ao paciente em crise, o ajuste do medicamento, a observação do usuário e o esclarecimento do diagnóstico,

---

<sup>3</sup> Segundo Tânia Ferreira é importante destacar a “distinção entre a loucura – as psicoses e autismo – e o enlouquecimento – o estado do sujeito quando suporta mais do que poderia suportar: maus tratos, abusos, violências, privações materiais e libidinais – que indicam uma gravidade”. (FERREIRA, 2012, p.74).

bem como contribuir para a construção de cada caso (BONTEMPO, 2012a, p. 150).

O serviço tem um carro à disposição, que realiza o transporte dos usuários para seus domicílios, nas diversas regiões da cidade. Usuários em crise indicados pela PD muitas vezes não têm condições, naquele momento, de utilizar o transporte coletivo e também as famílias não têm condições financeiras e/ou emocionais de arcar com a ida e vinda diária dos usuários. O transporte do paciente faz com que a equipe, via técnico de enfermagem, se aproxime da família, do usuário e de sua realidade, trazendo dados fundamentais do caso que muitas vezes não são revelados nas entrevistas e atendimentos.

Durante a estadia dos usuários conosco há uma rotina estabelecida: horário da busca em casa, café da manhã, almoço, café da tarde e retorno à casa. Nessa rotina estão incluídas as atividades que acontecem em dias e horários estabelecidos (assembleias de usuários, oficina de culinária, oficina de música, projeto esportivo, projeto circulando pela cidade)<sup>4</sup> e aquelas que surgem a partir da interação do dia a dia, como jogar bola, jogos de mesa, colher e chupar uma fruta no quintal, atividades de autocuidado como o banho, fazer as unhas, arrumar o cabelo, fazer a barba. Além dessas atividades, ocorre a administração da medicação conforme a prescrição e os atendimentos pelas referências do caso.

Pode acontecer a indicação de permanência noite e/ou permanência em finais de semana e feriados, horários em que o CERSAMI não funciona. As indicações são feitas para o CAPS III/CERSAM Betim Central, que conta com um leito protegido que recebe o usuário e um acompanhante. Esse arranjo foi construído quando as demandas surgiram, para que usuário pudesse ser atendido na rede do município. Para tanto, se observam as recomendações apontadas pelo ECA. As urgências noturnas e de finais de semana e feriados também são direcionadas para o CAPS III e remetidas posteriormente ao CERSAMI (BONTEMPO, 2012a).

Ressaltamos que as indicações para o CERSAM/CAPS III assim como as intercorrências noturnas e de final de semana não são frequentes e não justificam,

---

<sup>4</sup> “Circulando pela cidade” e atividades esportivas são desenvolvidas fora do serviço e os usuários devem ser indicados pela referência do caso, já as outras atividades são desenvolvidas no espaço da PD e todos os usuários são convidados a participar.

até o momento, que o CERSAMI funcione 24h de segunda a segunda feira (BONTEMPO, 2012a).

#### 4.2.2 A equipe intermediária de saúde mental na Atenção Básica<sup>5</sup> e os Fóruns

Desde a implantação do projeto, a equipe mínima de saúde mental na AB foi pensada como um braço do CERSAM na AB, no território. Buscava-se não reproduzir o ambulatório bio-psico-social dos anos 80, que nenhum efeito produziu para o fim do hospital psiquiátrico (NUNES, 2009; YASUI, 2006). As discussões sobre esse desenho de rede aconteciam em reuniões sistemáticas entre a equipe de saúde mental na atenção básica e a equipe do CERSAMI. A partir desses encontros, algumas diretrizes foram traçadas: os casos conduzidos no CERSAMI e nas equipes mínimas têm um mesmo perfil. Essa equipe era pensada como integrada à rede de cuidados e era, naquela época, porta de entrada do usuário para a saúde mental. A diferença entre a UBS/CERSAMI estava na composição da equipe e nos dispositivos oferecidos no CERSAMI.

Atualmente essas equipes são chamadas equipes intermediárias de saúde mental - EISM. Está acontecendo um processo de discussão sobre o papel da EISM, ESF/NASF e dos CERSAN's na ordenação da demanda territorial e dos objetivos de cada. A EISM não é um ponto de cuidado previsto na RAPS, mas que no município de Betim tem sido fundamental para o cuidado dos casos que não necessitam de estar nos CERSAN's, porém necessitam de um cuidado em saúde mental mais complexo do que o oferecido pela ESF/NASF. A EISM é formada por dois técnicos de nível superior - TNS, um para referenciar crianças e adolescentes e outro para referenciar adultos; além de um psiquiatra, todos com carga horária de 20 horas para apoiar de seis a nove equipes de ESF.

A proposta é de uma equipe com um total de 15 EISM. Na época da pesquisa, havia profissionais para referenciar crianças e adolescentes em quatro dessas equipes<sup>6</sup>. As atividades a serem desenvolvidas por essas equipes são apoio matricial, atendimento ao usuário que necessitam de um acompanhamento da saúde

---

<sup>5</sup> Passaram ser chamadas assim em 2017, na rediscussão do modelo e saúde mental.

<sup>6</sup> Em junho de 2018, momento de conclusão da dissertação, estava acontecendo no município um processo de seleção para a contratação de profissionais para compor tanto as equipes de NASF quanto as de EISM.

mental na AB e atividades coletivas, interlocução como o CERSAN's. (BETIM, 2017). Dois Fóruns estão em processo de consolidação como espaços de ordenação da demanda, troca de saberes e experiências e aproximação da rede intersetorial e intrassetorial: O Fórum Regional de Saúde Mental que acontece uma vez por mês em 7 regiões de município com o objetivo de aproximação dos CAPS, AB(ESF/NASF EISM) e rede intersetorial e o Fórum de álcool e outras drogas que acontece mensalmente no município com o objetivo de consolidar os cuidados a esse público específico.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O CAPSi tem mandato duplo: terapêutico e gestor. O mandato terapêutico implica no cuidado em si, com ações específicas para cada caso. O mandato gestor de ordenação da demanda no território é um desafio que implica em duas frentes de trabalho inter-relacionadas: a ordenação da demanda na rede intrassetorial (AB/CAPSi/CAPS III) e nas redes intersetoriais (conselho tutelar, justiça, escola, assistência social, entre outros).

Para a análise das entrevistas considerou-se o mandato terapêutico, em que foram considerados os seguintes aspectos do cuidado prestado nas situações de urgência e de crise: concepção, o acolhimento e as possíveis indicações, o uso das medidas de exceção, o trabalho em equipe. Também foi considerado o mandato gestor de ordenação da demanda na dimensão intrassetorial (AB/CAPSi/CAPS III).

### **5.1 O mandato terapêutico: cuidado prestado nas situações de urgência e crise**

A função terapêutica do CAPSi deve ter uma “lógica de tratamento e cuidado contrárias a lógicas biomédica manicomial e da exclusão” (LYKOUROPOULOS;

PÉCHY, 2016) que, conforme Delfini e Reis (2012), não devem se especializar em atender à crise e em devolver o paciente para o território para sua reinserção social, repetindo a lógica do hospital psiquiátrico. O CAPSi deve oferecer o cuidado específico aos casos de necessidade, sem, no entanto, se tornar um “serviço especializado”. (COUTO; DELGADO, 2016, p. 178).

A análise das entrevistas apontou os seguintes aspectos em relação à especificidade do cuidado: a concepção de urgência e crise, o acolhimento e possíveis encaminhamentos, as medidas de exceção (contenção química e física), e o papel da equipe.

Ressaltamos que a concepção de crise e urgência interfere nas intervenções, impedindo ou facilitando soluções mais produtivas e criativas. No relato de profissionais sobre o cuidado prestado nesses momentos, em relatos sobre a prática, percebe-se melhor o que as pessoas pensam sobre essas situações do que quando elas dizem de suas percepções genéricas sobre o tema (ELIA, 2013).

### *5.1.1 A concepção de urgência e crise*

Em relação à urgência, os entrevistados relatam: “Eu tenho certa dificuldade para saber se é uma urgência (ET2).” Também relatam que há uma dificuldade da equipe em ter uma definição única:

Eu acho que é diferente para cada um: para cada profissional, cada setor vai impor uma visão muito particular, a gente não tem uma unidade construída porque isso também é um processo de construção (ET12).

Oliveira (2002), citado por Fialho e Lancetti (2014, p. 33) aponta que a definição da crise ou urgência apresenta uma dimensão fortemente subjetiva e que para os profissionais permanece o entendimento de algo complexo que pode se apresentar como agitação, agressividade ou extrema lentidão e passividade.

A dificuldade na concepção de crise nos diferentes pontos da RAPS é apontada em alguns depoimentos, como este:

O que é crise para o CAPSi, o que crise para AB? Então essa questão do que é crise, meio que cada um vai ter um entendimento diferente (ET13).

Essa fala confirma que a pactuação na RAPS sobre o que é crise e urgência é fundamental e sua ausência pode gerar, segundo Passos et al. (2017), uma queixa de que para os encaminhadores “tudo é crise”, mas também pode conter um reverso, isto é, uma necessidade de se selecionar tanto que quase nenhum caso acaba sendo considerado uma urgência ou uma crise. Os autores sugerem a necessidade de explicitação desses conceitos pela política de saúde mental e também a necessidade de ampliar espaços de debate como, por exemplo, as reuniões de matriciamento e de discussão de casos.

Para os entrevistados:

Urgência é uma coisa que tem que ser naquela hora, imediatamente, é urgente, não pode esperar **(ET4)**.

Ou

É uma urgência, você tem que intervir **(ET12)**.

Essas visões estão de acordo com os preceitos de Jardim e Dimenstein (2007), que apontam a urgência psiquiátrica como uma situação de transtorno de afeto, pensamento e comportamento de tal forma disruptiva que o sujeito, familiares ou sociedade, consideram a necessidade de cuidado imediato, o que exige uma urgência de ação.

Os trabalhadores relacionam a urgência com a crise:

As urgências são pontuais e podem fazer parte de uma crise que se prolonga [...] a gente pode diferenciar no momento agudo é uma urgência, depois você vai conduzindo por uns dias como a crise. Porque ela ainda estava em crise **(EXT4)**.

Crise e urgência, acho que se mistura muito, não tenho isso muito claro **(ET8)**.

A urgência que virou crise **(ET10)**.

O cuidado da crise diminui a urgência **(ET12)**.

Para os familiares, não há diferença entre a situação de urgência e de crise, são equivalentes, são situações em que a família não dá mais conta de resolver sozinha e precisa de ajuda:

São crises que não dá pra controlar em casa, aí tem que levar **(EF9)**.

Tem aquela crise que a gente não consegue controlar, é onde a gente apela pra urgência. A gente não encontra uma solução pra aquele problema, nem conversando e nem medicando e a gente tem que procurar um profissional, porque a gente viu que aquilo que a gente aprendeu que é conversar, e também medicar não tá resolvendo. A gente tem que buscar o profissional que eles estão mais capacitados (EF16).

Esse entendimento dos familiares e trabalhadores é apontado também pelos autores Costa (2007), Bonfada e Guimaraes (2012), Willrich *et al.* (2013) que apontam a crise como uma situação que estabelece uma urgência de realizações que no curso habitual da vida são proteladas, é uma demanda urgente que começou a afetar a rotina social e precisa de um atendimento imediato para prevenir agravos que causem mais sofrimento para o sujeito.

Os trabalhadores apontam diretrizes do cuidado de cada caso:

O caso mesmo que vai mostrando o que precisa. Porque *a priori* não dá pra saber, porque às vezes um acolhimento, uma conversa, já é suficiente, outras vezes ele precisa de um tempo para ficar, para permanecer e esse tempo pode ser que ele não fique nele de uma forma passiva, ela vai estar lá envolvido com um tanto de outras coisas e questões, num lugar que ele não conhece, com pessoas que ele não conhece e pode ser que ele responda a isso de uma forma agressiva, hostil, e é preciso ir entendendo isso. Assim a experiência que eu tive me mostra que poder se dispor a acolher isso permite que o menino, a menina consiga, na maioria das vezes, se sentir acolhida e isso com o tempo vai diminuindo. E aí as outras questões vão aparecendo, na medida em que esses casos vão demandando, algumas coisas simples, outras mais complexas, algumas que a equipe consegue resolver, outras que são próprias da gestão no município, mas a princípio eu acho que é isso (EXT15).

Essa forma de pensar o cuidado, a crise e a urgência relatada nas entrevistas estão de acordo com os autores Bonfada *et al.* (2013) que salientam que as situações de crise devem ser cuidadas a partir dos princípios de vínculo e acolhimento, buscando a compreensão da subjetividade do usuário e a interlocução entre profissionais e pacientes.

### 5.1.2 O acolhimento e as indicações possíveis

O acolhimento é um princípio fundamental do SUS, um princípio da SMCA, e deve ser exercido por toda a equipe durante todo o processo de trabalho, das informações mais corriqueiras aos atendimentos mais complexos. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos

que procuram os serviços, escutando e dando respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia dos encaminhamentos (BRASIL, 2010).

Acolher não é resolver tudo; para cada um que é acolhido é pensada uma possibilidade de intervenção, que pode ser desde a admissão no serviço como o encaminhamento para outro mais adequado à demanda. Há, porém situações em que o acolhimento não pode esperar e precisa ser imediato, como nas situações de urgência e de crise em saúde mental. Nesses casos, é necessário escuta atenta, uma avaliação cuidadosa do problema apresentado e propostas de intervenções imediatas (BRASIL, 2010).

As entrevistas revelam alguns aspectos do acolhimento nas situações de crise e urgência, bem como algumas dificuldades enfrentadas pela equipe.

A entrevistada ET1 diz sobre a abordagem a essas situações de urgência:

[...] a primeira tentativa é a abordagem verbal, a maioria funciona com uma boa abordagem verbal. Quando o sujeito vê que está sendo ouvido mesmo, que está sendo considerado o que ele tem a dizer, ele se acalma (ET1).

A abordagem verbal é citada por outros entrevistados:

É a conversa mesmo (ET2).

É a abordagem verbal [...] principalmente quando a gente considera que a palavras das crianças e dos adolescentes tem muito valor, que a gente precisa escutá-los acima tudo, de tudo (ET3).

Intervenção verbal é muito mais eficaz (EXT4).

Outra posição que aparece em várias entrevistas é o cuidado a partir da singularidade de cada usuário:

Acho que é no caso a caso. [...] o que vai ser melhor pra esse caso. Qual vai ser o nosso projeto terapêutico para esse paciente (ET1).

Outros entrevistados também apontam:



Com cada um é de um jeito. Ele não é igual, então com cada um você usa os artifícios que tiver, tem ser que criativo **(ET6)**.

Cada caso é um caso **(ET7)**.

Entender cada caso como único **(ET15)**.

Entender cada caso como único e abordá-lo verbalmente é parte do princípio fundamental da SMCA: cuidar de uma criança e do adolescente é cuidar de um sujeito, o que implica “a noção de singularidade, que impede que esse cuidado se exerça de forma homogênea, massiva e indiferenciada” (BRASIL, 2005, p.11), impedindo que o que se diz desses sujeitos seja tomado como substituto de sua própria palavra.

Para o acolhimento o serviço se organiza com uma equipe de plantão:

Existe uma equipe de plantão, na enfermagem existe uma escala uma equipe de manhã, outra à tarde e existe o plantão dos técnicos de referências, que são os psicólogos, terapeuta ocupacional, assistente social; é a referência para todos os casos que chegam, ela é a referência, que vai comunicar o médico, comunicar com a gente da enfermagem, se precisar de ajuda a gente vem e ajuda **(ET6)**.

A entrevistada ET7 apresenta a complexidade do acolhimento em uma situação desconhecida: há uma abordagem inicial imediata (escuta, avaliação médica, indicação para PD) e um cálculo para o próximo dia ou noite, a necessidade de parceria com outros trabalhadores, a avaliação da necessidade de intervenção medicamentosa:

[...] as situações que chegam que eu acho mais delicadas de intervir são as tentativas de suicídio, a agressividade em relação às outras pessoas, e aquelas em que o usuário está muito desorganizado, nas situações em que o usuário está delirando e alucinando e quando está há muitos dias sem dormir. Essas situações são mais difíceis porque você tem que estar acolhendo estar escutando, e ao mesmo tempo buscando uma parceira com a psiquiatria ou com outros trabalhadores **(ET7)**.

A complexidade desse momento é relatada por Almeida *et al.* (2014):

[...] a atenção urgente à pessoa em crise reflete um contexto complexo. É essencial visualizar na pessoa que sua crise possui um sentido e, para isso, é esperado um acolhimento dialogado que traga segurança, menos medo e possibilite o estabelecimento de vínculo pela transferência (ALMEIDA *et al.*, 2014, p. 709).

A entrevistada E6 relata como a equipe lida com uma situação de urgência:

Se não consegue ser atendido no consultório é levado para a PD, lá nós temos dois leitos, pode ser colocado no leito, algumas vezes precisa de conter, outras não, fica só em observação constante da enfermagem e com a presença de um familiar, se necessário e indicado. A gente fica observando o efeito da medicação, junto com o médico psiquiatra e com o outro profissional que está de plantão para ver a reação do paciente (ET6).

Numa situação de crise, o cuidado no CAPSi tem a função de:

[...] num primeiro momento proteger o sujeito. Protegê-lo dele mesmo, cuidar dele, suportar essa crise, ver o que aquela crise está querendo dizer. Acho que o CERSAMI tem muito essa função de dar conta de suportar isso: esse tempo do sujeito nessa crise e cuidar dele, é um momento de cuidado intensivo, do sujeito ter espaço para que na crise possa expressar seu sofrimento de outra forma, ofertar a ele recursos do serviço para que ele possa dar conta de sair daquele momento que ele está vivendo (E13).

A compreensão da situação de crise e urgência por essa trabalhadora expressa fundamentalmente o entendimento da atenção psicossocial: a crise deve ser entendida como um momento de extrema fragilidade e oportunidade de reconstruções, que exige criatividade nas intervenções a partir da escuta. Essa visão se contrapõe ao conceito de crise no modelo da psiquiatria tradicional, ligada à emergência de sintomas a serem contidos (CAMPOS *et al.*, 2009).

Segundo Bonfada, Guimaraes e Brito (2012):

[...] é preciso identificar e intervir sobre os aspectos destrutivos que possam estar envolvidos no evento, sem se utilizar de técnicas repressivas ou violentas, mas sim, da criatividade, apresentando-se como um mediador interessado, disponível e participante. Nesse processo, valoriza-se a escuta terapêutica, a empatia e o tempo de que o sujeito em crise necessita para se desprender de parte do sofrimento manifestado no momento (BONFANDA; GUIMARÃES; BRITO, 2012, p. 311).

Segundo Lobosque (2014), partir dessa abordagem inicial é preciso pensar e pactuar as primeiras intervenções:

O projeto terapêutico do usuário em crise deve ser ágil e flexível. Ágil, porque a crise costuma requerer intervenções imediatas e rápidas, já no primeiro atendimento. Flexível, porque o tipo e o grau das intervenções necessitam ser revistos a cada dia, que podem acarretar modificações importantes, conforme o andamento do caso (LOBOSQUE, 2015, p. 29).

A entrevistada ET7 fala desse momento de construção das primeiras abordagens:

É difícil assim quando você está recebendo o caso pensar um pré-projeto terapêutico para um paciente que você está vendo pela primeira vez. [...] ele pode retornar para casa ou não? Ele precisa ficar aqui? A família tem estrutura pra ficar com ele em casa? [...] O que eu acho mais difícil é isso, a gente fazer um cálculo de uma situação nova, que geralmente aconteceu um fato muito inusitado ou muitos fatos e aí você fica muito tomada por eles, sem conseguir alcançar o que está desencadeando tudo isso **(ET7)**.

Essa entrevistada apresenta as dificuldades que o plantonista enfrenta para avaliar a gravidade de uma situação e os diversos fatores (sociais, psicopatológicos, culturais, de estrutura do serviço) para propor a intervenção inicial. Essa intervenção pode e deve ser partilhada com a equipe que está no CAPSi naquele dia, com a família ou responsáveis, e com o usuário.

Cabe ressaltar que PTS é fundamental na atenção psicossocial, representando uma nova forma de se pensar o conceito de saúde e a forma de cuidar baseada na singularidade dos usuários, nos saberes dos diversos técnicos. Segundo Deschamps e Rodrigues (2016), é uma estratégia:

[...] para promover a melhora da atenção psicossocial ofertada, construindo um modelo que permita a escuta, o diálogo, a decisão conjunta, o compartilhamento do poder, com a participação ativa dos sujeitos, possibilitando-se elaborar respostas adequadas à complexidade das situações (DESCHAMPS; RODRIGUES, 2016, p. 90).

Após o acolhimento da situação de urgência trazida pela família, SAMU, polícia ou de outra forma, o PTS inicial é elaborado e contém indicações a partir de cada caso conforme a fala abaixo:

Dependendo do caso a gente vai atender e oferecer os dispositivos que aquele caso tiver precisando naquele momento: a PD, PN, consultas ambulatoriais com mais frequência, o atendimento da psiquiatria, a medicação e os outros dispositivos que o serviço oferece **(ET3)**.

### *5.1.3. O uso das medidas de exceção (contenção física e química)*

A entrevistada EXT15 aponta que as contenções de crianças e adolescentes são comuns no ambiente familiar:

que a prática de contenção para crianças e adolescentes é usada muitas vezes pela família, via castigos, via quarto, via brinquedo, via bater, segurar

[...] e que quando os usuários chegavam aos serviços de saúde mental é porque as famílias não conseguiam mais contê-los **(EXT15)**.

O que é confirmado pelo familiar:

A gente mantém um domínio sobre ela [...] ela já teve crise lá em casa que eu tive que amarrar, imobilizar, [...] tem crise que nós em casa conseguimos controlar **(EF17)**.

A entrevistada ET3 aponta que as contenções físicas acontecem no CAPSi como último recurso, depois de várias abordagens, negociações:

[...] é o último recurso, quando o sujeito se encontra numa situação que ele pode causar danos a ele mesmo e a terceiros, se machucar e machucar outra pessoa e aí entra a necessidade a contenção física. Isso é raro de acontecer, porque a abordagem verbal funciona muito, por isso é preciso ter essa sensibilidade de saber abordar esse sujeito, considerar o que ele está dizendo e escutá-lo. Na maioria das vezes isso funciona **(ET3)**.

O entrevistado ET7 aponta os aspectos e os cuidados nas situações de contenção:

O serviço é cuidadoso no sentido que uma contenção não é feita assim só pela equipe da PD, sempre tem a participação do plantonista, do médico, de ficar lá com o paciente, para que aquela contenção tenha um sentido também para o paciente, que é o mais importante, ter um efeito para o paciente. Que ele consiga ficar mais apaziguado, que dentro do momento dele ele consiga elaborar o que aconteceu **(ET7)**.

Aspectos relativos aos cuidados nesse momento são descritos por Lobosque (2014): as medidas de contenção devem ser executadas conjuntamente por tantas pessoas quanto se fizerem necessárias, independente de sua formação profissional; o usuário contido no leito deve ter sempre um membro da equipe a seu lado, com o objetivo de zelar por sua segurança, conversar com ele, argumentar sobre as razões da contenção, entre outros.

A entrevistada ET13 relata que as

contenções são poucas, mas algumas vezes quando são feitas eu acho que poderia ter sido manejado de outra forma. [...] eu sei que ele está indicando uma contenção pela segurança do paciente, pela segurança dos outros pacientes, dos profissionais que estão na permanência dia **(ET13)**.

Essa entrevistada alerta para a necessidade da equipe do CAPSi sempre refletir sobre as indicações de uma contenção, para que ela não seja naturalizada:

A contenção é a solução? O que nós poderíamos fazer para que a contenção seja o último, sempre? (ET13).

Lobosque (2014) aponta ainda que:

Uma ou mais pessoas responsáveis, ao decidir pelo emprego da medida involuntária, deve registrar claramente no prontuário as razões da decisão, incluindo as tentativas anteriormente feitas para evitá-la, e os cuidados tomados para que essa medida seja o menos traumática possível para o usuário (LOBOSQUE, 2014, p. 43).

A entrevistada ET12 relata o sentimento das crianças e adolescentes após a contenção:

Com relação às crianças elas lembram, eles depois perguntam: você vai me conter, você vai me amarrar. É algo que você vê que fica gravado ali, acho que é o extremo (ET12).

Nesse sentido é fundamental que a indicação da contenção esteja clara para a equipe e que na medida do possível isso seja transmitido àquele que é submedito ao procedimento. Almeida *et al.* (2015, p. 1041) alertam para “a discrepância entre a contenção que cuida para a contenção que pune. Essa diferença conceitual é fundamental para a reflexão do cuidado posterior ao momento da contenção”.

Lobosque (2014) nos alerta que:

As medidas involuntárias devem não apenas ser usadas em situações de exceção, mas também mantidas pelo menor lapso de tempo cabível, limitadas ao período de risco grave. O usuário deve ser liberado da contenção assim que possível (LOBOSQUE, 2014, p. 42).

Em se tratando de criança e adolescente recomenda-se que os pais ou responsáveis sejam esclarecidos desde o início do tratamento sobre a possibilidade das medidas de contenção e informados cada vez que essas medidas forem utilizadas. A relação de confiança entre usuários, equipe e familiares é fundamental para a viabilização do cuidado.

A medicação é outro recurso que pode ser utilizado como contenção e, segundo Brito, Bonfada e Guimarães (2015), o medicamento:

[...] não pode ser visto como uma forma mágica de sanar os comportamentos que possam estar causando incômodo, constrangimento ou medo a partir da visão estigmatizada da doença mental. O uso da sedação deve ser feito com critério e indicação clínica condizente, como quando o sujeito põe em risco concreto a sua integridade ou a de outras pessoas (BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015, p. 1304).

A entrevistada EXT15 relata que a contenção química/medicamentosa também é utilizada como uma estratégia no CAPSi Betim:

[...] uma contenção medicamentosa é um pouco mais velada. É uma forma de garantir a proteção, evitado o contato físico e evitando por que os meninos se, queriam ir embora, fugir, se machucassem porque muitas vezes sem querer eles se feriam muito, se cortavam (EXT15).

A entrevista ET12 também fala de sua percepção sobre o uso da medicação:

Acho que a medicação aqui não vem em primeiro lugar. A medicação não é substituo de nada aqui. Ninguém supermedica ninguém, a medicação é usada num contexto com uma abordagem, um convencimento (ET12).

As entrevistas apontam que o uso das medidas de exceção pela equipe são o último recurso a ser utilizado e que a palavra deve sempre mediar as ações.

#### 5.1.4. O trabalho da equipe

A Reforma Psiquiátrica, na sua dimensão técnico-conceitual e técnico assistencial, vem propor mudanças no conceito de saúde, na forma de cuidar dos usuários, na organização dos serviços e na relação entre os profissionais, usuários e familiares, entre as noções de loucura, de comunidade e cultura; propõe estabelecer um intenso diálogo entre as diferentes disciplinas e conhecimentos que tratam do humano. Produz um borramento entre os limites e fronteiras, constituindo possibilidades diversas para pensar e fazer (YASUI, 2006). Sendo assim:

Não são apenas diferentes disciplinas que olham para um mesmo objeto. Há que se abrir às fronteiras e fazer circular, **transitar** conceitos e categorias, **transmudar** os olhares dos sujeitos, **transformar** nossos modos de pensar, nos **transformarmos** nesse processo de construção (YASUI, 2006, p.137).

Desta forma, o trabalho da equipe nos serviços substitutivos à lógica manicomial é fundamental para a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Busca-se o deslocamento do poder centrado na figura do médico para o estabelecimento de outras formas de diálogo, de pactuação, em que todos os trabalhadores da equipe têm a contribuir. Segundo Yasui (2006):

A equipe é o principal instrumento de intervenção/invenção/produção dos cuidados em saúde mental. Produção que se dá no agenciamento de afetos para produzir vínculos, na negociação de interesses divergentes, na pactuação para um projeto de cuidado, se dá, enfim, nas relações que emergem no encontro entre a demanda e o sofrimento do usuário com o trabalhador, com sua subjetividade e sua 'caixa de ferramentas' (YASUI, 2006, p. 134).

Os entrevistados trazem nas suas falas questões que apontam para novos papéis e uma relação entre os trabalhadores em que há compartilhamento do saber e do fazer. Nas entrevistas, a ênfase foi dada ao papel do plantonista nas situações de urgência e crise, às reuniões de equipe e ao papel do médico.

O plantonista é apontado como importante organizador da dinâmica de trabalho diário do CAPSi e principalmente durante o acolhimento de uma urgência.

O plantão é o diretor desse momento **(ET3)**.

Ele que vai dizer o que ele está necessitando, o que ele espera de cada um da equipe **(EXT4)**.

O plantonista é o maestro desse momento, ele é que vai conduzir **(ET10)**.

Estes aspectos são sublinhados por Lobosque (2014), que afirma que o acolhimento do usuário em crise é conduzido por um trabalhador independente da formação acadêmica.

A colaboração de outros trabalhadores, durante ou depois do acolhimento de uma urgência também é apontada por Lobosque (2014) e pela entrevistada EXT14 como forma de superar as dificuldades de se tomar decisões sobre situações tão complexas:

Você precisa muito contar com esse apoio, num momento de urgência, por exemplo, você pode dividir a opinião com um profissional, porque como a gente é o único plantonista, muitas vezes, eu acho que te escapa a condução, ou você está muito imbuído ali daquela situação, escutou muito aquela família, ou paciente. Então ter uma opinião diferente é importante **(EXT14)**.

Observamos nas falas dos entrevistados que os técnicos de nível superior assumem a função plantonista independente de sua formação acadêmica:

E esse papel do plantonista de ser multiprofissional, de não ser uma categoria específica enriquece muito o processo **(ET10)**.

Esse aspecto é destacado por Yasui (2006) ao discutir a equipe, o compartilhamento dos saberes e a descentralização das decisões do saber médico, e por Lobosque (2014):

Os membros da equipe devem priorizar essencialmente a sua atuação como trabalhadores em saúde mental, e não a sua formação específica. O processo de trabalho se engessa quando trabalhador se identifica excessivamente com seu núcleo de identidade profissional ou ocupacional, ou seja, quando o psicólogo só faz psicoterapia, o médico só prescreve, a faxineira só varre, e assim por diante (LOBOSQUE, 2014, p. 43).

Na equipe do CAPSi, os trabalhadores se colocam numa posição de profissionais de saúde mental. De acordo com entrevistas e os autores citados, eles assumem o compartilhamento de saberes no cotidiano e também no plantão.

O plantão é uma atividade central no CAPSi e alguns entrevistados apontam os aspectos que dificultam o trabalho do plantonista. A sobrecarga de atividades é um desses aspectos:

[...] fica muito sobrecarregado, é responsável por receber a urgência que chega, via polícia, via SAMU, via família, via unidade básica, é responsável por organizar a permanência, por atender aos telefonemas, as demandas de alguém que quer discutir, como casos da escola, do conselho tutelar **(ET13)**.

Pode-se perguntar sobre as causas dessa sobrecarga: é uma dificuldade relativa à organização do trabalho, em que o plantonista assume além dos atendimentos da urgência outras funções que poderiam ser desenvolvidas por outros membros da equipe numa divisão de tarefas? É devido o aumento de demanda dos usuários que estão na PD ou dos casos das urgências que chegam ao serviço? Ou a sobrecarga é consequência da ordenação da demanda em SMCA, da dificuldade da AB nos cuidados com os casos de saúde mental? A fala abaixo relata as dificuldades enfrentadas pelo plantonista e aponta que a sobrecarga advém da falta de outros pontos da rede para acolher as situações que não são urgências:



Acho que o plantão absorve tantas outras coisas que são burocráticas que não da ordem da urgência, que às vezes isso atropela as urgências em si. [...] de repente se ele tivesse esse outro aporte de uma rede maior, de uma rede segura, ele poderia cuidar muito melhor das questões da urgência **(ET12)**.

A presença de um segundo plantonista é sugerida também como uma forma de melhorar o trabalho, possibilitando um cuidado mais adequado às situações de urgência e crise, como, por exemplo, ter um tempo maior para escutar a história de quem chega, entender o que está acontecendo e propor intervenções mais adequadas:

Seria um segundo plantonista para ficar com essas questões da PD, de atender um telefonema. [...] Acho que até a forma de acolher vai ser diferente, porque vai ter um tempo maior para investigar a história, um tempo maior pra dedicar na condução inicial **(ET13)**.

A organização e integração dos diferentes pontos da RAPS também são levantadas como uma forma de qualificar os encaminhamentos:

[...] eu venho falando da importância do território, da unidade básica de saúde ter uma equipe de saúde mental que atenda crianças e adolescentes. Acho que a urgência chegaria de outra forma, ou nem chegaria, acho que ia diminuir bastante se tivesse um profissional de saúde lá, ia detectar essa possibilidade de urgência, ia tratar, fazer um acompanhamento **(ET13)**.

A fala acima aponta a responsabilidade para a qualificação dos encaminhamentos da AB para o CAPSi como função apenas da EISM, não se pergunta o que o CAPSi pode fazer, qual o seu papel junto a AB, mesmo existindo a EISM. Este aspecto vamos discutir no próximo item.

Outro aspecto destacado nas entrevistas é o papel da equipe de priorizar as situações de crise, quando necessário, apoiando o plantão com ações concretas:

Não tem que criar todo um tumulto nos cuidados daquela criança, mas todos nós temos que estar disponíveis para o que for necessário **(ET4)**.

Esse outro entrevistado afirma qual é o papel de toda a equipe diante de uma situação de urgência:

A urgência pode mobilizar um serviço como um todo, se precisar, se for necessário todos aqueles que estiverem no serviço precisam participar e ajudar, no momento da crise da abordagem, mesmo que o profissional esteja atendendo no ambulatório. É um trabalho em equipe **(ET13)**.

Outra entrevista aponta, porém, que há uma centralização no plantonista e que alguns profissionais não estão atentos a essa função de apoiador do plantão em detrimento, por exemplo, a uma reunião, a um atendimento ambulatorial:

O plantonista é uma pessoa que é a referência do serviço, que em alguns momentos acho muito centralizado, acho que a equipe poderia estar mais envolvida, eu sinto que o plantão poderia fluir melhor se as pessoas estivessem mais envolvidas. [...] tem pessoas que estão mais atentas ao plantão e tem pessoas que parecem pensar: não tem nada a ver comigo **(ET10)**.

Aqui também pode se perguntar por que a equipe em alguns momentos não se dispõe a ser apoiadora do plantão. Quais as causas dessa postura: uma sobrecarga decorrente das dificuldades de outros pontos da RPAS como, por exemplo, ausências de EISM, aumentando a demanda de casos para o CAPSi? Ou a causa seria um não entendimento pelos profissionais dessa função?

Nesse sentido, as reuniões de equipe, as atividades de educação permanente como supervisão são fundamentais para que os profissionais com experiências e formações diferentes possam partilhar o conhecimento, conforme aponta a entrevista ET8:

A supervisão é fundamental para a clínica institucional para clarear essas coisas, para afinar o trabalho da equipe, para poder definir as prioridades, para poder ter um discurso mais comum. Não no sentido de todo mundo pensar igual, mas da gente ter uma linha do serviço **(ET8)**.

Outro aspecto relatado pelos entrevistados foi o funcionamento e objetivos da reunião semanal de equipe. A reunião de equipe é apontada como um importante espaço da discussão dos casos que chegaram durante a semana e que estão em PD:

A gente leva o caso para a reunião de equipe e isso dá um norte para quem acolhe e referencia o caso **(ET10)**.

Há, porém, um entrevistado que aponta a reunião de equipe como espaços que ora gera efeitos importantes de formação e de discussão de casos e construção coletivas de PTS e outros nem tanto:

Tinham reuniões muito boas, muito profundas de discussão de casos, com elaboração de projetos em conjunto, mas tinha reuniões muito difíceis. [...],

em que não havia mobilização para a construção projetos conjuntos **(EXT14)**.

Outra entrevista também aponta dificuldades na discussão de casos na reunião de equipe e sugere que houvesse uma formalização maior desse momento:

Eu acho até que deveria garantir que as urgências sejam discutidas e também os casos novos **(ET7)**.

segundo Ferigato, Campos e Ballarin (2007), as reuniões ser devem espaços de interlocução e são essenciais entre os membros das equipes de instituição que lidam com sofrimento psíquico de alta complexidade. Nesses espaços os profissionais podem se comunicar, trocar experiências e saberes, discutir casos, serem cuidados e cuidar uns dos outros (passagens de plantão, as reuniões de equipe e miniequipe, as supervisões clínico-institucionais e os espaços de convivência), proporcionando a constituição da unidade entre os membros da equipe e possibilitando que os profissionais consigam lidar com o sentimento de mal-estar com o qual, muitas vezes, a clínica da crise nos coloca. As entrevistas demonstram que algumas reuniões geraram consequências em relação aos momentos vividos pelos trabalhadores e outras nem tanto.

Outro aspecto apontado em relação ao trabalho de equipe no CAPSi foi o papel do médico:

Acho que todo médico do CAPSi deveria ser um apoiador do plantão [...] ele fica muito longe do plantão mesmo estando na unidade **(ET10)**.

A fala da entrevistada demonstra um sentimento de solidão ao exercer a função de plantonista e também aponta que, em função da organização do serviço, o médico dá pouco suporte ao plantão.

Aqui, também, cabe nos perguntar qual a função do médico num CAPSi: é a referência para atendimentos de urgência? Como este profissional vai dar um suporte adequado às situações de urgência e aos casos da PD? Cabe perguntar como o CAPSi está organizado para o atendimento da psiquiatria, já que apenas nesse ponto da RAPS se oferece esse cuidado, e se essa lógica coincide com o que é descrito por Elia (2013):

Sob a alegação de que são poucos médicos e de que todos os pacientes dos CAPS precisam de psiquiatras, o que congestiona suas agendas, eles se restringem, na maioria das vezes, aos atendimentos específicos de sua profissão, sejam atendimentos individuais ou em grupo. Esta característica leva a algumas consequências principais: a ambulatorização do atendimento médico; os médicos não participam dos ambientes coletivos, como a convivência; os pacientes passam a ter um médico e um técnico de referência; o cuidado médico se encontra fragmentado dos demais, pois suas decisões são as únicas que passam por pouca ou nenhuma decisão de equipe (ELIA, 2016, p. 42).

Enfim, as questões apontadas nas entrevistas em relação ao lugar do plantonista, da reunião de equipe e do médico no CAPSi demonstram a complexidade da construção de um serviço substitutivo que experimenta na prática cotidiana a invenção de novas formas de cuidar, de trabalhar em equipe, que representam as dimensões técnico-teórica e técnico-assistencial propostas por Amarante (2007) vividas no trabalho real. As dificuldades apontadas são inerentes num processo tão complexo como o da Reforma Psiquiátrica.

Trabalhar em equipe não é tão simples quanto parece. Por um lado, estamos num processo de desmistificar a cultura do lugar central do médico na articulação do tratamento do usuário; as demandas deixam de ser endereçadas de forma específica ao psiquiatra e passam a ser trabalhadas por toda equipe interdisciplinar. Por outro lado, também estamos num processo de criar e experimentar lugares e funções diferentes, em que trabalhar em equipe nos remete à legitimação, e, ao mesmo tempo, à dissolução do lugar do saber (SILVA, 2003; FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

## **5.2 O mandato gestor: a ordenação da demanda intrassetorial**

As entrevistas revelam que o CAPSi Betim foi criado num momento de grandes investimentos no SUS, tanto no nível nacional quanto municipal:

Então foi tudo confluindo para ser uma boa experiência, a criação dos diversos serviços, a política nacional sendo construída, [...] e um momento de muito investimento no município, com possibilidade de criar e inventar (ET8).

Durante seu processo de constituição, o CAPSi considerou as necessidades de seu público para construir as diversas possibilidades de intervenção:

Os casos iam pedindo atendimento e formas mais complexas e mais qualificadas para atendê-los. A gente via que só o atendimento individual era insuficiente, para dar conta do caso grave e dar conta da crise **(ET3)**.

Ao mesmo tempo, havia uma preocupação de não repetir práticas de institucionalização:

Como nós vamos cuidar de crianças muito comprometidas sem institucionalizá-las? **(ET4)**.

Ou de não repetir o modelo assistencial pensado para adultos. Conforme relatado por Silva, (2003, p. 29): “o modelo assistencial em saúde mental para o paciente adulto, definitivamente não poderia ser o mesmo para a criança”, devido às especificidades desse público, em relação à clínica propriamente dita, em relação às instituições de exclusão, às necessidades de ambientes lúdicos, à rede intersetorial bem peculiar (escolas, conselhos tutelares).

O projeto inicial, além do CAPSi, incluiu as Equipes Mínimas de Saúde Mental – EMSM, que foram lotadas em UBSs estratégicas no ano de 1993 (NUNES, 2009) e se firmaram como um braço do CAPSi ao longo dos anos. A rede foi se adaptando às mudanças da AB, como a implementação da ESF/NASF:

O projeto consistia em ter o CAPSi e equipes de saúde mental na atenção primária e a nossa intenção era que essas equipes aumentassem e se proliferassem **(ET3)**.

Na época da realização das primeiras entrevistas para esta pesquisa, a SMS havia feito uma proposta de mudança nos pontos da RAPS, excluindo as EMSM, sem considerar o processo histórico e nem ouvir os trabalhadores. O sentimento e a reação diante da extinção de um ponto da rede criado há tantos anos e que desempenha, de modo geral, importante função de cuidado e de articulação entre ESF/NASF/CAPS, é percebido nas entrevistas:

Eu acho que é pelo momento de dificuldade que o serviço tá vivendo, sabe? Politicamente, uma insatisfação dos trabalhadores, as interferências da gestão, a mudança do projeto da saúde mental. Tudo isso tem efeito, os trabalhadores ficam desmotivados **(ET3)**.

Foi um momento de insatisfação, mas que gerou implicação e mobilização de trabalhadores como há muito tempo não se via em Betim. Após discussões, a SMS

optou por manter essas equipes, que deixaram de ser chamadas de 'mínimas' e foram nomeadas como 'Equipe Intermediária de Saúde Mental (EISM)', fortalecendo-se como ponto da RAPS, que tem o objetivo desenvolver as seguintes ações: matriciamento, atendimento individual e ações coletivas.

Nesse momento, inicia-se a recomposição de profissionais nas EISM como um todo, mas na SMCA as dificuldades continuaram: equipes ESF/NASF incompletas, EISM sem profissional de referência para atender crianças e adolescentes, como relata uma entrevistada:

Ter os profissionais de saúde mental na atenção básica é uma referência, um suporte e a gente tinha uma rede mínima em algumas regiões da cidade e hoje a gente tem praticamente zero dessa rede (ET8).

A diminuição do número de profissionais na EISM se deu porque profissionais com um longo percurso na SMCA pediram transferência para os serviços de adultos, alegando que "não querem trabalhar com criança e adolescentes, é muita pressão"<sup>7</sup>. Outros profissionais da rede não aceitaram convites para esse lugar e não há previsão de concurso público ou outra forma de contratação. Essa situação de profissionais desistindo ou se negando a trabalhar na SMCA traz a seguinte pergunta: é a clínica da atenção psicossocial de criança e adolescente que mobiliza vários sentimentos nos profissionais que os fazem desistir do trabalho ou a desistência é em função da organização entre AB/CAPSi que sobrecarregam e desmotivam os profissionais? Nas entrevistas, a forma como a RAPS e sua organização está pensada e não é viabilizada foi apontada como um fator que tem implicações diretas no trabalho da SMCA.

O fluxo da RAPS Betim é pensado da seguinte forma: os casos de SMCA chegam à AB, são acolhidos, avaliados e, se necessário, são discutidos na reunião de matriciamento, da qual deve participar a AB (ESF, NASF, EISM, CAPSi). Nesse espaço seria construído o projeto terapêutico do usuário que poderia ou não incluir o CAPSi. Outras situações podem ser encaminhadas ou procurar o CAPSi diretamente, dependendo da necessidade. Nesse sentido esse ponto da RAPS seria porta aberta para as situações de crise e urgência. O CAPS III é a referência para atendimento a situações de crise e urgência para crianças e adolescentes nos

---

<sup>7</sup> Fala de uma trabalhadora da SMCA que pediu transferência para o serviço de adulto.

momentos que o CAPSi não está funcionando e para receber as indicações de PN e PD nos finais de semana. O SAMU é acionado quando necessário.

As entrevistas revelam que na prática esse modelo proposto não foi efetivado, em todo o município. Em relação à atenção básica faltam profissionais que atendam crianças e adolescentes nas EISM e equipes de ESF/NASF estão incompletas em algumas regiões. Em relação ao CAPSi, a equipe alega não ter condições de estar mais próxima à AB, em trabalhos como por exemplo o matriciamento. Em relação ao CAPS III e ao SAMU, as entrevistas relatam que o fluxo tem funcionado adequadamente.

### *5.2.1 CAPSi X Atenção Básica*

O CAPSi se mantém como referência para o cuidado de casos específicos, incluindo as situações de crise e urgência e mantém contato tanto com a AB, ou com a rede intersetorial a partir de cada caso já acompanhado. Essa situação gera dificuldades no processo de trabalho entre o CAPSi e AB. Os entrevistados apontam a falta de um profissional para atender crianças e adolescentes:

Gente [que] não tem para onde encaminhar para o território, acaba ficando aqui **(ET1)**.

e demonstram não considerar a ESF e o NASF como possibilidade de parceiros para o manejo desses casos.

Outra dificuldade apontada é o aumento de usuários em situações de urgência pela ausência de cuidado em saúde mental na AB:

[...] então muitos casos estão sem atendimento pela equipe de saúde mental da AB e isso faz aumentar os casos de urgência que chegam ao CERSAMI. **(ET3)**.

Uma entrevistada relata que o CAPSi fica sobrecarregado, atendendo casos que poderiam estar em acompanhamento nas EISM e se pergunta se a definição de um profissional do CAPSi como referência para a AB/NASF em cada região do município facilitaria essa aproximação:

[...] se tivesse essas equipes de saúde mental na AB também o CERSAMI poderia estar mais presente no território. Independente disso o CERSAMI

precisa trabalhar a questão da equipe ser regionalizada e pra gente estar presente no matriciamento, nas discussões dos casos, o território ter uma referência aqui no CERSAMI, por experiência do adulto<sup>8</sup> (ET13).

Na prática o trabalho na RAPS/SMCA está fragmentado, não consegue funcionar conforme o arranjo pactuado. Não há uma uniformidade, uma identidade de ações que possam ser apresentados como a RAPS de SMCA de Betim. Existe uma rede potencial que na realidade não estabelece fluxos claros, o matriciamento não se estabeleceu, o CAPSi ainda está muito distante dos territórios. A AB (EISM/ESF/NASF), de modo geral, não oferece acompanhamento aos casos de SMCA. Os profissionais do CAPSi mantêm a expectativa de que modelo pactuado para o funcionamento para a RAPS seja viabilizando pela Gestão. Essa espera faz com que o CAPSi fique isolado, solitário, num círculo vicioso: o CAPSi está sobrecarregado porque não tem EISM. Sobrecarregado, não consegue efetivamente estar presente na AB/matriciamento. Como consequência de não haver reuniões de matriciamento, não há discussão coletiva entre a SMCA e AB e não há processos de educação permanente que possibilitem à AB/SMCA construir fluxos, compartilhamento de casos, relação com a rede intersetorial mais eficiente e com mais qualidade, principalmente para o cuidado das crianças e adolescentes e de suas famílias.

A consequência da falta de articulação dos pontos da AB/CAPSi é percebida nos encaminhamentos da AB para o CAPSi:

Uma dificuldade escolar eles encaminham para o CERSAMI, mas eles reconhecem que o CERSAMI é o lugar da crise e da urgência, mas encaminham uma dificuldade de aprendizagem (ET13).

O problema também apontado pela EXT14:

Eu acho que com relação à atenção básica, ainda há uma distância, acho que o trabalho ainda é pequeno principalmente do CERSAMI com o NASF [...] as pessoas do NASF não se sentem legitimadas a discutir o caso com o CERSAMi (EXT14).

---

<sup>8</sup> No caso do CAPS, chamados em Betim de CERSAM, que atendem adultos, as equipes são divididas em duplas e elas são referências para determinada equipe da AB/NASF. Essa forma de divisão possibilita um contato mais efetivo das equipes que referenciam os mesmos casos em pontos diferentes da RAPS.



As entrevistas apontam que o CAPSi não está próximo da AB e das EISM nesse modelo de RAPS adotado na SMCA. Nas regiões onde não existem EISM o CAPSi também não assumiu a função de matriciamento e dessa forma parece estar na contramão do que apontam os estudos:

No Brasil, estudos têm indicado a importância da qualificação da AB para detecção de necessidades em SMCA, assim como a relevância da função estratégica do CAPSi junto à AB, que, a um só tempo, contribui para qualificar ações, potencializar fluxos de atenção e minimizar perdas de casos, inscrevendo a SMCA como componente indispensável das redes de atenção em saúde (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017, p. 1934).

A fala da entrevistada EXT15 é precisa em apontar os riscos do CAPSi não estar próximo do território e não estabelecer fluxos mais flexíveis.

Acho que existe um grande risco de isso acontecer, caso o serviço fique aprisionado na fazeção dos casos complexos que estão dentro do serviço. Há muitos casos complexos que não chegam ao serviço. Muitas vezes, nem é possível se dar conta disso. Então, estar no território também é cuidar dos casos complexos, mas, com a parceria de outros profissionais. Penso que é preciso responsabilizar e implicar a rede (de forma geral) e a atenção primária em saúde, no acolhimento e nas intervenções possíveis com estes casos. Mas, os profissionais que estão lá precisam dos profissionais da saúde mental para fazerem isso. Tudo cai na atenção básica e, muitas vezes, uma reunião de matriciamento é extremamente rica para que uma intervenção possível seja feita lá no território. Para tê-los como parceiros, é preciso ser parceiro do trabalho deles e isso, com certeza, incide de forma positiva no trabalho que se realiza dentro do serviço de saúde mental. Acho que deve haver uma organização na rede para encaminhamentos e fluxos, mas, acho complicado burocratizar demais este acesso. Se o caso chega ao Cersami, deve ser acolhido e aí, talvez, se for o caso, fazer o caminho contrário, ou seja, encaminhar para o PSF. Mas, isso só funciona, se o PSF conhece o trabalho do serviço de saúde mental, ou seja, se há uma proximidade entre essas equipes (**EXT15**).

Essa entrevistada aponta para o risco do serviço 'ficar aprisionado na fazeção de casos complexos', que pode ser entendido com uma especialização em apenas um aspecto do cuidado. Um entrevistado aponta o CAPSi como o lugar do especialista:

O CERSAMI é o lugar onde centraliza e é uma equipe de especialistas, é o lugar da especialidade e da crise (**ET3**).

Há nessa fala uma questão fundamental abordada pelos teóricos da SMCA: qual o lugar que o CAPSi vai assumir na RAPS? O CAPSi é um serviço

especializado<sup>9</sup> em atender a crise e devolver para o território para reinserção social, repetindo a lógica verticalizada do hospital psiquiátrico (DELFINI; REIS, 2012; COUTO; DELGADO, 2016)? Ou o CAPSi vai oferecer a “dimensão específica de cuidado” (COUTO; DELGADO, 2016, p. 187) em saúde mental com os recursos que lhe são próprios (como PD, oficinas, encaminhamento para a PN) toda vez que o usuário precisar, trabalhando de forma integrada com a AB e com a rede intersetorial ampliada, numa lógica horizontalizada, dialógica, de construção coletiva de PTS?

Apontando ainda para a dificuldade do CAPSi definir seu lugar, outra entrevistada revela que o serviço não se coloca como uma urgência psiquiátrica que atende os casos e os devolve para o território, há um acompanhamento, uma construção a partir do caso que chega.

Não é só atender a urgência naquele momento, é acompanhar depois a evolução. Acho que aqui a gente não atende só a urgência do momento, a gente acompanha o que vai acontecer depois, não é só o momento de crise que a gente atende aqui. Tem um prosseguimento. Não é atendeu aqui, acabou (ET2).

De modo geral as entrevistas revelam que o CAPSi não tem clareza de seu papel na RAPS em relação a dois pontos: é um serviço especializado na crise e na urgência ou oferece cuidados específicos de acordo com cada usuário; e qual é o seu papel junto a AB (ESF/NASF/EISM)?

Alguns trabalhadores citam a função de um coordenador específico atuando junto com a Referência Técnica da Saúde Mental<sup>10</sup> como uma possibilidade de viabilizar as questões referentes à SMCA no município. O Coordenador de SMCA já existiu em Betim em momentos diferentes. Trata-se de uma função gestora que discute e articula nas diferentes instâncias (da rede intrassetorial e da rede

---

<sup>9</sup> Serviços especializados remetem à lógica hierarquizada de níveis devidos em atenção primária, secundária e terciária em saúde: “O caráter inovador da atenção psicossocial é o de exercer no território (nível básico) ações complexas como as requeridas no cuidado de pessoas com transtornos mentais (considerado especializado no sistema hierarquizado)” (COUTO; DELGADO, 2016, p. 187). Na RAPS, um caso complexo pode ser atendido tanto na AB como no CAPSi o que vai determinar o lugar do cuidado é o tipo de ação necessária àquele usuário, naquele momento e quem pode prestá-lo. Desta forma um usuário pode precisar dos cuidados do CAPSi por um longo período ou apenas em alguns momentos, mas nunca deixará de ser um usuário da AB.

<sup>10</sup> A Referência Técnica de Saúde Mental de Betim está diretamente ligada à Secretaria Municipal de Saúde. No momento das entrevistas, contava com um coordenador geral e um coordenador para a atenção básica. Após mobilização dos trabalhadores da SMCA, a função do coordenador da SMCA foi novamente instituída no município.

intersetorial) as questões das crianças e adolescentes, garantindo as especificidades inerentes a essa clientela e buscando que questões da SMCA não sejam colocadas em segundo plano, como já aconteceu em outros momentos da história da psiquiatria e da reforma psiquiátrica brasileira. As falas do entrevistado ET13 revelam essa expectativa em relação ao coordenador:

Acho que o coordenador é uma figura fundamental, essa função não dá para ser desenvolvido pelo gerente do CERSAMI. Tem que ter um coordenador da SMCA, porque o coordenador geral também não dá conta, porque tem muitas ações específicas da criança e do adolescente **(ET13)**.

E a fala do entrevistado ET8 aponta algumas das funções do coordenador do infantojuvenil:

[...] quando a gente teve coordenação do infantil trabalhando junto com a coordenação do adulto a gente teve um trabalho mais articulado no município como um todo: na saúde mental, na saúde, e na rede intersetorial **(ET8)**.

Mais uma vez observamos como os entrevistados apontam que a equipe do CAPSi está em busca de uma saída para revolver os impasses enfrentados em relação à ordenação da demanda. As entrevistas apontam que as saídas pensadas são compor as AB(ESF/NASF/EISM) conforme planejado, negociar com a Gestão a volta da função de coordenação específica e a equipe do CAPSi se aproximar da AB, com um profissional do CAPSi sendo referência para AB de cada região do município.

Os estudos de Delfini e Reis (2012), e de Teixeira, Couto e Delgado (2017) apontam que a aproximação entre a AB e o CAPSi é um desafio cotidiano e que o caminho é longo, com obstáculos, mas é imprescindível para a construção de um sistema de saúde cada vez mais integral. Destacam ainda que o compartilhamento da responsabilidade das intervenções em SMCA entre o CAPSi e a ESF só se realiza por meio das relações sociais entre os trabalhadores dos serviços, em que o compartilhamento do conhecimento e das ações de cuidado possibilitariam a construção conjunta de projetos de atenção, que possam contribuir para maior segurança dos trabalhadores da ESF no desenvolvimento de intervenções psicossociais, impactando positivamente o acesso e a qualificação da assistência em SMCA.

### 5.2.2 CAPS III

Na organização da rede intrassetorial o CAPS III é responsável pelo cuidado à crise e urgência de crianças e adolescentes e por oferecer PN e PD, quando indicado pelo CAPSi, nos horários que ele não funciona. No CAPS III há um leito protegido (quarto com duas camas) especialmente preparado para receber o usuário indicado e seu acompanhante. Essa organização demonstra o esforço de uma rede quando não é possível o CAPSi funcionar 24 h e um outro ponto se organiza para esses cuidados, prescindindo da internação hospitalar.

Nas entrevistas observamos que a equipe tenta manejar as situações para que a PN não seja necessária, conforme relata a ET1:

É quando a gente percebe que a família não tem condições de lidar com aquele paciente e aí faz o contato com o CERSAM Betim Central. A gente tem um leito lá. Também tem um processo de convencimento do paciente: de que é algo de cuidado, de proteção. Porque também não dá pra ele ir achando que é algo ruim, não dá pra ele ir sentindo, sei lá, que ele vai ficar preso, que ele tá sendo punido por algo **(ET1)**.

Para a indicação de uma criança ou adolescente para o pernoite no CAPS III é necessário garantir um acompanhante e condições adequadas à especificidade da clientela, conforme indicação ECA<sup>11</sup>. A presença de um acompanhamento é imprescindível e, segundo a ET12:

quando precisa de PN vai para os serviços de adulto e precisa de um acompanhante, muitas vezes a família não se dispõe. Já houve casos de ir funcionários e até a gerente. Essa preocupação com o bem-estar é constante, porque você sabe que é frágil **(ET12)**.

Nessas situações em que um trabalhador ficou como acompanhante foram pagas horas extras, mas, cabe ressaltar, são situações de muito estresse para o plantonista que encaminha o caso, porque exige articulações com a família, com a Gestão, com o CAPS III.

Os familiares também relatam sobre o pernoite:

[...] ela ficava aqui de dia, eu passava a noite com ela no CERSAM adulto, e ia para casa de dia. Voltava à tarde e vocês deixavam a gente lá no

---

<sup>11</sup> Questão já citada na página 33

CERSAM adulto para passar a noite e me buscavam no outro dia. Isso aconteceu umas quatro vezes (EF9).

A fala dessa familiar aponta para a integração entre o CAPSi e o CAPS III em uma situação em que a criança ficou internada (passava os dias no CAPSi e as noites no CAPS III acompanhada pelo familiar) e que o serviço viabilizou a presença da mãe no acompanhamento noturno, facilitando seu acesso e disponibilizando o transporte para buscá-la e levá-la em um momento de tamanha fragilidade.

O atendimento de situações de urgência nos finais de semanas, feriados e à noite são realizados pelo CAPS III e, segundo relato de um familiar:

Todos já a conhecem ela no CERSAM adulto, tanto as enfermeiras, como os funcionários, como os pacientes, ela chega lá e é “Linda, Linda”. Ela chega lá muito agitada, nervosa, ela chama a atenção de todo mundo. Ela é muito bem acolhida. Eu falo que só tenho que agradecer a Deus, minha filha é muito bem atendida (EF9).

Essa familiar aponta que ela e a filha se sentem acolhidas pela equipe do CAPS III (CERSAM adulto) e familiar e relata ainda:

Às vezes medica ou não, eles sentam, conversam, andam com ela lá, ela vai numa sala eles vão juntos, sentam lá no pátio, bate papo, dá muita atenção pra ela, e isso ajuda muito<sup>12</sup> (EF9).

Para Silva (2018), o arranjo de o CAPS III receber crianças e adolescentes em pernoite “é uma invenção própria à construção permanente de redes em que ainda não é possível o funcionamento 24 horas do CAPSi” (SILVA, 2018, p. 187). Essa indicação pode trazer questionamento pelos usuários ou pela equipe do CAPS III (SILVA, 2018).

Nas entrevistas realizadas, nem os profissionais nem os familiares apontaram impasses vividos entre o CAPSi e o CAPS III, o que não quer dizer que eles não existam. Uma trabalhadora relata que a equipe tenta evitar ao máximo a indicação da PN no CAPS III. Quando essa indicação acontece, a plantonista explica ao usuário a indicação para que ele entenda como um cuidado:

---

<sup>12</sup> O CAPSi buscar discutir com o CAPS III as indicações para o PN. Em casos em que um usuário é levado com frequência em situações de urgências para o CAPS III, a situação é discutida para pensar a melhor abordagem a partir do PTS.

Eu entendo que é uma coisa que a gente evita ao máximo. Ele tem que perceber que algo do cuidado **(ET1)**.

### 5.2.3 SAMU

A entrevistada EXT15 relata sobre o acolhimento às crises que chegam trazidas pela polícia e SAMU:

Eu acho que a crises mais emblemáticas eram quando elas chegavam com alguns recursos que por si só já são muito punitivos, normalizadores que é, por exemplo, a polícia, e também quando chegavam com o SAMU. Acho que essas crises traziam um diferencial assim pra equipe, no sentido de como abordar, como receber aqueles meninos sem se misturar com aqueles encaminhadores. Acho que essas crises, no meu modo de compreender, eram as mais difíceis, já tinha esse ator, esses [...]. Já chegavam em contexto muito conflitivo **(EXT15)**.

Os familiares entrevistados relatam suas experiências com o SAMU e a polícia:

Já teve uma situação, até poucos dias, umas duas ou três semanas, que ele ficou numa situação que eu até liguei para o SAMU, mas o SAMU não foi **(EF11)**.

Ela já teve crise lá em casa que eu tive que amarrar, imobilizar ela. Eu até conversei com o sargento e ele disse “você pode imobilizar e chamar o SAMU ou levar para CERSAM, porque se você a mantiver em casa é cativoiro” **(EF11)**.

Outro familiar relata a intervenção do SAMU e da polícia:

Na casa da minha mãe também ele deu esse problema, essa crise de agitação, teve até bombeiro e a polícia. Trouxe-o para o CERSAMI **(EF17)**.

Os familiares que conseguiram acionar o SAMU/polícia apontam esses atores como parceiros no cuidado e o CAPSi/CAPS III como o lugar de destino dos filhos nessas situações. Já Brito, Bonfada e Guimaraes (2015) afirmam que “[...] na maioria das vezes o SAMU prioriza o encaminhamento para a internação hospitalar quando se deparam com as manifestações de uma crise psíquica” (BRITO; BONFADA; GUIMARAES, 2015, p. 1294). Em Betim, não contamos com o Hospital Psiquiátrico e os familiares entrevistados apontam o reconhecimento do CAPSi e

CAPS III como o ponto de cuidado para a crise, tanto por eles como pela equipe do SAMU.

Na pesquisa não entrevistamos crianças e adolescentes, mas a entrevistada EXT15 nos alerta, a partir de um caso do CAPSi Betim, para os efeitos de uma intervenção na crise que contou com polícia/SAMU:

Percebo que aquele jeito que ele chegou ao serviço foi muito significativo para ele, em função do restante, do modo como o tratamento dele se desenrolou no Cersami. E esse foi um caso que não aderiu, que não ficou. [...] e eu acho que esse momento de abordagem da crise trouxe questões que podem ter sido determinantes para uma viabilização do vínculo (EXT15).

As entrevistas apontam então que na lógica dos familiares que acionam o SAMU e a polícia eles são parceiros adequados, mas na lógica do serviço e dos usuários há consequências que podem ser determinantes no vínculo e na condução do caso que vivenciam essa abordagem.

Bonfada e Guimarães (2012) apontam que Política Nacional de Atenção às Urgências prevê o uso da polícia em situações drásticas, em que o paciente ameace de forma concreta sua própria vida ou a de terceiros, e que a crítica que se faz é

[...] relativa ao despreparo policial e, acima de tudo, ao uso indiscriminado de medidas extremas em situações de crise ou de urgência psiquiátrica, nas quais os sujeitos mostram-se até certo ponto cooperativos ou abertos ao diálogo, à interação e à adoção de medidas terapêuticas que visem à vivência positiva daquele momento tão traumático (BONFADA; GUIMARÃES, 2012, p. 229).

Almeida *et al.* (2014) e Brito, Bonfada e Guimarães (2015) discutindo situações de atendimento a adultos e que ao nosso ver se aplicam a crianças e adolescentes, alertam para a necessidade de articulação entre o SAMU e a RAPS, na perspectiva de construir instrumentos, saberes e práticas para a consolidação efetiva de uma abordagem integral e humanizada. É necessário investir em processos formativos pautados pelos princípios do SUS e do paradigma da atenção psicossocial para qualificar os atendimentos dos profissionais do SAMU que operam numa lógica médico-centrado e têm a medicação e a contenção como principais estratégias de abordagem ao paciente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo identificamos os principais resultados da pesquisa sobre o cuidado prestado às situações de urgência e de crise no Centro de Atenção psicossocial infantojuvenil (CASPi) Betim/MG sob a ótica dos trabalhadores e familiares. Para tanto, buscamos entender, a partir do mandato terapêutico do CAPSi, as ações de cuidado, a concepção de urgência e de crise e, a partir do mandato gestor, verificamos como a ordenação da demanda intrassetorial impacta no cuidado prestado em saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA).

Para a realização desta pesquisa, utilizamos o aporte metodológico da pesquisa qualitativa e a entrevista semiestruturada. Foram entrevistadas 17 pessoas, sendo dez trabalhadores, três ex-trabalhadores e quatro familiares.

Para a análise dos resultados, foi utilizado o aporte teórico do Paradigma de Atenção Psicossocial, dialogando com as Portarias e documentos do Ministério da Saúde. Neste capítulo identificamos os principais resultados da pesquisa sobre o cuidado prestado às situações de urgência e de crise no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CASPi) Betim/MG sob a ótica dos trabalhadores e familiares. Para tanto, buscamos entender, a partir do mandato terapêutico do CAPSi, as ações de cuidado, a concepção de urgência e de crise e, a partir do mandato gestor, verificamos como a ordenação da demanda intrassetorial impacta no cuidado prestado em saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA).

Para a realização desta pesquisa, utilizamos o aporte metodológico da pesquisa qualitativa e a entrevista semiestruturada. Foram entrevistadas 17 pessoas, sendo dez trabalhadores, três ex-trabalhadores e quatro familiares.

Para a análise dos resultados, foi utilizado o aporte teórico do Paradigma de Atenção Psicossocial, dialogando com as Portarias e documentos do Ministério da Saúde.

Em relação ao mandato terapêutico, a pesquisa revelou que os entrevistados entendem a urgência e a crise numa lógica da atenção psicossocial, descrevendo as situações de urgência como aquelas que precisam de um cuidado imediato e as situações de crise como as que precisam de acompanhamento. Porém, foi a partir da descrição das ações de cuidado que foi possível entender a concepção de urgência e de crise dos trabalhadores: um momento que exige um cuidado e acompanhamento a partir da singularidade, da abordagem verbal e de outros



recursos que se fizerem necessários, possibilitando às crianças e adolescentes a construção de novas saídas, novas formas de viver.

De modo geral, as entrevistas apontam que o cuidado ofertado é sustentado pela lógica do acolhimento, pela abordagem verbal, pela consideração da singularidade, pela consideração das condições sociais e familiares. O projeto terapêutico singular (PTS) é construído a partir da primeira abordagem, ele é flexível e considera a complexidade do momento, e pode incluir a indicação para a permanência-dia (PD), a permanência noite (PN), avaliação médica, retorno no dia seguinte com familiar ou a busca no domicílio pelo carro do serviço, entre outras.

Em relação ao funcionamento da equipe, os trabalhadores assumem o lugar de profissionais de saúde mental, desenvolvendo funções e atividades diferentes, independente da formação. A função do plantonista se destaca nessa dinâmica: ele desenvolve ações diretas no cuidado às situações de urgência e de crise, mas também outras atividades, como a organização da dinâmica do dia do serviço e é responsável por mediar as intercorrências da PD. O trabalho em equipe é percebido no atendimento à crise, onde o plantonista tem o suporte dos demais profissionais que estão no serviço. A reunião semanal e as mini-reuniões diárias foram apresentadas como espaços de construção coletiva onde o saber-fazer é compartilhado.

Chama atenção as dificuldades levantadas: reuniões, em alguns momentos, pouco produtivas e burocratizadas; sobrecarga do plantonista que desenvolve diversas atividades que muitas vezes não estão ligadas ao atendimento da urgência ou crise; PTS não sistematizado no prontuário; profissionais com dificuldade para apoiar o plantonista. As dificuldades apontadas, a nosso ver, se relacionam diretamente com a complexidade da construção do campo da atenção psicossocial, que inclui novas formas de entender a loucura e sua relação com o social e a cultura, novos serviços, novas formas de cuidar, novos saberes, novas relações profissionais. Essas dificuldades devem ser trabalhadas no contexto da reunião de equipe e em ações de educação permanente como, por exemplo, as supervisões.

Os familiares apresentam uma compreensão de que a urgência e a crise são situações que se equivalem e são situações que eles não conseguem lidar em casa, necessitando de ajuda profissional do CAPSi e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III. Cabe ressaltar que os familiares não mencionaram o Hospital Psiquiátrico - HP como uma possibilidade de cuidado nessas situações, o que pode

ser compreendido como uma possível consolidação dos pontos da rede de atenção psicossocial (RAPS). Cabe ressaltar, porém, que o universo da pesquisa em relação aos familiares não nos permite generalizar essas afirmações.

Em relação ao mandato gestor, no aspecto da organização da demanda intrassetorial, chama a atenção o fluxo estabelecido na RAPS Betim que reafirma Atenção Básica (AB) como porta de entrada para os casos de SMCA, de modo geral, e o CAPSi para situações de urgência e de crise, instituindo um novo ponto que são as Equipes Intermediárias de Saúde Mental (EISM). Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de casos que necessitam de ações específicas de saúde mental que não precisam ser realizadas no CAPSi e também, participam, em conjunto com a ESF/NASF das ações de matriciamento. Essa situação coloca o CAPSi numa posição central, que tende à especialização do cuidado, o que ao nosso ver colabora para um isolamento desse serviço em relação à rede intrassetorial. Porém, entendemos que o fluxo estabelecido precisa funcionar, a ordenação da demanda intrassetorial precisa estar estabelecida e pactuada na RAPS e se constituir a partir de espaços concretos do compartilhamento do saber e do fazer entre as equipes. Independente da porta de entrada dos usuários de SMCA ser a AB e da existência das EISM, o CAPSi deve manter um contato próximo às equipes da AB, aqui entendidas como ESF, NASF e EISM, desenvolvendo ações colaborativas, conhecendo o território e seus atores. Também a definição da AB como porta de entrada para a SMCA não desresponsabiliza o CAPSi de sustentar o acolhimento para quem o procura nas situações de urgências e de crise ou em outras que se fizerem necessárias. Na busca da superação dessas situações dois Fóruns estão em processo de consolidação como espaços de ordenação da demanda, troca de saberes e experiências e aproximação da rede intersetorial e intrassetorial: O Fórum Regional de Saúde Mental que acontece uma vez por mês em 7 regiões de município com o objetivo de aproximação dos CAPS, AB(ESF/NASF EISM) e rede intersetorial e o Fórum de Álcool e outras drogas que acontece mensalmente no município com o objetivo de consolidar os cuidados a esse público específico.

Assim a pesquisa aponta que é urgente que a Gestão e os profissionais da RAPS reorganizem e sustentem os fluxos e papéis entre a AB (NASF, EISM e ESF) e CAPSi, a partir da realidade do município, buscando garantir que a equipe do CAPSi desenvolva as ações junto a AB, mantendo o cuidado a situações de

urgência e de crise, que a AB desenvolva o acompanhamento de casos da SMCA, a partir da capacidade operacional das equipes sem sobrecarregar nenhum dos pontos da RAPS.

Já em relação à organização da demanda intrassetorial para o CAPS III, a pesquisa aponta que RAPS e os familiares têm clareza do fluxo. Nessa organização, o CAPS III é responsável pelo cuidado à urgência e à crise de crianças e adolescentes e por oferecer PN e PD quando indicado pelo CAPSi, já que este funciona apenas de segunda a sexta feira, de 8h às 18h. Essa organização demonstra o esforço de uma RAPS em que não é possível o CAPSi funcionar 24h e um outro ponto se organiza para esses cuidados, prescindindo da internação hospitalar.

Por fim, acreditamos que as pesquisas sobre a SMCA apresentam, ainda, muitas questões a serem exploradas e que podem contribuir para um cuidado mais eficiente na RAPS. Uma dessas questões é a investigação a partir dos profissionais da AB sobre as demandas de conhecimento que eles têm sobre a SMCA, como eles entendem o lugar do CAPSi. Outra questão, também importante, é o entendimento do CAPSIII como retaguarda do CAPSi, como os profissionais desse serviço lidam com essas demandas, como os familiares entendem esse ponto da RAPS para o cuidado de crianças e adolescentes, e, principalmente, como as crianças e adolescentes se apropriam desse espaço que é organizado para o cuidado de adultos.

Mesmo considerando as limitações deste estudo, espera-se que os resultados encontrados e as discussões possam contribuir para o debate e o avanço da SMCA.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. B. *et al.* Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1035-1043, dez. 2015.

ALMEIDA, A. B. *et al.* Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 708-714, out. 2014.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARDIM, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BERCHERIE, P. A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. In: CIRINO, O. **Psicanálise e psiquiatria com crianças**: desenvolvimento ou estrutura. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p. 127-144.

BLIKSTEIN, F. **Destino de crianças**: estudo sobre a internação de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico. 2012. 94f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

BONFADA, D. *et al.* Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 227-233, jun. 2013.

BONFADA, D.; GUIMARAES, J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 227-236, jun. 2012.

BONFADA, D.; GUIMARÃES, J.; BRITO, A. A. C. Concepções de profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel quanto à urgência psiquiátrica. **Rev Rene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 309-320, 2012.

BONTEMPO, V. L. Dos cuidados intensivos à direção de trabalho no um a um. **CliniCAPS**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. 1-9, dez. 2007.

BONTEMPO, V. L. Dos cuidados intensivos na permanência-dia de um serviço de referência em saúde mental infantojuvenil. In: FERREIRA, T.; BONTEMPO, V. L. (Orgs.). **Crianças e adolescentes**: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos. Curitiba: Editora CRV, 2012a. p. 149-156.

BOWER, P. *et al.* The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review. **Family Practice**, Oxford, v. 18, n. 4, p. 373-382, 2001 *apud* TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica

e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017.

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 (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 33-44, mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 11ª conferência nacional de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria ministerial nº 336, de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Cersami**: a clínica feita por muitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [vídeo 20:38]. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=e5Xp5-\\_8ou0&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?v=e5Xp5-_8ou0&feature=youtu.be)>. Acesso em: 17 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 3088, de 23 de dezembro de 2011. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum nacional de saúde mental infantojuvenil**: recomendações de 2005 a 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul.1990.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 6.697, de 10 de outubro de 1979. Institui o código de Menores. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 out. 1979.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRITO, A. A. C.; BONFADA, D.; GUIMARAES, J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1293-1312, dez. 2015.

CAMPOS, C. Da psiquiatria infantil à clínica da criança. **Revista da Residência em Psiquiatria da Infância e Adolescência – FHEMIG**, Belo Horizonte, 1992.

CAMPOS, P. J. **Crise e urgência em saúde mental: módulo 3: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado**. 4. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 16-22, ago. 2009.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, abr./jun. 2000.

CORACINI, M. I. V.; MARTINI, R. B. Crise na infância e adolescência: tecendo cuidados na rede de atenção psicossocial. In: CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 30., 2016, São Paulo. **Anais...** São Paulo: COSEMS/SP, 2016.

CORTÊS, B. L. *et al.* **Projeto de saúde mental infantojuvenil de Betim**. Betim: [s. n.], 1993. Mimeografado.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, jun. 2007.

COSTA, N. R. *et al.* Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4603-4614, dez. 2011.

COUTO, M. C. V. Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: GUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento**: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 191-198.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p.17-40, 2015.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: HUCITEC, 2016. p. 69-86.

DECLARAÇÃO de Caracas. In: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação de saúde Mental**: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DELFINI, P. S. S. *et al.* Articulação centro de atenção psicossocial infantojuvenil e atenção básica. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: HUCITEC, 2016. p. 208-220.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde os cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, fev. 2012.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. 2. Rio de Janeiro: Nau, 1991. p. 53-76.

DESCHAMPS, A. L. P.; RODRIGUES, J. Política de saúde mental e projeto terapêutico singular. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.17, p.78-92, 2016.

DIAS, F. W.; PASSOS, I. C. F. Transformações históricas da política de assistência à saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil e em Minas Gerais. In: PASSOS, I. C. F.; PENIDO, C. M. F. **Atenção psicossocial para crianças e adolescentes pesquisa-intervenção nas redes**. São Paulo: Zagodoni, 2017.

ELIA, D. D. S. **O CAPS fora de si**: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro. 2013. 181f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S. Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 977-990, set. 2016.

FERREIRA, T. **A escrita da clínica**: Psicanálise com crianças. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

FERREIRA, T. Casa da alavra: a clínica reinventada e saúde mental infantojuvenil. In: FERREIRA, T.; BONTEMPO, V. L. (Orgs.). **Crianças e adolescentes**: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos. Curitiba: Editora CRV, 2012. 69 – 77.

FERREIRA, T.; BONTEMPO, V. L. (Orgs.). **Crianças e adolescentes**: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos. Curitiba: Editora CRV, 2012.

FIALHO, M. B.; LANCETTI, A. **Crise e urgência em saúde mental**: módulo 2: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. 4. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artemed, 2009.

GUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento**: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

GUERRA, E. L. A. **Manual pesquisa qualitativa**. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação, 2014. Disponível em <[http://disciplinas.nucleoead.com.br/pdf/anima\\_tcc/gerais/manuais/manual\\_quali.pdf](http://disciplinas.nucleoead.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_quali.pdf)>. Acesso em: 29 maio 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA. **Cidades**: Betim. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/3106705>>. Acesso em: 22 mar. 2017.



JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, p. 169-189, 2007. Disponível em:

<<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/267>>.

Acesso em: 28 maio 2018.

JORGE, R. C. O ensino prático de Terapia Ocupacional (historia e denuncia). **Cadernos de Terapia Ocupacional**, Belo Horizonte, ano I, n. 01, jul. 1989.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. I. Organização de serviços no sistema único de saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2016. p. 147-169.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; ARRIGONI, R.; LEAL, B. M. M. L. A chegada ao Centro de Atenção Psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Caspi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: HUCITEC, 2016. p. 69-86.

LOBOSQUE, A. M. **Crise e urgência em saúde mental**: módulo 4: preparação para o cuidado/manejo das pessoas em situações de crise e urgência em saúde mental. 4. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

LYKOUROPOULOS, C. B.; PÉCHY, S. H. S. O que é um Caspi. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Caspi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 87-99.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte: SES, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAIS, R. A. M. **História da assistência psicológica às crianças e adolescentes no município de Betim**: da saúde do escolar à saúde mental. Betim: [s. n.], 2005. Mimeografado.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 15, n. 2. p. 71-81, maio/ago. 2004.

NUNES, K. G. **Reforma psiquiátrica no Brasil**: um estudo sobre a trajetória de Betim, Minas Gerais. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.

OLIVEIRA, P. R. M. **Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica**: a recepção das diferenças. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002 *apud* FIALHO, M. B. LANCETTI, A. **Crise e urgência em saúde mental**: módulo 2: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. 4. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

PASSOS, I. C. F. *et al.* Cartografia da rede de saúde mental infantojuvenil de Belo Horizonte In: PASSOS & PENIDO, **Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes Pesquisa-intervenção nas redes**. 2017c, 1ª Ed. Zagodoni, São Paulo. p. 226-247.

PEREIRA, M. O.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2145-2154, out. 2014.

PEREIRA, N. N. **Novas políticas na área de saúde mental da infância e adolescência**: práticas e concepções teóricas na reinserção psicossocial. 2003. 227f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

PIMENTEL, F. A.; MOURA, B. R. Do caos à corresponsabilização: o espaço de ambiência no CAPSi. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Hucitec, 2016.

RECHTAND, M.; LEAL, E. Notas sobre a emergência psiquiátrica. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n. 17, 2000.

RINALDI, D. L.; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 32-39, jun. 2008.

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

RIZZINI, Irene e RIZZINI, Irma. **A Institucionalização de crianças no Brasil. Percurso histórico e desafios do presente**. Editora PUC -RIO / Edições Loyola, 2004.

SILVA, M. E. **Adolescentes usuários de drogas**: dificuldades de adesão ao tratamento nos CAPSi. 2018. 215f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

SILVA, M. E. A experiência do CERSAMI. In: In: GUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento**: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 227-253.

SOUZA, M. E. **Saúde mental em Betim**: rompendo preconceitos e expandindo a vida. Betim: [s. n.], 1996. Mimeografado.

TAÑO, B. L. **Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico**. 2014. 206f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos: 2014.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015.

TAVARES, M. A. **A saúde mental infantojuvenil em Betim**. Betim: [s. n.], 1997. Mimeografado.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017.

WILLRICH, J. Q. *et al.* Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 657-663, jun. 2013.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. 208f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

## APÊNDICE I

### Um pouco sobre a autora

Sou profissional de saúde mental graduada Terapeuta Ocupacional em 1992, num momento efervescente de criação e implantação das primeiras ações do Sistema Único de Saúde (SUS). Da graduação tenho poucas lembranças de discussões sobre o SUS e sobre a importância daquele momento na história da saúde brasileira. Fui formada num modelo biomédico e de especialidades e sou de uma geração em que o mestrado se fazia após anos de experiência de trabalho como forma de sistematizar a prática empírica. Dessa forma aqui estou eu.

Meu primeiro contato com a loucura se deu na época da graduação, nas visitas em hospitais psiquiátricos, que eram os campos de estágio oferecidos pela faculdade. A cena que mais me marcou foi uma visita ao então Centro Psicopedagógico (CPP), hoje Centro Psíquico da Infância e adolescência (CEPAI), hospital psiquiátrico para crianças e adolescentes de Belo horizonte. As lembranças que tenho dessa visita são dos “meninos de Barbacena”, que haviam sido transferidos do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena para o CPP em 1980. Já adultos, eram pessoas com muitas dificuldades de contato e interação, sequelas dos longos anos em que haviam sido mantidas nos pavilhões do Hospital de Barbacena, recebendo tratamento idêntico ao oferecido aos adultos, permanecendo, inclusive, no meio deles, conforme relata Daniela Arbex no livro “O Holocausto Brasileiro” (ARBEX, 2013). A imagem que me vem à cabeça quando me lembro dessa visita é a de uma trabalhadora dizendo para não nos aproximarmos dos pacientes, mesmo eles já sendo adultos, insinuando que corríamos o risco de sermos agredidas.

Também na graduação, fiz estágio na área da de psiquiatria infantil, no ambulatório da faculdade. Foi aí que descobri o meu encantamento pela saúde mental de crianças e adolescentes. Mais tarde, quando fui trabalhar em Betim e fui lotada no Centro de Referência em Saúde Mental Infatojuvenil (CERSAMI), comemorei: era a área com a qual mais me identifiquei durante a graduação!

Trabalho no CERSAMI Betim desde 1995. Nesse período participei diretamente do processo de implantação do Projeto de Saúde Mental para crianças

e adolescentes do município. Quando iniciamos, éramos uma equipe com pouca experiência na saúde pública/saúde mental, mas que se dispôs a um trabalho intenso de criar formas de cuidado possível aos casos prioritários, para portadores de sofrimento psíquico, num momento histórico de implantação do SUS Betim.

Apesar de tantos anos trabalhando num mesmo local, não cronifiquei: tive a oportunidade, no CERSAMI, de desenvolver atividades diferentes: no plantão, na condução dos casos, nas permanência-dia (PD), no módulo terapêutico, nos grupos de familiares, entre outros; no Centro de Convivência; e no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, do qual tive a oportunidade de ser preceptora e coordenadora.

A participação no Grupo de Estudo Profundo em Terapia Ocupacional (GESTO), no período de 1993 a 2001, foi fundamental para minha formação enquanto profissional. O curso de especialização em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) de 1997 e o curso de Especialização para Preceptores do SUS (Convênio entre o Ministério da Saúde/Educação (MEC) e o Hospital Sírio Libanês) de 2014 também foram espaços importantes de formação, assim como a participação em seminários da Residência Multiprofissional em Saúde Mental/Psiquiátrica da Prefeitura Municipal de Betim, num convênio com a ESP-MG, em que as discussões sobre a saúde mental eram calorosas e enriquecedoras.

Nesses anos de trabalho como terapeuta ocupacional, numa equipe multiprofissional, num serviço substitutivo à lógica asilar, no qual o saber do especialista é sempre convidado para ser diluído e integrado num saber do “profissional de saúde mental”, muitos foram os desafios. Sempre estive disponível para a formação. Existe um ‘saber cuidar’ na saúde mental que foi construído coletivamente, por uma equipe formada por diferentes categorias profissionais. O mestrado foi então uma oportunidade de, no lugar de pesquisadora, sistematizar um dos aspectos do cuidado às crianças e aos adolescentes oferecidos em saúde mental pelo CERSAMI: o cuidado à crise e à urgência. Também foi a oportunidade de sistematizar o conhecimento construído de forma empírica nesses anos de trabalho.