

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CAMPUS SÃO PAULO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS

A SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL E ATENÇÃO BÁSICA:
UM ESTUDO DE CASO

SÃO PAULO
2019

ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS

A SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL E ATENÇÃO BÁSICA:
UM ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do grau de
Mestre em Saúde da Família

Orientador: Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

São Paulo
2019

S237s Santos, Aline Silva Markoski dos.
A saúde mental infantojuvenil e atenção básica: um estudo de caso. / Aline Silva Markoski dos Santos; Orientador: Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado. -- Santos, 2019.
119 p. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) -- Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2019.

1. Saúde Mental. 2. Infância. 3. Atenção Básica. 4.SUS. 5. São Paulo. I. Furtado, Juarez Pereira,Orient. II. Título.

CDD 610.969

Aline Silva Markoski dos Santos
A Saúde Mental Infantojuvenil e Atenção Básica:
Um Estudo De Caso

PRESIDENTE DA BANCA

Orientador: Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado
Universidade Federal de São Paulo

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Carmen Lúcia Albuquerque de Santana
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto
Universidade Federal de São Paulo

Dr. Igor da Costa Borysow
Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Aprovada em: 26/08/2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais que me permitiram ser criança e a meus filhos e pacientes infantojuvenis que me permitem aprender com eles sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom apaixonante da ciência.

Ao Professor Juarez, que foi de fato um orientador nesta jornada, “*alguém extremamente generoso com o conhecimento*”, fazendo minhas, palavras que ouvi de outra orientanda dele.

À Adriana Pinheiro Carvalho por toda a sua delicadeza em me apoiar no grupo focal.

À UBS campo, na figura da gestora, dos profissionais da UBS e NASF-AB, das amizades que lá construí e a todos os usuários do serviço por me permitirem explorar esta faceta de pesquisadora.

Aos companheiros e docentes do Prof-Saúde, por toda a partilha.

E àquele que escolhi para vivenciar todos os momentos, Matheus, meu esposo.

Muito obrigada!



Crianças Brincando, Géza Peske (1859–1934), data desconhecida,
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Peske_Playing_Children.jpg

 *pode-se julgar a sociedade pelo modo como as crianças são tratadas”*
(Audiência Geral, 18/03/2015)

 *em efeito, a dignidade e os direitos das crianças devem ser protegidos pelos ordenamentos jurídicos como bens extremamente preciosos para toda a família humana. (...) olhando com ternura para todas as crianças que nascem, todos os dias e sob todos os céus, que necessitam em primeiro lugar de respeito, mas também de cuidados e de afeto para poder crescer com toda a maravilhosa riqueza das suas potencialidades.*
(Discurso, 06/10/2017)

 *“onde existem crianças e jovens, há muito sacrifício, mas sobretudo há futuro, alegria e esperança.”* (Tallinn, na Estônia, 25/09/2018)
Papa Francisco

RESUMO

Crianças e adolescentes com questões de saúde mental, especialmente casos graves e complexos, parecem estar relegados a pontos de cuidado nas redes de atenção à saúde, por meio de um sistema de referências com pouco ou nenhum envolvimento dentro da Atenção Básica. Apesar do apoio especializado dos NASF-AB e das normativas do SUS que orientam quanto a integralidade e longitudinalidade deste cuidado em articulação com as RAS/RAPS e de forma intersetorial, as ações efetivadas parecem estar aquém do preconizado. No intuito de compreender o cuidado em saúde mental das crianças e adolescentes dentro da Atenção Básica, realizou-se estudo de caso com base na elaboração dos itinerários terapêuticos vivenciados por aquela população dentro de UBS com NASF-AB de referência. Utilizaram-se entrevistas abertas, narrativas, grupo focal e análise documental como bases empíricas no desenvolvimento do estudo. Discutiram-se os resultados à partir de uma matriz de princípios desdobrados em critérios construídos com base em documentos ministeriais que direcionam o cuidado em saúde mental inclusive para a população em estudo. Com nossa análise, observou-se que a temática envolvendo crianças, adolescentes, saúde mental e o desenvolvimento de seu cuidado na AB como proposto pelo SUS, ainda está em construção. Fazem-se necessárias importantes adequações à prática desenvolvida para que haja a concretização do modelo proposto. A AB ainda não dispõe de recursos humanos e materiais compatíveis para responder a esta demanda que se apresenta de forma diária e crescente nas UBS. A articulação inter-serviços e setores, como proposta para garantir a integralidade e longitudinalidade na assistência, ainda é incipiente, mesmo para casos graves e complexos de saúde mental infantojuvenil. O cuidado preconizado a esse público ainda apresenta muitos e importantes desafios a serem enfrentados, para que se traduza em desenvolvimento positivo àqueles sujeitos, em uma ética de inclusão e construção de cidadania nas comunidades.

Palavras-chave: Saúde Mental; Infância; Atenção Básica; Avaliação em Saúde, SUS; São Paulo.

ABSTRACT

Children and teenagers with mental health issues, especially severe and complex cases, seem to be relegated to places in the health care networks through a referral system with little or no involvement within primary care. Despite the specialized support of dedicated units called NASF-AB and the national public health (SUS) policies, which guides the completeness and longitudinality of this care along with the support healthcare network/mental health network (RAS/RAPS) and among other sectors, the actions seem to be below the standards. In order to understand the mental health care of children and adolescents within Primary Care, we conducted a case study based on the charting the therapeutic itineraries experienced by that population within the primary health care unit (UBS) with NASF-AB support. We used open interviews, narratives, focal groups and records analysis as empirical bases in the development of the study. We discuss the results from a matrix of principles unfolded in criteria built from federal government policies, that guides mental health care, including the study population. From our analysis, we observed that the theme involving children, adolescents, mental health and the development of its care in public health, as proposed by SUS, is still under construction. It is necessary to undertake important adjustments to the current methods, in order to achieve the proposed model. Primary care still does not have compatible human and material resources to cope with this daily and ever growing demand primary care units (UBS). The articulation between services and sectors, as proposed to ensure the completeness and longitudinality of care is still incipient, even for severe and complex cases of child mental health. The care advocated for this public still presents many important challenges to be faced so that it translates into positive development for those subjects, in an ethic of inclusion and citizenship building in the communities.

Keywords: Mental Health, Childhood, Primary Care, Health assessment, SUS, São Paulo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Evolução dos atendimentos individuais, coletivos e domiciliares dos NASF-AB (pessoas atendidas) – Categorias não-médicas, Curitiba, 2012-2014.....	21
Figura 1 - Mapa das 23 áreas geográficas com Contrato de Gestão. Em cores, é mostrada a Zona Sul da Cidade de São Paulo (Adaptado de PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2019a e SBIBAE, 2015).....	30
Quadro 1 - Fatores de risco e de proteção selecionados para saúde mental de crianças e adolescentes.....	41
Quadro 2 - Critérios para avaliação da Saúde Mental Infantojuvenil na Atenção Básica.....	60
Figura 2 - UBS da Zona Sul de São Paulo, em destaque (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2019c).....	62
Quadro 3 - Resultados da análise dos critérios para avaliação da Saúde Mental Infantojuvenil na Atenção Básica.....	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AB	Atenção Básica
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatra
ACS	Agente Comunitária de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Acquired Immunodeficiency Syndrome
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AME	Ambulatório Médico de Especialidade
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
ASF	Associação Saúde da Família
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infantil
CEAC	Centros Estaduais de Análises Clínicas
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEJAM	Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CID	Código Internacional de Doenças
CRI	Centro de Referência do Idoso
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESB	Equipes de Saúde Básicas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GTB	Grupo de Trabalho Básico
HIV	Human Immunodeficiency Virus, Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IT	Itinerário Terapêutico
MFC	Médico de Família e Comunidade
NAISF	Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NSI	Núcleo de Saúde Integral
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto (ou Plano) Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SEDI	Serviços de Diagnóstico por Imagem
SM	Saúde Mental
SMI	Saúde Mental Infantil
SMIJ	Saúde Mental Infantojuvenil
SRT	Serviços de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDHA	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno de Espectro Autista
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund, Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPHG	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
VDs	Visitas Domiciliares

SUMÁRIO

1	Reflexividade.....	14
2	Introdução.....	15
2.1	Atenção Básica (AB)/Atenção Primária à Saúde (APS).....	15
2.2	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).....	18
2.3	Rede de Atenção à Saúde (RAS).....	22
2.4	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	24
2.5	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).....	26
2.6	APAE de São Paulo.....	28
3	Algumas Aspectos do SUS São Paulo.....	29
3.1	Organizações Sociais (OS) e Organizações Sociais de Saúde (OSS).....	29
3.2	Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS).....	31
4	Saúde Mental.....	32
4.1	Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ).....	34
4.2	NASF-AB e a Saúde Mental Infantojuvenil na Atenção Básica.....	36
5	Boas Práticas em Saúde Mental Infantojuvenil: Uma Discussão.....	39
5.1	Introdução.....	39
5.2	Conceitos a Serem Considerados: Fatores de Risco, Vulnerabilidades e Território....	40
5.3	Reabilitação Psicossocial.....	44
6	Objetivos.....	46
6.1	Objetivo Geral.....	46
6.2	Objetivos Específicos.....	46
7	Métodos.....	46
7.1	Pesquisa Qualitativa.....	47
7.1.1	Estudo de Caso.....	49
7.1.2	Delineamento do Estudo de Caso.....	50
7.1.3	Triangulação de Dados.....	50
7.2	Técnica de Registro e Produção de Dados.....	51
7.2.1	Delimitação do Universo de Pesquisa.....	51
7.2.2	Entrevistas.....	52
7.2.3	Grupo Focal.....	53

7.2.4 Roteiro Grupo Focal NASF-AB/ESF.....	54
7.2.5 Documentos Secundários.....	55
7.2.6 Itinerários Terapêuticos (IT).....	56
7.3 Pesquisa Avaliativa.....	58
7.3.1 Definindo uma Matriz de Análise.....	58
7.4 O Campo.....	61
8 O campo na Prática.....	63
9 Resultados.....	66
9.1 Unidades Caso e seus Itinerários Terapêuticos.....	66
9.1.1 Paula.....	66
9.1.2 Rodrigo.....	68
9.2 Resultados e Discussão a Partir do Estudo de Caso.....	69
9.3 Como me Sinto Frente à Saúde Mental Infantojuvenil?.....	96
9.4 Matriz de Análise e Resultados.....	98
10 Considerações Finais.....	99
11 Referências.....	100
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Famílias – Modelo 1.....	110
Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Famílias – Modelo 2.....	111
Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Trabalhadores UBS/Grupos Focais.....	112
Anexo IV - Parecer Aprovado do CEP da UNIFESP.....	113
Anexo V - Parecer Aprovado do CEP da Prefeitura de São Paulo.....	116

1 REFLEXIVIDADE

Sou especialista em pediatria por formação e em medicina de família e comunidade por prática profissional. Ao longo de minha trajetória assistencial, tive oportunidade de trabalhar com diferentes públicos e realidades. Como recém-formada, trabalhei no então incipiente programa de saúde da família no interior do Vale do Ribeira, em São Paulo; posteriormente, tive um longo período de formação e atuação como oficial médica na Marinha do Brasil. Passado esse período, retornei a minhas origens no SUS e, em seguida, na iniciativa privada, atuando em ambas atualmente. Durante essa trajetória de amadurecimento pessoal e profissional, sempre tive um olhar de inquietude para a saúde mental infantojuvenil. Em públicos com mais recursos econômicos, observava a busca incessante por especialistas, procedimentos e técnicas que levassem a um diagnóstico, uma resposta que talvez aliviasse a aflição das famílias. Em públicos menos abastados, observava a espera pelo que o SUS poderia oferecer, mas, de certa forma, uma espera, também, de especialistas, exames de imagem e procedimentos. Vi, ainda, muita negação, vergonha e exclusão quanto a tais questões. Observei falta de conhecimento e envolvimento escolar quanto à saúde mental, despreparo e até descaso de colegas e outros profissionais que deveriam ser fonte de apoio, informação ou, ao menos, de acolhimento. Mas e as crianças e os jovens? E os sujeitos?

No desenvolvimento deste projeto, compreendi que todos esses comportamentos são fruto de um processo de conceber os problemas de saúde mental envoltos em um histórico contexto sociocultural. Nosso modo de agir reflete pensamentos construídos por estigma, medo e preconceitos no que se refere à saúde mental, seja com crianças, jovens ou adultos. O nosso olhar sempre visa à deficiência, ao atraso, à desabilidade. Acredito que muito já foi conquistado e está em processo de desenvolvimento e restauração. Mas mesmo as políticas atuais e a diretriz assistencial pautada em AB/NASF-AB/RAS/RAPS ainda deixam muito a desejar naquilo que considero crucial para a abordagem dessas questões. Porque muito mais que diagnósticos (ainda que importantes), rótulos ou o que o nosso preconceito pode gerar a essas crianças e jovens, todos eles são, acima de tudo, PESSOAS, que se beneficiariam de estímulos para atingir suas capacidades e autonomia. Porque assim somos todos nós, pessoas com inúmeras imperfeições e diferenças, incapazes de aceitar o outro. Favorecer a inclusão

desse público na sociedade, tendo em vista suas capacidades, além de garantir direitos, significa fortalecer a cidadania e nos ensinar a riqueza da diferença.

Para as sociedades, escolas e comunidades, favorecer o convívio sadio de crianças e jovens, além de possibilitar a construção da “plenitude de ser”, desenvolve um ambiente de maior tolerância, respeito e criatividade entre os que não apresentam necessidades especiais.

2 INTRODUÇÃO

2.1 ATENÇÃO BÁSICA (AB)/ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica (AB) que para os brasileiros são consideradas sinônimos da mesma prática (FIOCRUZ, 2017), configura-se como um modelo de atenção à saúde pública. Tem o intuito de contemplar grande parte das necessidades do usuário dentro do entendimento mais amplo em saúde, estabelecido no artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

“Art 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Em nossa realidade atual a organização desse modelo de atenção integral à população estrutura-se como “Estratégia de Saúde da Família” (ESF), com expectativa de resolução de 85% das demandas apresentadas dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS). E pretendendo ser garantia de porta de entrada (FIOCRUZ, 2017) para resolução das demais questões em um sistema de referência a serviços com diferentes densidades tecnológicas nas redes de atenção à saúde (RAS) dentro de uma lógica de cogestão do cuidado.

No Brasil a Atenção Básica à Saúde começou a ganhar visibilidade após a “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde” realizada em Alma-Ata em 1978. Naquela ocasião a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a meta “Saúde para todos no ano 2.000” e apresentou ao mundo sua definição de atenção básica em saúde. Segundo a OMS, os cuidados de saúde fazem parte de um processo contínuo que envolve

indivíduo e comunidade dentro de um Sistema Universal (FRATESCHI; CARDOSO, 2014). Não está focalizado apenas em enfermidade e cura mas igualmente em bem-estar global e desenvolvimento humano e social. Esse Sistema oferta um cuidado cientificamente fundamentado baseado em tecnologias, métodos e práticas socialmente aceitáveis direcionado para as necessidades locais, com um custo que se possa arcar. Isso se desenvolve o mais próximo possível de onde a comunidade vive e trabalha, construindo um vínculo no qual além dos cuidados de saúde constitui-se em desenvolvimento social e econômico para as próprias comunidades (Alma-Ata, 1978).

Essa ideia de um cuidado ampliado para além do “saúde-doença” trazida pela OMS chegou a influenciar algumas políticas de saúde pública no Brasil, não surgindo entretanto a época uma aposta definitiva na AB enquanto política de saúde nacional (SCOREL, 2007 e GIL, 2006). Somente com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1990 e posteriormente com a estruturação desse sistema em ESF que passam-se a observar medidas governamentais cuja motivação era implantar, desenvolver e fortalecer o modelo de saúde pública com base em atenção básica. Desde a sua origem, o SUS, já em sua lei orgânica instauradora, contava com diretrizes cujo objetivo central era o de construir um sistema com a oferta de um serviço público e universal, descentralizado em direção a estados e municípios e com a participação popular na definição das políticas nos diferentes níveis governamentais (SCOREL, 2007 e BOLDSTEIN, 2002).

Surgindo em 1994 e inicialmente pautado para ampliar a assistência em locais de maior vulnerabilidade sócioeconômica o Programa de Saúde da Família (PSF) aos poucos foi se destacando politicamente como uma nova forma de estruturação dos serviços de saúde especialmente na esfera municipal. O programa previa uma equipe de saúde composta por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente de saúde para atender uma população específica cadastrada em um determinado posto de saúde. Além de incorporar as já conhecidas diretrizes do SUS (equidade, universalidade e participação popular) passou a agregar os fundamentos da AB tais como coordenação e longitudinalidade do cuidado (SCOREL, 2007). Nesta forma de atenção preconizavam-se ainda ações de identificação de situações de risco, planejamento e execução de formas de enfrentamento para agravos conforme as particularidades daquele território associado a medidas intersetoriais educativas

em face dos determinantes saúde-doença identificados (FRATESCHI; CARDOSO, 2014 e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em 2006 a atenção básica passa a ser objeto de política específica. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define o PSF como forma de orientação da estrutura de organização municipal da saúde (BRASIL, 2012). Conservando a mesma organização em equipes multiprofissionais como já descrito acima mas agora sob a nomenclatura “Estratégia de Saúde da Família” (ESF). Reafirmam-se os atributos que já vinham em construção de: 1) primeiro acesso ao sistema; 2) integralidade; 3) longitudinalidade; e 4) coordenação do cuidado. E mantêm-se a adscrição da clientela e o olhar para a situação global na comunidade com a presença da atuação do agente de saúde (SCOREL, 2007). Em 2012 a PNAB é atualizada e define a AB como ordenadora de rede de Atenção à Saúde (RAS), que deve articular-se com todos os setores e serviços à população de forma a garantir a integralidade na assistência.

Nesse sentido a AB tem de lidar com

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012)

e o cuidado especializado ofertado na “Rede”, por esferas de densidades tecnológicas diferenciadas tais como ambulatórios de especialidades e hospitais. Dentro dessa dinâmica as RAS são compostas pela AB (ordenadora) e pelos demais serviços presentes no território. Os diferentes serviços que compõem as RAS representam os ambientes que ofertam cuidados especializados e se propõem a ser resposta as questões não completamente sanadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Sistemas de Saúde pautados por uma atenção primária forte mostraram-se mais efetivos, equânimes e economicamente viáveis em diversos países pelo mundo (MADUREIRA, 2010). No entanto, na nossa realidade, ainda enfrentamos muitos desafios à consolidação desse modelo. Dificuldades de ordem financeira, política, organizacional, social e assistencial são alguns dos entraves para o estabelecimento definitivo de um serviço ofertado à população nos moldes propostos pelo SUS (RODRIGUES, 2014). Entre todas essas dificuldades é possível destacar a ampliação do acesso aos serviços para população com uma melhoria de sua qualidade e resolubilidade como importantes “nós a serem desatados”.

Tendo em vista tal realidade e buscando aumentar a resolubilidade e a equidade de nossa Atenção Básica, a partir da observação de experiências pregressas em alguns municípios brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b) o Ministério da Saúde criou por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008) cuja nomenclatura foi atualizada na última revisão da PNAB para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017a). Dentro desse contexto, esses núcleos não se constituem apenas em políticas ou ações, mas trata-se de dispositivos estratégicos que possibilitam uma maior abrangência e poder de resolução dentro das UBS e, portanto, têm a intenção de fortalecer e consolidar a Atenção Básica.

2.2 NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)

Apesar de o PSF ser considerado marco importante no fortalecimento da AB (GIL, 2006) e dos benefícios oriundos de sua atuação, no início dos anos 2000 ainda não havia se notado expressiva modificação nos indicadores de saúde da população brasileira (ALMEIDA, 2016) Os crescentes desafios em ofertar um cuidado longitudinal e integral aos brasileiros levaram diversos municípios a questionar a composição da equipe mínima (médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário) dentro das UBS.

Em um momento inicial buscou-se apoio multiprofissional em um sistema de referência e contrarreferência visando mudanças nos indicadores de saúde por meio de uma ampliação de serviços no nível secundário. Porém, com o progresso da ESF, o aumento do número de equipes nas UBS, as crescentes demandas da população e a pressão por parte de prefeituras e categorias profissionais em saúde, houve um processo gradativo de incorporação da assistência multiprofissional dentro das próprias UBS (ALMEIDA, 2016). O que surgiu como Núcleo de Saúde Integral (NSI), contemplando a princípio determinadas áreas de ação (saúde mental, reabilitação, atividade física e saúde, alimentação, nutrição e serviço social), prosseguiu por meio de diferentes propostas e formatos até o desenvolvimento dos chamados Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF). Estes núcleos posteriormente reuniram as vertentes assistencial e técnico-educativa em uma proposta que culminaria no modelo atual dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) (CORREIA, 2017).

Os NASF-AB são, portanto, núcleos formados por equipes multiprofissionais com uma ampla possibilidade de composições prevista pelo Ministério e pactuadas conforme as necessidades dos municípios. Estes núcleos têm como referencial metodológico o apoio matricial (ALMEIDA, 2016). Assim como todos os serviços ofertados em UBS, o NASF-AB atua dentro das diretrizes da integralidade, cuidado continuado, longitudinalidade e segundo as necessidades de uma população adscrita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b). Essa forma de assistência busca ampliar o escopo de ação da AB e propiciar apoio especializado, cujo trabalho pode ser entendido sob 2 aspectos essenciais. A saber (TESSER, 2017):

- 1) Aspecto clínico assistencial; e
- 2) Aspecto técnico- pedagógico.

Consequentemente, seu campo de ação tem como objetivo atender às demandas trazidas pelas necessidades das equipes na AB e prestar atendimento individual e ou coletivo requerido pela população de abrangência. No entanto, esse atendimento sempre é ordenado pelas equipes.

Experiências semelhantes com objetivo de fortalecer e ampliar a capacidade resolutiva no âmbito da atenção básica são empregadas em países da América Latina e Europa cujo modelo assistencial à população baseia-se em AB. Em Cuba, seu nível primário de assistência conta com o Grupo de Trabalho Básico (GTB) que oferta suporte às equipes em atendimentos de especialistas (pediatria, ginecologia, clínica médica entre outros) com ações de formação e supervisão das Equipes de Saúde Básicas (ESB) e de referenciamento de pacientes (MADUREIRA, 2010). Países como França e Reino Unido já contam com a prática colaborativa na atenção primária, visando ofertar um cuidado mais efetivo e com menores custos (GIL, 2016).

Apesar de ser iniciativa oriunda de prática de colaboração interprofissional exitosa em alguns municípios e do plano oficial que respalda seu desenvolvimento e implantação, a implementação do NASF-AB na realidade dos serviços apresenta dificuldades. Tanto de ordem normativa quanto tensões e contradições no dia a dia da prática. Seu modelo organizativo proposto como resposta a um “vazio” da necessidade de atenção especializada enfrenta ambiguidades normativas entre ESF e NASF-AB: o entendimento por vezes divergente entre os profissionais formadores dos núcleos e os integrantes da ESF sobre o envolvimento daqueles em atividades generalistas rotineiras da UBS, conflitos no

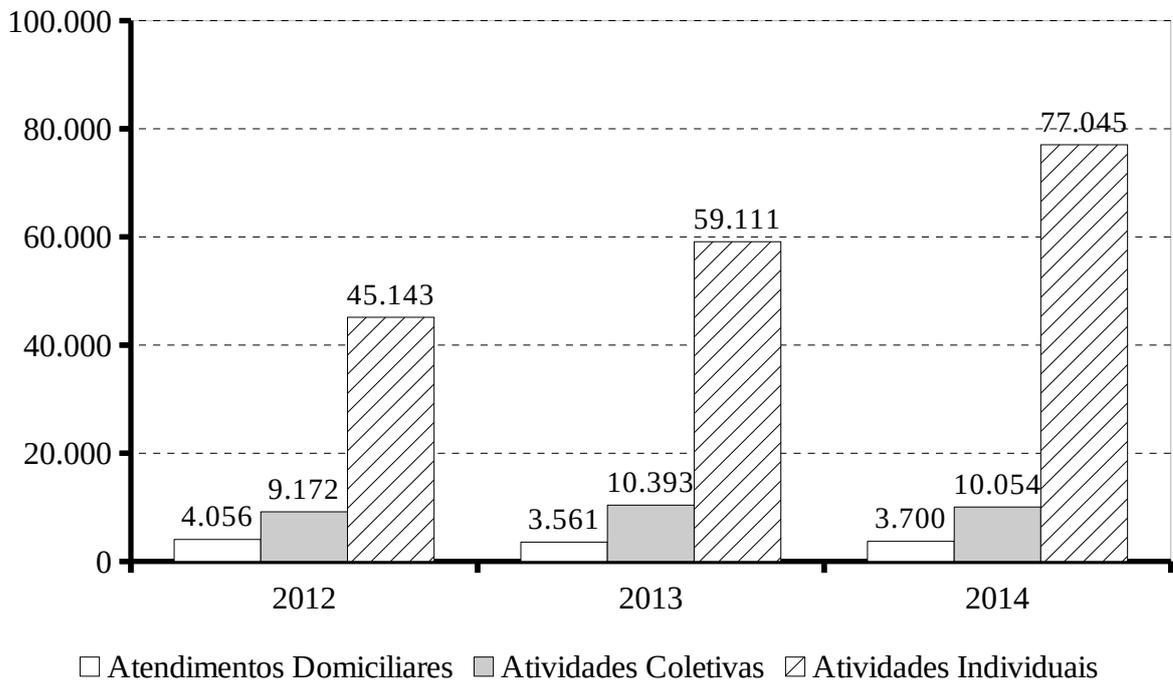
compartilhamento e execução do cuidado especializado, adequação a diferentes realidades territoriais pelo NASF-AB ao apoiar diferentes equipes de ESF e dificuldades no suporte técnico- pedagógico (TESSER, 2017 e TESSER; POLI NETO, 2017). Somando-se a essa conjuntura temos o papel da gestão municipal e ou apoiadores do município na complexa busca de articular ações nos espaços e serviços que correspondam ao preconizado em diretrizes ministeriais. Para que haja a construção de um trabalho compartilhado entre os membros das distintas equipes a gestão deve assumir a responsabilidade de mediadora de conflitos e pactuar previamente decisões atinentes à colaboração entre os membros do NASF-AB e ESF. Atribuições e atividades específicas a serem realizadas por ambas equipes, cronogramas, agendas, critérios de acionamento da equipe referência, momentos de reunião e matriciamento e atividades em grupo são alguns dos exemplos de como a gestão pode atuar promovendo condições para a articulação entre esses atores na AB (BARONA, 2009) Por outro lado a falta de envolvimento desses gestores/coordenadores especialmente no respaldo institucional a ações de apoio matricial e na mediação dos conflitos oriundos da colaboração multiprofissional perpetuam os obstáculos às ações de compartilhamento entre os profissionais.

É fato que a formação acadêmica ainda não acompanha a necessidade profissional requerida pelo SUS e que a prática diária ainda é expressivamente médico-centrada e baseada no paradigma saúde/doença (FRATESCHI; CARDOSO, 2014 e TANAKA; RIBEIRO, 2009). Como resultado desse conjunto de fatores apresentamos estados de colaboração ESF/NASF-AB onde ora se aproximam bastante do proposto em documentos oficiais, ora se afastam sobremaneira dessa proposta. No entanto, vale ressaltar que cada população adscrita/específica apresentará suas particularidades norteadoras das ações a serem desenvolvidas nos NASF-AB (TESSER, 2017, MENDONÇA CAVALCANTE; BESSA JORGE, MOURA DOS SANTOS, 2012 e TESSER; POLI NETO, 2017).

Podemos notar que a amplitude das ações propostas sob a ótica desse cuidado colaborativo encontra forças não somente na perspectiva de prestar a atenção especializada, mas igualmente nos cuidados compartilhados com a ESF na produção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e no desenvolvimento de práticas de formação e educação permanente.

Pelo exposto é possível depreender que ao longo dessa trajetória (ainda em construção) dos NASF-AB, ao observarmos a vastidão de serviços de atenção básica por todo o país teremos diferentes formas de progresso quanto aos principais objetivos da implantação dos núcleos de referência. Ora haverá maior ampliação da oferta de serviços, ora haverá maior resolubilidade dos casos complexos; por vezes maior apoio técnico pedagógico, talvez maior integralidade na assistência e compartilhamento multiprofissional conforme as inúmeras variáveis que permeiam a concretização da inserção multiprofissional na oferta dos serviços de AB (SANTOS, 2017). De forma ilustrativa a essas muitas realidades, no gráfico abaixo podemos observar um aumento crescente do envolvimento/atendimento dos núcleos desde a sua implantação com relação às demandas colocadas pelos usuários do SUS na realidade de núcleo curitibano.

Gráfico 1 - Evolução dos atendimentos individuais, coletivos e domiciliares dos NASF-AB (pessoas atendidas) – Categorias não-médicas, Curitiba, 2012-2014.



Fonte: adaptado de TESSER; POLI NETO, 2017.

Considerando a estruturação dos serviços de atenção básica com a presença de um coletivo de diferentes especialidades em uma diretriz normativa para trabalho compartilhado,

logra-se êxito nesse modelo ao voltar-se o olhar a saúde mental infantojuvenil? Alguns trabalhos internacionais apontam evidências preliminares de que o seguimento da saúde mental infantojuvenil por especialistas na AB pode ser efetivo (BOWER, 2001). Para a realidade brasileira a presença do especialista na AB pode contribuir como suporte nas diferentes dimensões do cuidado não só da criança/adolescente como também de sua família (DELFINI; REIS, 2012 e MENDONÇA CAVALCANTE; BESSA JORGE, MOURA DOS SANTOS, 2012). Existindo a possibilidade em virtude da sua presença no território de conhecer os fatores de risco, proteção e vulnerabilidades envolvidos no complexo processo saúde doença relativo a saúde mental infantojuvenil.

2.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Apesar de não serem em maioria, os problemas que exigem profissionais especializados não são raros e envolvem situações com maior gravidade clínica e dificuldade diagnóstica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012 e BRASIL, 2011b). Em nosso modelo assistencial atual as RAS se propõem a ser a resposta para a integralidade e longitudinalidade do cuidado especialmente para aqueles 15% que estatisticamente vão demandar densidades tecnológicas diferentes da tecnologia leve ofertada nas UBS com NASF-AB de referência.

Na perspectiva de um cuidado humanizado e integral, o conceito de rede deve ser ampliado e não ficar restrito à organização dos serviços disponíveis para suprir as necessidades daqueles cuidados especializados (RIGHI, 2014). Como já referido anteriormente, a rede de atenção à saúde deve partir da AB local, onde se organizam as demandas e necessidades da população daquele território. Deve articular-se dentro de um mesmo plano por meio de colaboração interprofissional e corresponsabilidade do cuidado. Portanto, para que realmente se implementem e façam jus ao seu objetivo proposto, os serviços ofertados devem se construir ou reinventar a partir das necessidades daquela população adscrita, deve contar com espaços de interlocução e diálogo para articulação entre si e mesmo quando componentes da rede funcionarem como porta de entrada ao sistema, devem contrarreferenciar o usuário à AB. Ela é o ponto de partida e de retorno de todas as necessidades da população.

O conceito de rede vem como proposta substitutiva à ideia de pirâmide hierárquica da atenção à saúde (RIGHI, 2010), na qual a atenção primária seria a base e os usuários transitariam pelos serviços de maneira ascendente até o topo da pirâmide. Nesse conceito há embutida uma ideia de resolução das demandas apenas nos níveis hierárquicos superiores, com avaliação de múltiplos especialistas e todo aparato tecnológico que o ambiente hospitalar pode proporcionar. Modelo hospitalocêntrico focado na doença, hegemônico em um momento em que os investimentos em saúde priorizavam a abertura e manutenção de leitos hospitalares em termos quantitativos (ESCOREL, 2007).

Hoje, as RAS se compõem de serviços sem hierarquia de importância. Em uma concepção inclusive espacial de rede, os equipamentos disponíveis à população encontram-se “lado a lado” e devem estar inter-relacionados, o que os fortalece para atuar junto aos usuários, respondendo às suas necessidades. Novas ideias acerca de densidades tecnológicas diferenciadas, assim como tecnologias “leves” e “duras”, vão se incorporando modernamente aos serviços. Constituem-se como “duras” a incorporação de exames, práticas e condutas que utilizam máquinas e equipamentos em clínicas especializadas e hospitais. E as representadas como “leves” nos exames e condutas, aquelas que prescindem dos meios já citados. A partir desse novo olhar, condutas frente a situações complexas são conduzidas por ambas as formas de tecnologia nas RAS. Dessa forma, o foco está na melhor estratégia para abordar as necessidades do usuário e da coletividade. E, ainda dentro da expertise da Medicina de Família, facilita a prevenção quaternária das práticas assistências, conceito que se refere à proteção do usuário de procedimentos, consultas e exames onerosos e complexos que não modificam as condutas, geram ansiedade e se constituem em mau uso do sistema (JAMOULLIE, GUSSO, 2012).

Inserindo a proposta de RAS na realidade da saúde mental de crianças e jovens, poderíamos refletir, a priori, sobre quais e quantos serviços e ou equipamentos aptos a responder a tais demandas estariam disponíveis a essa população e suas famílias. Estudos avaliando diferentes nações, com diferentes níveis socioeconômicos, têm demonstrado uma defasagem desses serviços/equipamentos com relação às demandas reais apresentadas pelo público (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009 e COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Dessa forma, já se pode considerar que a integralidade do cuidado e o seguimento especialmente dos casos severos e com comprometimento estabelecido ou potencial (foco da intersectorialidade

com a AB) já seriam prejudicados na atenção a ser ofertada. Além disso, como a AB tem por objetivo ser ordenadora da RAS, ela deveria estar qualificada na atenção à saúde mental de jovens e crianças de maneira a cogerir os casos com os demais dispositivos das RAS. Mas, do mesmo modo, já há estudos que apontam para uma carência na capacitação das equipes de ESF no pensar e agir relativos às questões psicossociais, assim como na articulação plural com os demais serviços (DELFINI; REIS, 2012).

2.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A rede de atenção por eixo temático parte da necessidade de combater situações específicas de vulnerabilidade, comprometimento ou agravos aos indivíduos e à coletividade. Considerando o impacto de toda ordem causado pelas questões de saúde mental especialmente consequentes da adicção, em 2011 essa realidade foi priorizada com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011b e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Esta por sua vez tem a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos da rede responsáveis pelo cuidado ofertado a indivíduos com sofrimento ou transtorno mental, inclusive os oriundos da dependência de drogas lícitas ou ilícitas (BRASIL, 2011b e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Segue as mesmas diretrizes do cuidado integral, longitudinal e de base territorial preconizado pelo SUS, trazendo, ainda, algumas particularidades pertinentes à sua população-alvo. Busca promover o cuidado especialmente em grupos vulneráveis, como as crianças e os jovens, reduzir os danos advindos da dependência química, prevenir o consumo, favorecer a reabilitação e a reinserção social, promover capacitação dos profissionais da saúde envolvidos na atenção prestada, definir e orientar fluxos de demanda, assim como monitorar e avaliar a qualidade, efetividade e resolubilidade desses serviços (BRASIL, 2011b e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Podemos notar assim que as redes temáticas vão sendo criadas e vão trabalhando em forma de cooperação com as RAS já existentes pois independente das vulnerabilidades específicas e de um público-alvo que motiva a construção das redes, permanece a ideia primeira de articulação, apoio, sustentação e corresponsabilidade entre os serviços no SUS. Os novos serviços e/ou equipamentos criados ou incorporados seguem a lógica de intersetorialidade com AB ordenadora da rede. Mesmo que os diferentes pontos de atenção

venham a funcionar em sistema de acolhimento/porta aberta devem dar seguimento aos usuários contrareferenciados nas UBS, desenvolvendo uma cooperação de maneira transversal criando vínculo e acolhimento crescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; BRASIL, 2017a e RÉZIO, 2015). Considerando especialmente a saúde mental as RAPS têm uma função junto às comunidades de estimular ações que incorporem a cultura antimanicomial a fim de reduzir o estigma e a segregação, trabalhar junto às famílias para melhor compreensão e acolhimento dos pacientes; favorecer o envolvimento do coletivo construindo um ambiente de reabilitação e inclusão social, evitar práticas que levem à medicalização e psiquiatrização em face das dificuldades cotidianas, estratégias de redução de danos e combate aos transtornos por uso abusivo de álcool e drogas (RÉZIO, 2015 e BRASIL, 2011b).

Apesar de a conformação em RAS ser a diretriz de organização da oferta do cuidado em saúde para a população, especialmente nos casos graves e complexos, e em tese possibilitar maior efetividade, em termos de resolução, cidadania e uso do dinheiro público, na prática apresenta-se como enorme desafio para implantação e consolidação. A articulação multiprofissional dentro de um mesmo serviço e entre os demais se constitui em tarefa árdua tendo em vista: a cultura médico centrada, a dificuldade de trabalhar de forma multi dos egressos da academia, a pressão da população por um consumo de saúde (múltiplas intervenções e uso de tecnologia) e o desprezo pelos saberes populares na composição e articulação do cuidado. Há de se considerar também o histórico de hegemonia de alguns hospitais e serviços, a dificuldade de compreensão da ação em rede, a falta de capacitação profissional no tocante à saúde mental na AB e a distância geográfica de alguns equipamentos.

As RAPS são redes idealizadas a partir das demandas envolvendo questões de saúde mental. São, antes de mais nada, uma aposta na viabilidade do seguimento dos pacientes com essas necessidades no cotidiano de vidas reais, fora da institucionalização. Nesse sentido, além de pensar o cuidado dos pacientes com severidade/complexidade (objetivo das RAS), contempla, também, a proposta de modelo substitutivo ao asilar/manicomial. Como é modelo pensado a partir das necessidades do público adulto, gera diferentes questionamentos, tais como: o que estaria disponível para a população de crianças e adolescentes nessas possíveis redes? O quanto a AB está preparada para cogir esses casos mesmo em equipes de

colaboração com NASF-AB de maneira intersetorial? Há políticas específicas para RAPS referentes a crianças e jovens?

2.5 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Dentro da proposta de RAS/RAPS com relação à saúde mental pode-se contar com alguma diversidade de serviços conforme especificidades locais. Porém, entre as possibilidades na oferta de cuidado ao público com estas necessidades, um serviço em especial merece destaque. Os CAPS são pontos estratégicos de cuidado e articulação dentro das RAPS, apresentam-se como uma proposta substitutiva ao modelo asilar/manicomial (FERREIRA, 2016; ABREU; MIRANDA; MURTA, 2016 e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018), prestando serviços de atenção a demandas de sofrimento psíquico/saúde mental por meio de um cuidado multiprofissional. Tais centros encontram-se no território, na comunidade, em oposição às instituições afastadas e deslocadas do locus do paciente, como era o caso no passado, a fim de “ocultar” esses indivíduos e suas demandas e realidade (NEVES et al, 2012, BORBA et al, 2012). A criação do primeiro Centro no Brasil se deu em 1987 na cidade de São Paulo com posterior implementação de CAPS em diversos municípios nos anos subsequentes. Atualmente os CAPS prestam serviços do tipo “Porta Aberta” para acolhimento e tomada de decisão mas também estão em articulação com os demais pontos da RAS e RAPS com uma lógica de corresponsabilidade das demandas atendidas. Deve articular-se com a AB tal qual os NASF-AB sob a forma de apoio matricial desenvolvendo cuidado baseado em Projeto Terapêutico Singular (PTS) com reuniões de apoio, além de buscar promover outros espaços informais para interlocução (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007 e 2015). Se propõe, ainda, a realizar ações coletivas, individuais, às famílias e comunidades, não só no espaço físico dos centros mas indo também à comunidade onde os indivíduos vivenciam suas histórias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a e 2015). Na elaboração das diferentes modalidades de CAPS considera-se o tamanho da população a ser atendida para dimensionar a necessidade do cuidado além é claro da dinâmica apresentada pela população com focos em determinados grupos de atenção contemplando também o aspecto da adicção e a população infantojuvenil. As modalidades existentes no CAPS são (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015):

- CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de SUBStâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Em 2017, a portaria 3.588 cria mais um ponto na rede:

- CAPS ad IV Álcool e Drogas: Atenção Psicossocial de quadros graves e intenso sofrimento decorrente especialmente do uso de crack, álcool e outras drogas. Mínimo de 10 e máximo de 20 leitos com funcionamento 24hs instalados m regiões metropolitanas (acima de 500mil habitantes) (BRASIL, 2017b).

Por se colocarem como proposta estratégica no plano de ações para desenvolvimento de cuidado em saúde mental, com centros destinados não somente às demandas de adultos, mas contemplando, também, a realidade infantojuvenil, em articulação com a AB, apresentam relevância no contexto do presente estudo, sendo retomado o seu papel estratégico na discussão dos resultados aqui apresentados. Se faz importante ressaltar o pré-requisito populacional para implantação desses centros, logo, onde a população não atinge 70 mil habitantes, o cuidado em saúde mental, independentemente da complexidade, deve permanecer a cargo da Atenção Básica, com apoio matricial do NASF-AB onde houver equipes de referência.

2.6 APAE DE SÃO PAULO

Apesar de não ser dispositivo criado por indução governamental a partir da observação das necessidades de saúde coletiva as APAE são associações que integram as RAS com proposta de auxílio e reabilitação de pessoas com deficiência. São uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos fundada em 1961 por um conjunto de pais cujos filhos eram portadores de Síndrome de Down. Apoiada politicamente: na Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006) e no Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH III (BRASIL, 2009), Plano Viver Sem Limites (BRASIL, 2011a) e o Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2011), desenvolve ações de cuidado de caráter multiprofissional e conta com a presença importante de voluntariado. Sua missão é de prevenir e promover a saúde das pessoas com Deficiência Intelectual, apoiar sua inclusão social, incidir na defesa de seus direitos, produzindo e disseminando conhecimento (APAE, 2019).

A APAE atua desde o nascimento até o processo de envelhecimento, propiciando o desenvolvimento de habilidades e potencialidades que favoreçam a escolaridade e o emprego apoiado, além de oferecer assessoria jurídica às famílias no que se refere aos direitos das pessoas com deficiência intelectual (APAE, 2019).

Pioneiro no Teste do Pezinho no Brasil (para detecção de alterações genéticas que cursam com deficiência intelectual) e credenciado pelo Ministério da Saúde como Serviço de Referência em Triagem Neonatal, o Laboratório APAE DE SÃO PAULO é o maior da América Latina em exames realizados. Por meio do Instituto APAE DE SÃO PAULO, a Organização gera e dissemina conhecimento científico sobre Deficiência Intelectual com pesquisas e cursos de formação (APAE, 2019).

A deficiência intelectual na família é fator de risco para o desenvolvimento de sofrimento e demandas em saúde mental, relacionando-se sobremaneira a exclusão social. Apesar de não ser equipamento criado por política pública a APAE destaca-se no cenário da inclusão/ reabilitação dos indivíduos sendo inclusive alvo de direcionamento de alocação de recursos federais (BRASIL, 2019) Pelas características desse serviço, sobretudo no acolhimento das demandas dos indivíduos com deficiência desde o nascimento, trabalhando

de maneira multiprofissional com o público-alvo deste estudo (as crianças, os jovens e as suas famílias) apresenta importância a ser retomada na discussão dos resultados.

3 ALGUMAS ASPECTOS DO SUS SÃO PAULO

3.1 ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (OS) E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS)

No âmbito do estado de São Paulo, organização social (OS) é :

“(…) a qualificação dada pelo Poder Executivo à pessoa jurídica de direito privado sem finalidade lucrativa que atenda aos requisitos previstos na Lei Complementar nº 846/1998 e normas correlatas. Suas atividades devem ser destinadas a pelo menos uma das seguintes áreas: (i) saúde; (ii) cultura; (iii) esporte; (iv) atendimento ou promoção dos direitos das pessoas com deficiência; (v) atendimento ou promoção dos direitos de crianças e adolescentes; (vi) proteção e conservação do meio ambiente; e (vii) promoção de investimentos, de competitividade e de desenvolvimento. Ao estar qualificada como OS, a entidade fica possibilitada de participar de convocações públicas feitas pela Administração para a celebração de contrato de gestão, que é o instrumento destinado à formação de parceria entre as partes (Governo e OS) para fomento e execução de atividades relacionadas às áreas elencadas acima. A partir da indicação dos Secretários de Estado responsáveis por tais áreas, cabe ao Secretário de Governo qualificar as entidades como Organização Social.” (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2019)

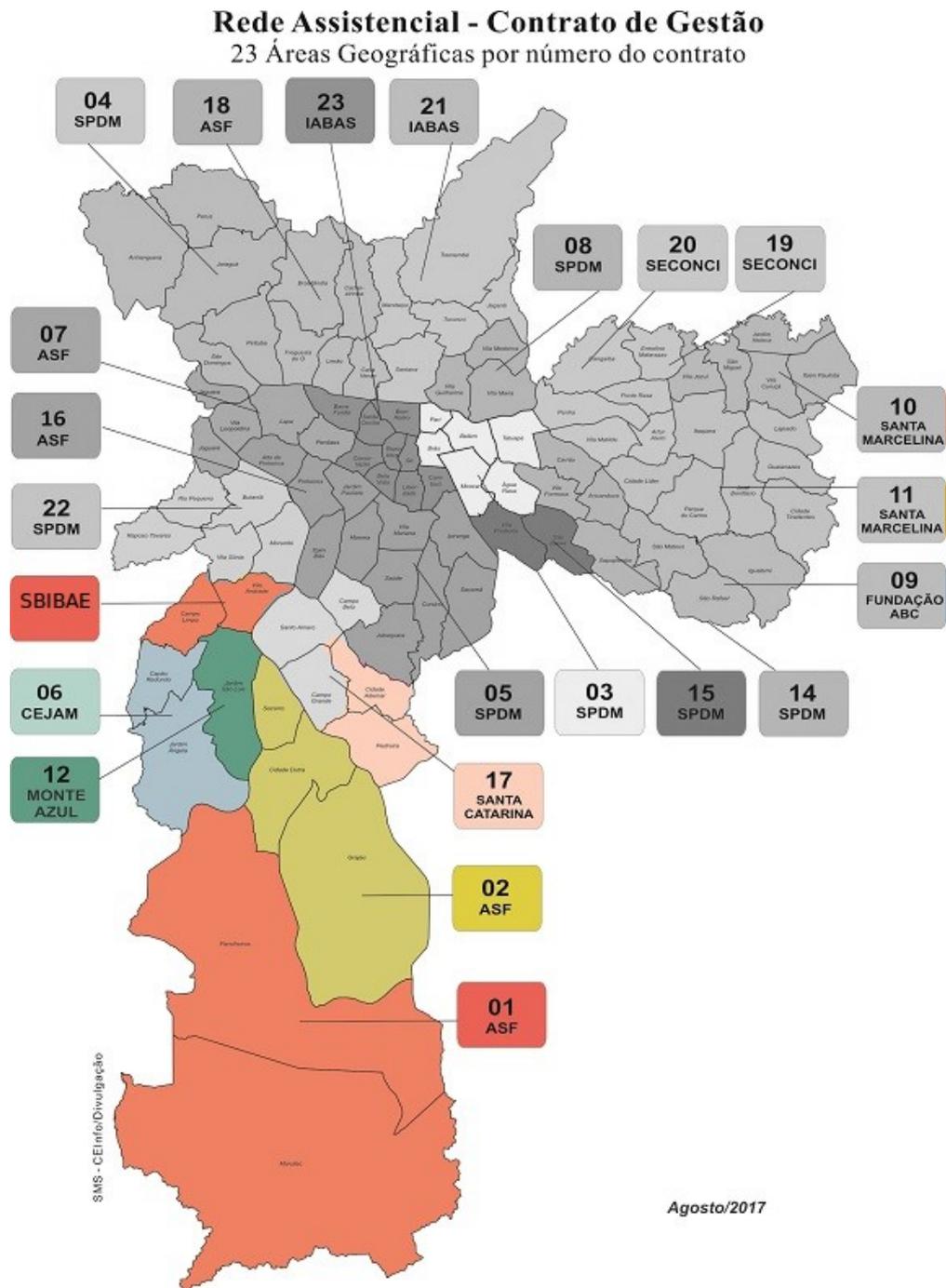
Já as Organizações Sociais de Saúde (OSS) são:

“(…) instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua lei orgânica - Lei nº 8080/90.

Os serviços de saúde gerenciados por OSS em São Paulo, através de contrato de gestão, incluem Hospitais, Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME), Centro de Referência do Idoso (CRI), Centros de Reabilitação da Rede Lucy Montoro, Centros Estaduais de Análises Clínicas (CEAC), Serviços de Diagnóstico por Imagem (SEDI), Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde

(CEADIS) e Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). “ (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2019)

Figura 1 - Mapa das 23 áreas geográficas com Contrato de Gestão. Em cores, é mostrada a Zona Sul da Cidade de São Paulo (Adaptado de PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2019a e SBIBAE, 2015)



Podemos observar que no Estado de São Paulo a operacionalização dos serviços do SUS está intimamente ligado as OSS. Por meio dos contratos de gestão, as organizações que estão em acordo as exigências estabelecidas e em conformidade com a lei orgânica nº 8.080/90 do SUS são responsáveis pela gestão de diversos equipamentos de saúde que compõe RAS/RAPS em diferentes áreas geográficas. Estas organizações devem atuar em parceria com o Estado e colaborar na provisão dos serviços públicos, no caso, em saúde dentro do previsto na Constituição Federal.

3.2 CENTRAL DE REGULAÇÃO DE OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CROSS)

Outro aspecto que merece destaque para compreensão da organização da oferta de serviços em rede em São Paulo é o da central de regulação. Esta ferramenta está disponível em um Portal on-line e tem como propósito o acesso a serviços que não funcionam como “porta aberta” em um sistema integrado onde há oferta de vagas disponibilizadas nas diversas regiões de saúde e que são buscadas pela Atenção Básica e outros equipamento com intuito de garantir a integralidade da atenção. São exemplos possíveis o acesso a ambulatórios de especialidades para neurologia, psiquiatria, cardiologia e também para exames de complexidade como tomografias.

“A Secretaria de Estado de Saúde De São Paulo entendendo a Regulação como uma importante ferramenta de gestão do sistema de saúde pública, que tem entre seus objetivos a equidade do acesso implementada através de ações dinâmicas , criou a Central de Regulação de Oferta de Serviços de saúde (CROSS) , que congrega as ações voltadas para a integralidade da assistência, propiciando ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão.”

4 SAÚDE MENTAL

A Saúde Mental, parte integrante do indivíduo em sua completude, sofreu muitas transformações ao longo da sua história, tanto conceitualmente quanto na perspectiva da sua abordagem e cuidado dispensado pelas diferentes ciências conhecidas.

No Brasil do século XIX um grupo de médicos levados pela corrente Higienista da época iniciou um movimento para construção de espaços onde os “alienados” (como eram designados indivíduos com transtornos mentais) fossem recolhidos. Nesses locais, eles seriam submetidos a uma rotina de convivência, hierarquia e proteção que lhes propiciaria serem “moldados” para retorno ao convívio social. Ao mesmo tempo em que a sociedade ficava livre do “incômodo” trazido por esses sujeitos, ela acreditava zelar por sua proteção. Desta forma, antigas fazendas distantes de centros urbanos foram transformadas em hospitais-asilos e levaram ao isolamento desses indivíduos em diversos locais pelo país

No período pós-guerra veio à tona a realidade dessas instituições onde as pessoas eram relegadas a condições sub-humanas, destituídas de seus pertences, vestes, história pessoal e até de seus próprios nomes. Grandes movimentos para reforma na assistência psiquiátrica eclodiram em diversas partes do mundo buscando vias alternativas ao isolamento institucional.

Infelizmente o Brasil não acompanhou esse movimento de maneira imediata. As mudanças propostas através do novo ideal de “Saúde Mental” em substituição às antigas ideias de “Higiene Mental” propagadas pela recém fundada OMS não foram capazes de modificar esses velhos conceitos. A permanência de uma concepção que associava doença mental com risco de violência, tanto medicamente quanto culturalmente, ainda fortalecia a opção pelo isolamento/institucionalização.

Somente no fim da década de 70, sob um cenário sociopolítico de redemocratização do país e abertura ao debate com a população, houve um campo frutífero para realizar mudanças em antigas estruturas. O Movimento Sanitarista e as considerações acerca dos direitos humanos levantaram as críticas às instituições asilares, o que ficou conhecido no período como “Movimento de Reforma Psiquiátrica” (FERREIRA, 2016). A constatação da

situação degradante em que viviam os asilados iniciou esse processo de reorganização de políticas públicas e assistência ao usuário que se desenvolve até hoje. Ressalta-se que esse processo de reforma tem um papel muito maior do que simplesmente implementar novos serviços em saúde mental, mas, sobretudo, o de estabelecer novas relações na abordagem dos transtornos mentais, inclusive na resposta social a essas questões (FURTADO; CAMPOS, 2005).

O SUS prevê a inserção do cuidado em saúde mental dentro da AB nas UBS por meio da colaboração entre a ESF, NASF-AB e demais pontos da rede como CAPS, residências terapêuticas e leitos hospitalares. Conforme a maior ou menor gravidade e necessidade de apoio do caso os serviços partilham a construção da atenção por meio de reuniões de matriciamento, discussão de casos, e elaboração de Projetos terapêuticos Singulares (PTS) ou sua revisão. Considera a importância do território para o desenvolvimento das potencialidades dos sujeitos, redução dos estigmas, melhoria de custo benefício e reabilitação psicossocial, ou seja, há uma ética de inclusão desses sujeitos (FURTADO; CAMPOS, 2005 e SANTANA, 2014).

Em que pese ser a UBS local de atenção de tecnologia leve, a atenção desenvolvida na esfera da saúde mental dentro do território no cotidiano dos indivíduos é ação extremamente complexa. Conduzir este cuidado requer uma dinâmica de corresponsabilidade e interprofissionalidade a fim de romper com a lógica dos encaminhamentos e favorecer o protagonismo dos pacientes e suas famílias dentro da sua própria história (SANTANA, 2014 ; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a e 2019). Nesse contexto, a Atenção Básica lança mão, ainda dos NASF-AB e dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS).

Crianças e jovens apresentam uma dinâmica muito particular em relação ao sofrimento psíquico, não devendo ser abordadas sob este aspecto da mesma forma que aos adultos (COUTO, 2008). No entanto enquanto sujeito de direitos garantidos na Constituição de 1988 e posteriormente corroborados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990) as demandas em saúde mental da população infantojuvenil encontram seu espaço como já citado anteriormente no que é preconizado hoje, pelo SUS. Um cuidado a ser desenvolvido de maneira multiprofissional, intersetorial partindo da AB ou a ela retornando quando o acesso se efetiva por demais serviços de porta aberta (CAPS) ou pós internações. O

plano de ação a ser desenvolvido, objetiva sobretudo a inclusão e reabilitação desse público em vistas a investir na construção de suas potencialidades para a vida adulta.

4.1 SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL (SMIJ)

Necessidades de saúde mental relacionadas a infância evoluíram desde um meio de busca para compreender patologias psiquiátricas em adultos, passando pelo Movimento Higienista com seus cuidados institucionalizados e mentalidade saneadora até o momento atual, em que há leis e normas que garantem um cuidado adequado, mas que ainda não se implantaram de maneira efetiva (SINIBALDI, 2013).

O cuidado em saúde mental à população infantojuvenil, apresenta particularidades que não podem ser contempladas em uma extensão das medidas propostas para o cuidado adulto e enquanto política pública de assistência sua inclusão ocorreu de forma tardia em diferentes nações. Essa situação é atribuída ao desconhecimento prévio do impacto dos transtornos mentais infantis na vida adulta, à necessidade da avaliação de múltiplas fontes de dados para estabelecer diagnósticos (escola, família, comunidades), aos diferentes períodos de incidência dos problemas e a uma imensa gama de problemas relacionados a esses casos. Como exemplos temos transtornos de desenvolvimento, de aprendizagem, ansiosos, de conduta, por uso de substâncias psicoativas, de atenção e hiperatividade, depressão e esquizofrenia (MANSUR, 2009 e COUTO, 2008). No caso brasileiro a que se considerar ainda a regulamentação da especialidade psiquiatria da infância e adolescência oficialmente 1934 e a condição de “sujeito” conquistada por esse grupo apenas com a constituição de 1988 (MANSUR, 2009 e BRASIL, 1990). O fato é que a expansão de políticas públicas no que tange à saúde mental infantil pode favorecer uma institucionalização na criação de dados e informações pertinentes ao assunto com incentivo à pesquisa e conseqüentemente maior clareza na realidade das ações e na criação da oferta de serviços (COUTO, 2008).

Assim como a assistência prestada ao adulto no passado, as práticas em saúde mental ofertadas às crianças desenvolveram-se dentro de um modelo intensamente segmentado, institucionalizador e excludente. No Brasil, por quase um século, os cuidados dispensados às nossas crianças ficaram a cargo de instituições filantrópicas (na sua maior parte) e particulares, onde não havia políticas que lhes garantissem dignidade de assistência e de vida.

Fruto da influência do movimento da Higiene Mental, cuja ideologia dominou a primeira metade do século XX (TELLES, 2006), o objetivo à época era o de prevenir a delinquência, estabelecer regras de conduta para desenvolvimento adequado do caráter, “sanear a sociedade” ao mesmo tempo que se compreendia que a criança institucionalizada estaria mais segura, não oferecendo riscos para si, sua família e ao seu ambiente. Como consequência, mesmo que de forma não “evidente para a sociedade”, uma infinidade de crianças e jovens sofreu com abandono, desassistência e exclusão (SINIBALDI, 2013 e DE OLIVEIRA BORBA, 2012). Muitas vezes, foram apartados de seus núcleos familiares.

Contudo, apesar do Movimento de Reforma Psiquiátrica que deu início ao processo de desinstitucionalização envolvendo moradores desses leitos em hospitais psiquiátricos adultos, somente em 2005 elaborou-se uma política de saúde mental voltada especialmente para o público infantojuvenil. Desde então o debate em torno dos assuntos conta com os Fóruns Nacionais de Saúde Mental infantojuvenil.

Na atualidade, o risco envolvendo transtornos de saúde mental entre jovens e crianças envolve diversos aspectos desse grupo e de suas famílias. Abrange as esferas biológicas, psicológica e social. Considera-se o envolvimento genético, infecções, abandono, violência, transtornos familiares entre outras questões como possíveis determinantes de distúrbios mentais. Parece claro que, assim como em todo processo saúde-doença hoje, as situações de sofrimento psíquico requerem a participação da comunidade e o envolvimento multiprofissional. Nesse sentido, a possibilidade de penetração da ESF nas comunidades de forma a entender suas realidades reforça a ideia de reestruturação da atenção psiquiátrica vinculando-a à UBS e indo de encontro ao movimento de desinstitucionalização, ao promover o cuidado de maneira socialmente contextualizada (NEVES, 2012). Fato esse que favorece sobremaneira resultados positivos sobre o plano de cuidado.

Se considerarmos que o status de sujeito atribuído à infância se deu apenas com a Constituição de 1988, corroborado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 e que o SUS fundamentado em AB também foi criado em setembro daquele mesmo ano, fica claro que toda essa temática envolvendo “Crianças, Saúde Mental e Atenção Básica” ainda é nova e em processo de construção. Logo, esse caráter de algo novo exige também uma série de adequações entre a realidade pré-existente, o que é possível realizar agora e nossos objetivos para o futuro.

Alguns trabalhos de aspecto quantitativo, variando conforme a origem da informação (cuidador, professor ou adolescente) referem porcentagem significativa de crianças e adolescentes com alguma demanda em saúde mental. Em pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2017), aproximadamente 12,6% dos brasileiros entre 6 e 17 anos apresentam sintomas de transtornos mentais importantes, o que traz um grande impacto no processo saúde doença das comunidades. Tal situação favorece o desenvolvimento de adultos vulneráveis por desenvolvimento inadequado, que futuramente apresentarão dificuldades de autonomia e condução de suas famílias. Outros trabalhos apontam ainda para uma escassez de serviços especializados, com distribuição desigual entre diferentes estados e regiões associada a uma fraca articulação entre as RAS e AB (DE OLIVEIRA BORBA, 2012). Fato já constatado na conjuntura de diferentes países (inclusive com APS já bem estruturada) onde é evidente a defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de atendê-la (MENDONÇA CAVALCANTE; BESSA JORGE, MOURA DOS SANTOS, 2012 e COUTO, 2008).

Podemos considerar, também, os estigmas socioculturais advindos dos estereótipos que povoam o imaginário popular sobre a saúde mental. A vergonha, o medo, a dificuldade de “expor” seus filhos, a fim de evitar rótulos psiquiátricos, a dificuldade de lhes permitir escolhas e de lhes favorecer protagonismo e assunção de seus cuidados.

Por parte dos profissionais, o despreparo para acolher e conduzir crianças e suas famílias com problemas mentais, por temerem a periculosidade e o descontrole desses pacientes, faz com que optem, com frequência, pela medicalização ou pelo encaminhamento, por haver, ainda, por vezes, a persistência de uma mentalidade asilar e institucionalizante (NEVES, 2012).

4.2 NASF-AB E A SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NA ATENÇÃO BÁSICA

Como a AB tem como princípio possibilitar o primeiro acesso ao Sistema de Saúde, propondo-se a responder às demandas apresentadas pelos indivíduos, as necessidades de Saúde Mental também estão incluídas dentro das ações a serem desenvolvidas por ela. De

maneira mais específica, a saúde mental infantil também passa pela colaboração interprofissional e pelas práticas desenvolvidas pelo NASF-AB.

Pela sua missão, os núcleos devem atuar de maneira conjunta com os CAPS, com corresponsabilidade junto aos casos trazidos pela ESF, sendo um cuidado articulado entre a ESF/NASF-AB. A UBS é o local preferencial de seguimento das demandas desses sujeitos, com orientação de referenciamento apenas de casos graves e que necessitem de cuidados mais intensivos, que não possam ser ofertados através de visitas domiciliares e da atenção prestada na UBS. Mesmo que o usuário acesse o Sistema de Saúde através do CAPS e de Serviços de Emergência Psiquiátrica, ou seja, outros pontos da RAPS, ele deverá ser acolhido, ter suas necessidades avaliadas no momento presente, mas, posteriormente, deverá ser levado aos espaços de discussão entre NASF-AB, CAPS e ESF, da mesma forma que os pacientes egressos de internações ou que receberam alta dos CAPS, para acompanhamento na UBS. Tal fato torna imprescindível a articulação entre os pontos de RAS, o diálogo interprofissional e o envolvimento entre todos os agentes envolvidos no cuidado (SOUSA, 2016)

O surgimento do NASF-AB como elemento que almeja aumentar a potencialidade de ação da Atenção Básica envolvendo atendimento especializado acessível à comunidade, tanto na esfera assistencial como no apoio às equipes de referência, pode favorecer a resolução da atenção em Saúde Mental e trazer esse olhar à população pediátrica em questão. Pode viabilizar, ainda, a articulação e o diálogo dentro da RAS para que haja um espaço de interlocução entre UBS, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO) e os Serviços de Residência Terapêutica (SRT), assim como as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) e escolas, através da ferramenta de apoio matricial.

O apoio matricial pode ser entendido acima de tudo como um compartilhamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b e BARONA, 2009). A equipe de referência NASF-AB compartilha com as equipes da ESF discussões de caso, intervenções e atendimentos (consultas compartilhadas). Elaboram em conjunto Projeto Terapêutico Singular (PTS), realizam visitas domiciliares, dinâmicas, atendimentos em grupo e partilham de seus saberes ao desenvolver propostas individuais e coletivas para o território. Portanto, essa colaboração multiprofissional/interprofissional objetiva aumentar o caráter resolutivo para os casos concretos em questão (CORREIA; GOULART ; FURTADO, 2017) em seu próprio ambiente

(território), além de trazer um caráter formativo pedagógico ao somar conhecimentos que podem ser aplicados em futuras demandas semelhantes, o que pode potencializar a equipe local em suas ações. Nestas por sua vez vai se produzindo gradativamente o que se convencionou chamar de “Clínica Ampliada” que é justamente o estímulo à valorização de outros aspectos e dimensões individuais e coletivas nos processos saúde-doença. Para além da área de saúde, as vantagens apresentadas pela Organização Matricial (modelo inspirador para o Apoio Matricial em saúde) na área de administração incluem a coordenação entre especialistas, a comunicação livre, o processo descentralizado de decisão, a flexibilidade na resposta às mudanças e a utilização de recursos compartilhados de modo eficiente (SOUSA, 2016).

Por ser o período da infância determinante na formação do futuro indivíduo sob toda a sua totalidade (desenvolvimento físico, intelectual e emocional) (SINIBALDI, 2013), compreender e conduzir as necessidades de saúde mental desse grupo se faz premente com grande impacto na saúde individual e coletiva. Vivenciarmos a angústia de crianças, adolescentes e suas famílias em saúde mental é situação corrente na Atenção Básica, em que demandas de saúde mental são prevalentes (DE SÁ, 2011), sendo frequentes as solicitações das escolas para avaliação de sinais, sintomas e comportamentos pelos especialistas do NASF-AB.

No entanto, apesar das conquistas alcançadas com o advento dos núcleos, reunindo esforços junto à ESF, a SMI ainda apresenta muitos e importantes desafios dentro da AB. Ao observar a vivência prática da ESF na UBS, a lógica de encaminhamentos (quer seja das ESF para os NASF-AB ou pra outros pontos da RAS e RAPS), a medicalização, a falta de socialização e o cuidado médico centrado ainda parecem imperar. Dessa observação cotidiana é possível levantar questionamentos que justificam uma análise mais aprofundada desses casos de SM infantil abordados na AB em articulação com os núcleos e demais pontos da rede. Busca-se assim conhecer de fato como esses casos vêm sendo conduzidos.

5 BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: UMA DISCUSSÃO

5.1 INTRODUÇÃO

O cuidado a infância e adolescência é marcado não só por intervenções rotineiras a disfunções ou a patologias específicas, tal como a prática de um pneumologista se ocupa dos pulmões e de suas necessidades correlatas. Aquele cuidado é, antes de mais nada, pautado por um zelo do crescimento, do desenvolvimento e do esforço em propiciar a oportunidade de formar-se um adulto saudável em todas as suas dimensões (ALMEIDA, 2019). Epidemiologicamente, as práticas consideradas como as mais adequadas, tanto no cuidado clínico quanto nas ações de promoção e proteção à saúde, evoluíram historicamente de maneira a responder às necessidades apresentadas pela humanidade, em um determinado contexto histórico/social e científico (AYRES, 2006). Dessa maneira, o que enxergamos hoje em boas práticas de saúde mental infantojuvenil vem de um movimento que teve origem no Movimento Sanitarista, em oposição às Diretrizes Institucionalizadoras, passando pela busca de intervenções baseadas em Fatores de Risco e Proteção e chegando mais recentemente à construção de ações com enfoque nas Vulnerabilidades. O maior benefício advindo desse enfoque deriva do reconhecer as dimensões individuais, coletivas e programáticas que se relacionam sobremaneira com o “entorno” dessa criança/adolescente e de sua família. Dentro de tal concepção, a AB ocupa espaço privilegiado nesse “entorno” justamente por estar inserida no território. Na perspectiva de boas práticas no campo de saúde mental em nossa população-alvo de estudo, a resposta mais atual apresenta-se como trabalho em rede inserido em um território (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2005 e 2013a).

5.2 CONCEITOS A SEREM CONSIDERADOS: FATORES DE RISCO, VULNERABILIDADES E TERRITÓRIO

O risco é um conceito epidemiológico que determina maior ou menor probabilidade de um determinado desfecho associado à exposição ou não a um determinado fator. No campo da saúde mental infantil tradicionalmente 3 domínios são implicados com fatores de risco e proteção, sendo eles o domínio social, psicológico e biológico. Claro que como já discutido anteriormente, demandas em saúde mental são fruto de múltiplos fatores, normalmente somados em uma interação contínua (AYRES, 2006).

Discutir e conhecer estes fatores são importantes ferramentas para busca de intervenções direcionadas ao cuidado em saúde mental infantojuvenil (MAIA, 2005).

No entanto, por muito tempo, o desenvolvimento de estratégias de cuidado e prevenção baseou-se exclusivamente na observação desses fatores, não apenas na saúde mental, mas em outros diversos agravos. Apesar de se tratar de um conhecimento importante e de grande valia para se pensar o cuidado, o fato é que o conceito do risco, somente, não apresentava todas as respostas e os resultados esperados quando empregado para ações de promoção e proteção da saúde (AYRES, 2006 e CHOR, 2000).

Um caso emblemático sobre a questão em tela foi o da Epidemia de HIV/AIDS no início dos anos 90. Vivenciando grande dificuldade em conter a epidemia apesar do desenvolvimento de ações pautadas em risco, grupos de risco e comportamentos de risco, emerge um novo conceito trazendo diferentes noções, antes não consideradas, por meio das quais houve mais respostas e resultados ao confrontar individual vs coletivo assim como comportamental vs estrutural na definição de políticas e estratégias de intervenção prática. Surge assim o conceito de Vulnerabilidades.

Quadro 1 - Fatores de risco e de proteção selecionados para saúde mental de crianças e adolescentes

Domínio		Fatores de risco	Fatores protetores
Social	a) Família	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado parental inconsistente; - Discórdia familiar excessiva; - Morte ou ausência abrupta de membro da família; - Pais ou cuidadores com transtorno mental; - Violência doméstica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculos familiares fortes; - Oportunidades para envolvimento positivo na família.
	b) Escola	<ul style="list-style-type: none"> - Atraso escolar; - Falência das escolas em prover um ambiente interessante e apropriado para manter a assiduidade e o aprendizado; - Provisão inadequada-inapropriada do que cabe ao mandato escolar; - Violência no ambiente escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidades de envolvimento na vida da escola; - Reforço positivo para conquistas acadêmicas Identificação com a cultura da escola
	c) Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Redes de sociabilidade frágeis; - Discriminação e marginalização; - Exposição à violência; - Falta de senso de pertencimento; - Condições socioeconômicas desfavoráveis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ligação forte com a comunidade; - Oportunidade para uso construtivo do lazer; - Experiências culturais positivas; - Gratificação por envolvimento na comunidade.
Domínio Psicológico		<ul style="list-style-type: none"> - Temperamento difícil; - Dificuldades significativas de aprendizagem; - Abuso sexual, físico e emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidade de aprender com a experiência; - Boa autoestima; - Habilidades sociais; - Capacidade para resolver problemas.
Domínio Biológico		<ul style="list-style-type: none"> - Anormalidades cromossômicas; - Exposição a substâncias tóxicas na gestação; - Trauma craniano; - Hipóxia ou outras complicações ao nascimento; - Doenças crônicas, em especial neurológicas e metabólicas; - Efeitos colaterais de medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento físico apropriado à idade; - Boa saúde física; - Bom funcionamento intelectual.

Fonte: Quadro 2 de Cadernos de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Vulnerabilidade de maneira resumida, remete a esse movimento de considerar a chance de exposição dos indivíduos ao adoecimento não somente por meio de aspectos individuais mas pela resultante de um conjunto, que abriga ainda aspectos coletivos e

contextuais que vão acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e de modo inseparável maior ou menor disponibilidade de recursos de toda ordem para se proteger de ambos (AYRES, 2006).

Sendo assim as análises de Vulnerabilidades envolvem a avaliação articulada de três eixos interligados (AYRES, 2006):

1) Dimensão individual da vulnerabilidade

Esta dimensão parte do princípio de que todos os indivíduos são susceptíveis. Toma como ponto de partida aspectos próprios da vida de cada um que podem contribuir para sua exposição ou adoecimento. Relaciona-se ao grau de informação que as pessoas dispõem sobre determinada patologia bem como sobre suas práticas culturais e cotidianas e como tais informações se incorporam efetivamente em práticas individuais de proteção.

2) Dimensão social da vulnerabilidade

Este componente de análise visa focar nos fatores que definem ou constroem a vulnerabilidade individual. Aspectos morais, culturais, religiosos, organizacionais, diretrizes políticas e governamentais, a complexidade do “ser” em sociedade de maneira a compreender que a corporação de informações a serem revertidas em práticas de proteção e cuidado não depende exclusivamente do indivíduo.

3) Dimensão programática ou institucional da vulnerabilidade

Este plano de análise busca avaliar como atuam nossas instituições em determinadas circunstâncias sociais. No campo da saúde, da educação, do bem-estar social e dos meios de comunicação, são implicados e disponibilizados meios de ação para superação de condições desfavoráveis? Ou, ainda, há elementos que aprofundam essas condições adversas? Qual é o grau de compromisso de serviços e programas institucionais com a proteção e a elaboração de propostas de intervenção?

Esta dimensão analisa a vida em sociedade mediada pelas diversas instituições.

Apesar de ser um conceito que emergiu na busca de respostas para a epidemia de HIV/AIDS com relação a estudos epidemiológicos, hoje, ele é amplamente utilizado nas diversas ciências. Na esfera de saúde mental, analisar e conhecer as vulnerabilidades para o

adoecimento psíquico e sua expressão viabiliza esforços programáticos (individuais, comunitários e institucionais) na percepção e na superação dessas questões, abrindo, assim, caminho para destacar os principais pontos no desenvolvimento dessas boas práticas (ASSIS, 2009 e SEVALHO, 2017).

Previamente, na breve introdução desta discussão sobre boas práticas, destacou-se a importância do “entorno” na vida das famílias, crianças e jovens com demandas em saúde mental. Aprofundando ainda mais essa ideia, deseja-se definir esse entorno como o território. Não apenas a presença física de um determinado espaço material, geográfico, muito além do que locais ou estruturas, mas tudo o que se relaciona aos sujeitos, como a casa, a escola, a igreja, o clube e suas inter-relações, “territórios existenciais”.

Partindo-se desse conceito, particularizamos o cuidado não só na perspectiva daqueles que são objeto do mesmo, mas, também, dos atores envolvidos nessa prática, que se configura, individualiza e constrói constantemente (FURTADO, 2008). E por que não, pela abrangência institucional desse território, o quanto meu bairro, escola, igreja, posto de saúde, espaço de convivência está apto a se adaptar e fomentar a autonomia desses sujeitos com demandas em saúde mental infantil? O quanto meu território acolhe e administra as diferenças e necessidades advindas das vulnerabilidades envolvidas nessas demandas, tais como: condições econômicas precárias, baixa escolaridade parental, família monoparental, violência familiar (ASSIS, 2009)?

A Atenção Básica encontra lugar privilegiado nesse território, essa localização próxima de onde vive e/ou trabalha a população assistida naquela região. Ou seja, a AB está inserida nesse território físico e existencial das famílias, sendo porta de entrada a todas as suas demandas. Porém, para suprir todas as necessidades desse coletivo, organiza-se em rede, contando com atenção especializada do NASF-AB, CAPS, ambulatórios de especialidade, hospitais de referência, os quais, como já discutido anteriormente, não podem ser a única nem a última resposta às demandas em saúde mental infantojuvenil. O ambiente educacional, jurídico e cultural devem estar implicados de maneira real para ampliar, enriquecer o cuidado, analisar e modificar as vulnerabilidades presentes. A lógica de encaminhamento sem compromisso ou responsabilidade tende a ser substituída por uma implicação da rede com o seu coletivo no sentido de modificar as realidades e prevenir casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2005 e 2013b).

5.3 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Todos nós temos uma dinâmica de negociação dentro de nossas vidas diárias, o que pode ser entendido como “capacidade contratual” ou “poder contratual”. Essa dinâmica de negociação constitui-se em habilidade maior ou menor, a depender do cenário de ação. Mas o que seria isso? De maneira esquemática, transitamos por 3 cenários de vida: cenário habitat, cenário mercado, cenário de trabalho. Considerados aqui não apenas como um espaço físico em si, mas, sim, um ambiente onde há consumo, espaço para relações sociais e convívio íntimo, onde exercitamos esse poder contratual, nossas negociações, construímos nossas vivências sob os efeitos dos símbolos, dinheiro, afetos, poderes, diálogos etc. Sendo assim, jovens podem negociar com seus pais que cheguem mais tarde em casa, crianças podem negociar brincadeiras em um parque definindo regras, perdedores e ganhadores, podem aumentar seus espaços sociais se sua vida material é mais limitada. Conforme o cenário e a situação, somos mais ou menos habilitados. Porém, existem os estão desabilitados na sua capacidade de negociação justamente por falta de poder contratual: os indivíduos que, por alguma limitação, estão restritos ou incapazes de realizar essas trocas em seus cenários de vida (PITTA, 2001).

Portanto reabilitar não pode ser entendido simplesmente como uma técnica ou saber aplicado para cuidado ou tratamento, sendo responsabilidade apenas de profissionais da área de saúde assim como medicamentos ou psicoterapia. Atualmente o termo deve se referir a um compromisso ético da abordagem de saúde mental. Sendo portanto responsabilidade de todos os envolvidos nesse processo saúde-doença, como os profissionais, usuários, famílias e toda a comunidade. É uma proposta estratégica de condução da demanda em saúde mental que preconiza um conjunto de ações que objetivam aumentar as habilidades do indivíduo, propiciando atingir suas possíveis potencialidades, aumentando ou criando seu poder de contratualidade nos diferentes cenários. Conseqüentemente, reduzindo suas desabilitações e fragilidades no seu contexto pessoal e coletivo. Para que isso realmente ocorra é necessário que haja inclusão social. Crianças e adolescentes, devem frequentar escolas, clubes, igrejas e vivenciar as realidades de seu território, não pelo que lhes falta mas por aquilo que podem oferecer e compartilhar. Precisa-se ter em mente que se tornarão adultos que de acordo com

suas capacidades vão ingressar no cenário do trabalho, vão desenvolver sua sexualidade e constituir relações de afeto e famílias. Porque é isso que os indivíduos constroem em sociedade. Retorna-se, assim à análise das vulnerabilidades, conhecimento do território e atuação das redes de atenção ampliadas, buscando a reabilitação psicossocial (PITTA, 2001 e SBP, 2017).

As boas práticas em saúde mental infantojuvenil são, antes de mais nada, um construir cotidiano da cidadania, do respeito às diferenças, do acolhimento e da inclusão. Isso não pode estar restrito jamais a profissionais especializados de maneira compartimentada, mas a um interesse coletivo.

Ao se comparar o modelo de assistência preconizado pelo SUS, inclusive a proposta a ser ofertada no cuidado a pacientes com questões de saúde mental especialmente a população infantojuvenil, com a realidade atual da assistência de crianças e adolescentes com demandas de saúde mental, pode-se pressupor que este cuidado está sendo preterido. Apesar de definições normativas sobre como tal cuidado deve ser operacionalizado, pode-se levantar os seguintes questionamentos:

- 1) Como ofertar assistência a esses “novos” sujeitos dentro da integralidade e plenitude de suas demandas no contexto da realidade de suas famílias, comunidades e escolas?
- 2) O novo modelo assistencial proposto pelo SUS visando o fortalecimento da AB, oferta espaço a população infantojuvenil?
- 3) E esse espaço contempla a saúde mental desse grupo?
- 4) Como esse cuidado é efetivado?
- 5) As estratégias criadas para aumentar a resolubilidade e ampliar o cuidado, ainda na UBS, como os NASF-AB, agregam o cuidado de SMI?
- 6) As demandas de SMI não completamente sanadas na UBS/AB são geridas em coparticipação com as RAS/RAPS?
- 7) As RAS/RAPS apresentam equipamentos para atender à SMIJ em articulação com a AB?
- 8) Há articulação entre os diversos componentes das RAS/RAPS no intuito de promover a inclusão/reabilitação das crianças e dos jovens com necessidade de saúde mental?

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o cuidado efetivado a saúde mental infantil na Atenção Básica.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Avaliar o cuidado em saúde mental infantil por meio da articulação com os NASF-AB dentro da AB
- b) Avaliar o cuidado em saúde mental infantil por meio da articulação entre a AB e demais pontos de atenção da RAS/RAPS (CAPS, ambulatórios de especialidade e hospitais).
- c) Analisar a implementação das diretrizes do SUS para o cuidado da saúde mental infantil nos casos propostos.

7 MÉTODOS

Indagações a respeito do mundo que nos cerca e a busca constante de explicações sempre motivou a elaboração de respostas para os fenômenos observados. O homem provido de seus sentidos e de uma série de processos cognitivos complexos sempre esteve em sintonia com seu habitat na produção de conhecimento. Embasado em sua experiência pessoal, desprovido de sistematização ou treinamento formal e agindo de forma empírica, os conhecimentos assim produzidos representam aquilo que pode ser considerado como conhecimento popular (GIL, 1995 e MARCONI 2009).

No entanto, esse saber popular, apesar de compartilhar com as ciências o mesmo objeto e a busca de veracidade, difere sobremaneira na forma como é construído.

Ciência, por sua vez, é uma forma de conhecimento obtido por meio de uma série de operações mentais sistematizadas em teorias e técnicas que possibilitam a descrição de fenômenos. Permitindo, ainda, comprovação por meio de observação e experimentação. A pesquisa é uma das formas mais utilizadas para produção científica. É empregada em todos os

campos do conhecimento com o intuito de descobrir fatos, dados, estabelecer correlação ou leis e promover o progresso científico. Trata-se de ação reflexiva, formal, desenvolvida com base em métodos e teorias de forma crítica e sistemática para o conhecimento da realidade em determinado universo do saber (MARCONI, 2009).

Dessa forma, Métodos se constituem na diferença entre a produção de conhecimento popular, informal para a produção científica, formal. Apresentam uma ampla diversidade pois diferem conforme o objeto a ser estudado, os questionamentos propostos, a área de conhecimento, a temporalidade do fenômeno e o envolvimento do pesquisador. Podem ainda conjugar-se em um misto de diferentes métodos na elaboração de um mesmo projeto de pesquisa (GIL, 2002). E, como definição, representam o conjunto de ações sistematizadas, pensadas e desenvolvidas para atingir um objetivo, os caminhos a serem percorridos para que se obtenha conhecimentos válidos com a maior segurança (MARCONI, 2009).

Na construção desse estudo logrou-se sucesso com as referências metodológicas para avaliação em saúde (FURTADO, 2006; FURTADO; CAMPOS, 2005 e HARTZ, 1997), estudo de caso (YIN, 2015) e métodos qualitativos (BAUER; GASKELL, 2017; GIL, 1995; FLICK, 2008 e MINAYO, 2004) como subsídios para o delineamento. Desta forma, define-se a presente pesquisa como uma pesquisa avaliativa, com desenho tipo estudo de caso que utiliza estratégias qualitativas para coleta de dados.

7.1 PESQUISA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa surge nas ciências sociais por meio do questionamento das limitações na aplicação de metodologias quantitativas para conhecer e compreender os fenômenos humanos (DEVERS, 1999 e SEVERINO, 2017). O paradigma positivista do modelo experimental matemático, já bem aplicado nas ciências naturais passa a ser criticado por não ser suficiente para dar respostas no processo de produção do conhecimento envolvendo o fenômeno humano. Na origem da crítica a esse modelo, argumentava-se que aspectos específicos do homem enquanto sujeito, composto por seus interesses, sentimentos, experiências subjetivas e diferentes tipos de significados atribuídos, nos contextos de vida real, necessitavam de novas teorias e métodos para serem analisados (MINAYO, 2004).

Portanto no período conhecido como pós positivista a investigação de fenômenos sociais embasados em correntes filosóficas que se utilizavam de perspectivas e métodos considerando os contextos de vidas reais, analisando a subjetividade da experiência humana com seus significados e vida de relação passaram a ser conhecidos como o que chamamos hoje de métodos de pesquisa qualitativa (DEVERS, 1999). Outro desafio consiste no fato que a validade experimental sob a ótica positivista requer extremo distanciamento entre pesquisador e objeto, o que nas ciências sociais torna-se desafiador se considerarmos que o objeto e quem o objetiva são em essência o mesmo, o fenômeno humano (GIL, 1995).

Na área da saúde, especialmente em pesquisas epidemiológicas, modelos numéricos quantitativos são bastante empregados e respondem a questionamentos sobre a “força de associação” de fatores de risco e adoecimento ou ainda “e se” alguma intervenção é “mais ou menos” benéfica à população (GIACOMINI et al, 2000). No entanto o emprego de pesquisa qualitativa vem crescendo a cada dia (MAYS; POPE, 2000) em investigações realizadas por profissionais da saúde, com o intuito de responder aos complexos questionamentos emocionais e sociais que envolvem os processos saúde-doença. Para médicos de família e comunidade, compreender os fenômenos culturais e o contexto social nos quais a prática está inserida, além de importante estratégia de pesquisa, constitui-se em “competência cultural”, qualidade que denota a especialidade em medicina de família (TARGA, OLIVEIRA, 2012), pois sua prática é sempre função de um território, população adscrita investindo em um cuidado mais interativo e pessoal propiciando um universo único de atuação.

Outro ponto de crítica ao positivismo é o fato de que: “o que não pode ser observado, também não pode ser medido” (DEVERS, 1999 e MINAYO, 2004). Todavia a ciência não pode ser apenas mecanicista e quantitativa (GIACOMINI et al, 2000). E ela necessita ser também interpretativa, por conseguinte aqueles fenômenos sociais, culturais, indagações sobre adoecimento, formas de vivenciá-lo, comportamentos e adesão a tratamentos propostos, explorando o “como” e o “porquê” são objetos de estudos qualitativos. A proposta da pesquisa qualitativa apesar de sua pluralidade de correntes e linhas de pensamento, repousa na perspectiva de compreender fenômenos trazendo o reconhecimento da subjetividade e do simbólico como parte integrante da realidade, do contexto de vida do humano como ser social (BAUER; GASKELL, 2017 e O’BRIEN, 2014). É um método que valoriza os construtos que sob a ótica da temática da saúde, especialmente da saúde mental, aborda os estigmas, fatores

de adesão ou não a tratamentos e propostas terapêuticas, fatores facilitadores ou complicadores de abordagens. Podendo assim contribuir sobremaneira para compreensão e melhoria de cuidados empregados.

7.1.1 Estudo de Caso

Segundo Yin como esforço de pesquisa, o estudo de caso contribui de forma inigualável para compreensão que se tem de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. Lida com ligações operacionais que necessitam ser traçadas ao longo do tempo, em vez de serem encaradas como repetições ou incidências. Constitui-se em método de estudo aprofundado e intensivo, buscando cercar todos os aspectos do caso investigado (FACHIN, 2001).

Estudos de caso utilizam-se de estratégias de investigação qualitativas para compor uma análise relativa ao fenômeno ou objeto de estudo considerando as relações e percepções estabelecidas dentro de um determinado contexto, onde há pouca ou nenhuma interferência por parte do investigador (YIN, 2015 e MINAYO, 2004). Para sua elaboração, após a definição do fenômeno a ser estudado, determina-se a unidade de análise e faz-se a sua descrição (um grupo, uma organização, um setor, um indivíduo). Posteriormente, lança-se mão de entrevistas, grupos focais, observação e documentos secundários para coleta de dados. Estes por sua vez serão interpretados segundo um referencial teórico e/ou categorias e critérios estabelecidos pela pesquisa.

É um método empregado com frequência quando o objetivo é responder a questionamentos como “porque” e “como” nas indagações de pesquisa dentro de um enfoque contemporâneo. Por sua natureza de análise de múltiplos focos de interesse e de uma pequena casuística, não se propõe a generalizações numéricas, mas, sim a analisar e interpretar o sentido e a relevância dos fatos em um contexto social, podendo citar ainda como exemplos: situações fruto de processos de intervenção, processos organizacionais e análise de relações em um grupo específico. É, portanto, útil na análise de processos e resultados de programas de cuidados de saúde.

Para a Medicina de Família e Comunidade, o estudo de caso se constitui em importante estratégia de pesquisa já que o universo proposto para efetivação do cuidado nessa

especialidade envolve justamente as peculiaridades de um território e os contextos socioculturais onde aquela população está inserida (KNAUTH, 2012). O desenvolvimento do “cuidado”, sua aplicação e efetivação, na percepção dos usuários, suas famílias e dos diversos atores envolvidos, certamente, são fenômenos sociais complexos, contemporâneos, onde não há controle por parte do investigador, logo, passíveis de análise por esse método. Ainda mais na perspectiva dessa temática tão recente que envolve a orientação da SMI, baseada em AB apoiada e em articulação com os NASF-AB e demais pontos da RAS.

7.1.2 Delineamento do Estudo de Caso

Foram selecionados 2 casos de saúde mental dentre a população infantojuvenil assistida na UBS Campo. Um na faixa etária pediátrica (7 anos) e outro na adolescência inicial (13 anos). Ainda como critério de seleção intencional, foram casos considerados complexos durante reunião de matriciamento entre ESF/NASF-AB. São, portanto, casos já em articulação entre os atores responsáveis pelo cuidado na AB. Cada um desses casos se constituiu em uma unidade caso de análise do estudo.

A coleta de dados se deu pela técnica de entrevistas não estruturadas aos pais ou responsáveis pelas crianças/jovens das unidades-caso. Além disso, foram analisados os documentos de saúde secundários disponíveis na UBS relativos às unidades-caso e suas famílias. Esses foram os prontuários de família, individuais, atas de reunião e cadernos de matriciamento entre a ESF, NASF-AB e demais pontos da RAS. A fim de aprofundar o estudo do objeto e trazer mais uma fonte de dados, foi realizado um grupo focal com os profissionais da assistência integrantes da ESF e NASF-AB de referência. As diferentes formas de coleta de dados trouxeram combinação de distintas dimensões para análise e compreensão do fenômeno de estudo. A triangulação desses dados fortalece a validade do estudo (O’BRIEN, 2014).

7.1.3 Triangulação de Dados

Triangulação é termo utilizado atualmente em diferentes ações no mundo da pesquisa. Pode referir-se a combinação e comparação entre métodos, técnicas, teorias, abordagens temporais e até diferentes opiniões de pesquisadores em conjunto. Alguns autores

consideram a triangulação como uma forma de garantir uma validação dos resultados obtidos; outros ainda referem-se ao termo como o uso de todas as estratégias possíveis para cercar o objeto (SOUZE; ZIONI, 2003 e MINAYO, 2004) e há aqueles que consideram o termo como referência para maior enriquecimento e reflexão sobre o objeto estudado.

Considerando a possibilidade de haver limitações nos dados colhidos por uma fonte, que seriam portanto compensadas quando da análise dos dados trazidos por outra fonte, considerar a triangulação dos dados como instrumento de validação, apresenta controvérsias (MAYS, 2000). Por outro lado as diferentes formas de abordagem empírica quando comparadas e combinadas garantem uma cobertura mais ampla e fidedigna do objeto. Fontes de dados tais como entrevistas, grupo focal e documentos secundários na pesquisa qualitativa irão fornecer assim diferentes variáveis de interesse. Para a presente pesquisa, considera-se triangulação de dados como a comparação dos resultados oriundos dessas fontes, uma forma de comparação que busca padrões para convergência dos dados de forma a corroborar a interpretação dos mesmos, assegurando, assim, uma análise mais profunda e reflexiva do objeto (MAYS, 2000 e MINAYO, 2004).

7.2 TÉCNICA DE REGISTRO E PRODUÇÃO DE DADOS

7.2.1 Delimitação do Universo de Pesquisa

Segundo o dicionário de língua portuguesa Houaiss, amostragem é a “*ação, processo ou técnica de escolha de amostra (s) adequada (s) para análise de um todo*”.

Essa definição encerra em si a perspectiva positivista quantitativa onde o intuito da amostra é representatividade do todo, uma representação estatística de uma população para possíveis generalizações (KNAUTH, 2012). Por outro lado na pesquisa qualitativa trabalha-se de maneira mais adequada com o termo “amostra intencional”. Segundo o objeto de estudo a delimitação do universo de investigação segue um critério intencional de uma condição individual ou coletiva. O ideal dessa amostra é refletir a totalidade das múltiplas dimensões do objeto.

7.2.2 Entrevistas

São eventos de comunicação e para pesquisa qualitativa são consideradas entrevistas as situações que envolvem no mínimo 2 sujeitos, sendo um deles o pesquisador (KNAUTH, 2012). São uma forma de interação social, em que o entrevistado se apresenta como a fonte de informação para que o pesquisador possa coletar informações por meio do diálogo. Segundo os objetivos do projeto, elabora-se o tema e define-se o tipo de entrevista a ser realizada. Elas podem ser formais, informais, estruturadas, semiestruturadas, com roteiro ou abertas, bem como podem contemplar diferentes formas de registros. Diversos profissionais e cientistas que abordam problemas humanos se valem dessa técnica para coleta de dados, assim como para diagnóstico e orientação (GIL, 1995). O objetivo dessa técnica é o de adquirir dados que interessem à investigação para posterior análise, permitindo comumente obter informações sobre o que os indivíduos sabem, acreditam, sentem, suas vontades e desejos, suas explicações e ou razões para as mais diversas questões (GIL, 1995).

Como vantagens dessa técnica, destacam-se a possibilidade de aplicação em todos os seguimentos da população, mesmo os não alfabetizados, e a chance de observar posturas e atitudes referentes ao entrevistado que podem contribuir para a análise, “o que é dito” e “como é dito”. Possibilita, ainda, conseguir informações mais precisas, sanando-se as distorções e discordâncias no ato da entrevista e a flexibilidade acerca do aprofundamento das questões, ao repeti-las e reformulá-las no caso de dúvidas nas questões (MARCONI; LAKATOS, 2009). Para a pesquisa qualitativa o envolvimento do entrevistador com o entrevistado ao contrário de comprometer a validade dos dados obtidos, na realidade apresenta-se como uma necessidade para aprofundamento da relação intersubjetiva. Prefigura uma relação necessária para aprofundamento das questões (MINAYO, 2004).

Abordando mais especificamente a forma de entrevista eleita para a pesquisa, definiram-se as entrevistas não estruturadas, abertas ou diretivas como uma forma de entrevista onde o entrevistado tem liberdade para falar sobre o tema, como que numa “conversa com finalidade” (MINAYO, 2004). Nesse caso, não há uma sequência rígida a ser seguida. Com o desenrolar da entrevista, o pesquisador vai buscando pontos a serem aprofundados, pois quanto menos estruturada a entrevista, maior o potencial para que venham à tona os níveis socioafetivos dentro do tema proposto (MINAYO, 2004). São fontes

importantes para análises de casos individuais e acerca de opiniões e relações sobre o objeto de pesquisa” (GIL, 1995). Dentro do estudo de caso proposto será fonte de dados importantes para construção posterior dos itinerários terapêuticos das unidades caso. As entrevistas serão realizadas com familiares das unidades-caso selecionadas. Segundo a disponibilidade dos entrevistados poderão ser realizadas na UBS ou em seus domicílios.

Como proposta para entrevista coloco o seguinte questionamento: “*Fale um pouco de como tem sido desde o início o acompanhamento de seu filho na UBS!*”

7.2.3 Grupo Focal

O grupo focal também corresponde a uma técnica de coleta de dados envolvendo um evento de comunicação (KNAUTH, 2012). Sendo entretanto uma forma de entrevista com um pequeno grupo, com determinadas características, que possui objetivos comuns. É bastante utilizada em pesquisa qualitativa em diversas áreas de conhecimento como também em trabalhos para avaliação de programas e serviços (FURTADO; CAMPOS, 2008). Assim como as entrevistas individuais pode ser empregado como estratégia exclusiva ou ainda combinado a outras técnicas.

Contudo comparado a entrevistas individuais apresenta grande contraste, pois nessa forma de coleta a ênfase se encontra na interação do grupo para produção dos dados (FLICK, 2008 e ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). Sob essa perspectiva interacionista o principal valor nesta atividade de pesquisa se faz presente no modo como as questões são analisadas, debatidas e alteradas em uma discussão de grupo (FLICK, 2008). Dessa forma, apesar de ser um tipo de entrevista a possibilidade de reflexão e aprofundamento nas questões, torna-se maior do que a contribuição individual de cada um quando nas entrevistas individuais e ganha sentido maior sob a ótica qualitativa ao considerarmos que os sujeitos formam ideia e opiniões no processo de interação humana. Ainda por se tratar de técnica onde os participantes constroem suas posições e ideias a partir da discussão em grupo, isso pode beneficiar a abordagem de temas mais críticos ou normalmente evitados com vias a gerar consenso ou tornar clara as divergências (MINAYO, 2004), na medida em que a presença no grupo de componentes mais participativos, associado à figura do moderador, pode estimular os demais a emitir suas opiniões (BACKES, 2011). Para o tema proposto esta última observação encerra

em si uma vantagem e uma das causas de escolha dessa técnica, haja vista ser a abordagem em saúde mental na saúde pública tema polêmico, devida a toda carga histórica e estigmatizante que o envolve.

Para aplicação adequada da técnica o grupo deve ser planejado e previamente definido, com uma duração recomendada de 40 minutos até 2 horas. O ambiente deve ser acolhedor com uma disposição em círculo de maneira a englobar todo o grupo na discussão. Sua composição deve girar em torno de 6 a 12 componentes com um roteiro de debate preestabelecido e a presença de um moderador. Este por sua vez desempenha o papel de um coordenador a fim de conduzir o aprofundamento da discussão e favorecer a participação de todos os integrantes do grupo, além de coibir divagações fora do tema e “monopolizadores da palavra” (MINAYO, 2004). Pode-se contar, ainda, com um observador ou apoiador responsável por auxiliar no controle do tempo e nos registros relacionados às ações dos participantes, para posterior transcrição, e, ainda, assessorando no manuseio dos instrumentos de gravação.

Para esta proposta de estudo, que visa a uma análise da articulação de um cuidado envolvendo diversos atores e equipamentos de efetivação desse cuidado, trata-se de uma técnica bastante valiosa para obtenção de informações. Com as experiências vividas pelos participantes, de maneira singular e enquanto grupo, no caso do NASF-AB e da ESF, temos a possibilidade de esclarecer as visões e ações relativas à SMIJ.

Inicialmente, a escolha intencional dos participantes dos grupos focais apresentava os seguintes critérios:

- a) Pertencer à equipe de ESF e NASF-AB que atua na UBS, definida como Campo para o estudo;
- b) Profissionais que trabalhem no/com NASF-AB há, pelo menos, 1 ano; e
- c) Interesse e disponibilidade para participar do estudo.

7.2.4 Roteiro Grupo Focal NASF-AB/ESF

Para os trabalhadores, com base nos critérios de avaliação, cada conjunto de questões e seus subitens aborda um critério em particular:

1) Como acontece o percurso dentro da unidade de uma demanda em SMI?

- Tem acolhimento?
- É uma “Porta Aberta”?
- Tem algum fluxo?

2) Quando uma demanda em SMI é identificada pela equipe, como é construído o cuidado?

- Há matriciamento?
- Há encaminhamento?
- Como é a troca de receitas?
- O plano terapêutico é elaborado?

3) Quando os casos são matriciados entre ESF/NASF-AB e ESF/NASF-AB/CAPS, os planos de cuidado são revistos?

- Há alguma outra forma de comunicação entre esses atores, tais como telefone, e-mail, além do matriciamento in loco?

4) Como é feito quando os planos de cuidado construídos em SMI precisam ser ampliados? Como é a articulação com a rede?

- Há assistência aos pais?
- Há contato com as escolas ou outros equipamentos do dia a dia das famílias?

7.2.5 Documentos Secundários

Todos os indivíduos, como seres históricos, inseridos em uma sociedade ao longo de suas trajetórias, constituem-se como objeto de registro (FLICK, 2008). Certidões de nascimento, óbito, prontuários de saúde, odontológicos, boletins escolares, todas as vivências institucionais produzem dados. Entrevistas e grupos focais discutidos citados anteriormente, representam formas de coleta de dados aplicadas diretamente aos indivíduos. Entretanto

fontes documentais (fontes de “papel”) são capazes de trazer dados importantes para a pesquisa e por vezes poupar algum trabalho de campo (GIL, 1995).

Para fins de pesquisa, os documentos escritos podem ser primários e secundários (MARCONI; LAKATOS, 2009). Documentos escritos primários são aqueles que não sofreram nenhuma interferência analítica por parte do pesquisador. Já os documentos escritos secundários são transcritos de fontes primárias e sofreram alguma ação do pesquisador. Outras formas de documentos como fotos, gravuras e ilustrações, são primários se constituídos à partir da pesquisa, e secundários se constituídos por outros de maneira independente da pesquisa tais como rádio, filme e cinema (MARCONI; LAKATOS, 2009).

Conforme já referido anteriormente, os documentos secundários analisados serão prontuários de família e individuais, atas de matriciamento entre RAS/RAPS, guias de referência e contrarreferência para busca de informações sobre as unidades caso em questão.

Posteriormente os dados coletados de diferentes fontes constituirão o corpus da pesquisa, que será analisado com objetivo de construir as trajetórias das unidades-caso com relação ao cuidado de sua demanda na atenção básica. Serão aplicados critérios preestabelecidos para avaliação com base nos princípios do Ministério da Saúde, a fim de analisar o cuidado e aprofundar a investigação do objeto.

7.2.6 Itinerários Terapêuticos (IT)

Entender quando e de que forma as pessoas buscam auxílio para solucionar suas demandas de saúde tem sido uma preocupação crescente. Isso porque, de posse dessa compreensão, torna-se cada vez mais adequada a forma de planejar, avaliar e construir políticas públicas e serviços voltados à saúde da população (CABRAL et al, 2011). Hoje, é cada vez mais evidente que a busca de solucionar questões de saúde está muito além do caráter biomédico da questão e dos serviços ofertados à população, pois as ações e o entendimento relativos ao fenômeno do adoecimento envolvem processos cognitivos individuais integrados a processos coletivos de convenção sociocultural (ALVES, 1993). Dentro dessa lógica, explicitando de maneira mais clara, as práticas de cuidado com a saúde envolvem agentes e atores de naturezas diversas, basicamente, representados pelo profissional

(cuidado biomédico), pelo conhecimento popular (práticas familiares, cuidados caseiros) e de ordem espiritual (práticas místicas e religiosas). Portanto, para a busca de seu entendimento, devemos considerar conceitos sociológicos e antropológicos, além dos tradicionais modelos biomédicos. (ALVES, 1993 e MÂNGIA; YASUTAKI, 2008).

Os itinerários terapêuticos (IT) são, portanto, caracterizados pela “trilha” seguida pelo usuário do sistema em face da sua experiência de saúde-doença-cuidado, na busca de soluções para suas questões no que tange à saúde. Difere muito de um fluxo assistencial, desenhado com intuito de ser seguido, coordenando ações para busca de diagnóstico e tratamento. Mas, como já foi referido acima, transparecem as escolhas direcionadas em função do entendimento individual, dentro de uma lógica coletiva e sociocultural a respeito da percepção do usuário sobre essas questões.

Para o propósito deste trabalho assume grande importância, pois demandas envolvendo saúde mental são revestidas por estigmas familiares e sociais historicamente arraigados. São demandas que, frequentemente, relacionam-se ao místico, trazendo uma ideia de castigo e pecado. São situações em modificação de modelo assistencial, fruto de uma reforma com um passado de muitas marcas e sofrimento, que, no nosso caso, em particular, relacionam-se a uma população dependente (infantojuvenil), que apresenta uma demanda presente com potencial de grande impacto negativo para o futuro. E, acima de tudo, gera grande sofrimento. Dessa forma, conhecer como as famílias constroem seus itinerários na busca de um cuidado, considerando todo esse contexto, oferece respostas para aprimorar os dispositivos de cuidado de maneira a moldá-los às necessidades da população. E, também, de buscar formas de sensibilizar o coletivo de modo a acolher as necessidades que surgem das diferenças.

Esse cenário propõe uma Atenção Básica formalmente apta a dar resposta a demandas da população em todas as suas necessidades dentro do processo saúde-doença-cuidados, operacionalizado no formato de ESF e com apoio especializado de NASF-AB como forma de cooperação. Ainda no que concerne à saúde mental infantojuvenil, os mesmos princípios são considerados e ainda robustecidos por uma política de acolhimento, escuta, cuidado, fomento às ações emancipatórias, inclusão, participação comunitária e, acima de tudo, compromisso com a melhoria na qualidade de vida de pessoas portadoras de sofrimento

mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Logo os serviços devem propor fluxos daquela forma alicerçados para responder a essas demandas.

7.3 PESQUISA AVALIATIVA

Independentemente da idade, da função e da posição social, diariamente em diversos momentos estamos determinando o valor e serventia de um ou mais elementos que nos cercam (FURTADO, 2006). Avaliar é uma ação “inerente ao ser humano” presente em nosso cotidiano desde os primórdios da humanidade (HARTZ, 1997), porém sem desmerecer o ato de emitir juízo de valores na vida diária, ao pensarmos no mundo contemporâneo e considerarmos a complexidade das relações sociais estabelecidas, como podemos considerar uma avaliação? Programas e políticas públicas, ações e serviços voltados para necessidades sociais, educacionais e de saúde, como podemos considerar avaliação sob essa perspectiva?

Podemos contar com inúmeras definições desenvolvidas por um sem número de cientistas embasados em diferentes teorias, o que de certa forma espelha o caráter de complexidade da questão. Para nossa análise, consideramos o conceito de avaliar como: emitir um juízo de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (HARTZ, 1997 e FURTADO, 2006). Dessa forma definimos a pesquisa avaliativa como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção, usando método científico. Para pesquisa avaliativa os métodos utilizados são provenientes da pesquisa científica particularmente das ciências sociais e epidemiologia. Podem comportar diferentes métodos em combinação, de acordo com os avaliadores, as questões formuladas e os interesses estabelecidos (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; AYRES, 2006; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006 e FURTADO; CAMPOS, 2008).

7.3.1 Definindo uma Matriz de Análise

Até o presente momento, não se dispõe de um instrumento pré definido como referência para avaliação da SMI na AB, nem tampouco para análise desse cuidado em

articulação com os demais pontos da RAS. Como justificativa para essa situação, pode-se elencar uma série de fatores tais como: o caráter de sujeito atribuído a infância e adolescência apenas na Constituição de 1988 e corroborado pelo ECA em 1990; o advento recente dos CAPS como proposta substitutiva ao modelo asilar em articulação com a Atenção Básica no cuidado em saúde mental (2002); a elaboração de uma política voltada especialmente para a população infantojuvenil (2005) e o advento recente dos NASF-AB como ferramenta para consolidação da Atenção Básica (2008).

Optou-se, portanto, pela construção de um modelo para definição de critérios usando como fundamento o Caderno de Atenção Básica nº 34 do Ministério da Saúde “Saúde Mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) e os “Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Os princípios elencados no capítulo 2 da política foram aqui transformados em 11 critérios possíveis de serem avaliados na prática assistencial. A esses critérios empregou-se ainda a sua frequência de ocorrência e escala de atendimento do critério conforme aplicabilidade, afim de fazer uma análise mais acurada na observância do estudo, como mostrado na Quadro 2.

Quadro 2 - Critérios para avaliação da Saúde Mental Infantojuvenil na Atenção Básica

Princípios	Critérios	Frequência	Escala
1) Acolhimento universal	1) Demanda é recebida e ouvida? 2) Há uma resposta?	Não existente Eventual Frequente	Atende Plenamente Atende Parcialmente Não atende
2) A Criança e o adolescente têm direito ao cuidado individualizado	3) Consulta individualizada 4) Construção de PTS	Não existente Eventual Frequente	Atende Plenamente Atende Parcialmente Não atende
3) Encaminhamento implicado	5) Realização de referência 6) Recebimento de contra-referência	Não existente Eventual Frequente	Atende Plenamente Atende Parcialmente Não atende
4) Construção permanente da rede	7) Matriciamento NASF-AB 8) Matriciamento CAPSi 9) Revisão de PTS	Não existente Eventual Frequente	Atende Plenamente Atende Parcialmente Não atende
5) Território & Intersetorialidade na ação do cuidado	10) Realização de ações com as escolas e demais equipamentos do território; 11) Registros de comunicações com demais equipamentos do território	Não existente Eventual Frequente	Atende Plenamente Atende Parcialmente Não atende

Fonte: autora.

7.4 O CAMPO

Nosso universo de pesquisa é uma UBS situada na Zona Sul de São Paulo/SP. A Zona Sul de São Paulo é uma região administrativa definida pela prefeitura de São Paulo que engloba as subprefeituras de Parelheiros, Capela do Socorro, M'Boi Mirim, Cidade Ademar, e Campo Limpo, como pode ser vista na Figura 2.

Os dados de população e área abaixo foram retirados da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2019b e o IDH da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2017.

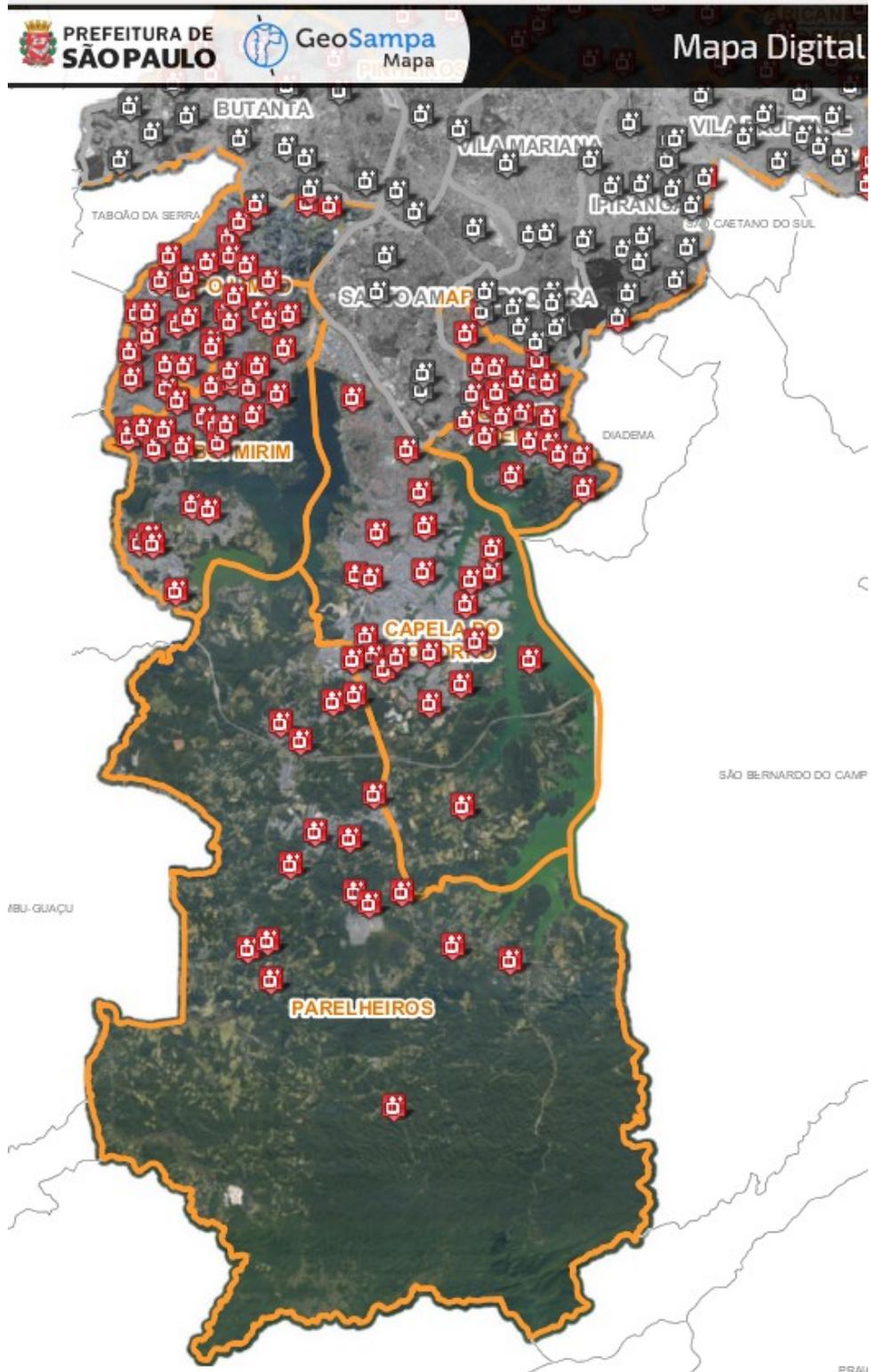
A subprefeitura de Parelheiros é composta pelos distritos de Parelheiros e Marsilac sendo a área mais extensa e menos povoada da região, com 353,50 km² e 139.441 habitantes. Seu IDH é de 0,680, constitui-se em importante patrimônio ambiental e conta com a OSS ASF para sua rede assistencial.

A subprefeitura de Capela do Socorro é composta pelos distritos de Socorro, Grajaú e Cidade Dutra com área de 134,2 km² é habitada por mais 594.930 pessoas. Está legalmente subordinada à lei de Proteção dos Mananciais e a legislação de zoneamento industrial visando um controle na qualidade ambiental e de seu crescimento. Seu IDH é de 0,750 e a OSS responsável por sua RAS é também a ASF.

A subprefeitura de M'Boi Mirim é composta por 2 distritos: Jardim Ângela e Jardim São Luís com IDH de 0,716, sedia um complexo de escritórios localizado próximo à Marginal Pinheiros chamado Centro Empresarial de São Paulo que abriga diversas empresas de importância nacional e internacional. Ela conta com 62,10 km² de área e população de 563.305 habitantes. Sua OSS é a CEJAM.

A subprefeitura do Campo Limpo é composta por 3 distritos, Campo Limpo, Vila Andrade e Capão Redondo. Seu IDH é de 0,783, com área 100% urbanizada e comércio como principal atividade econômica. Ocupa uma área de 36,70 km² e tem uma população de 607.105 habitantes. Sua OSS é a SBIBAE.

Figura 2 - UBS da Zona Sul de São Paulo, em destaque (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2019c)



A subprefeitura de Cidade Ademar é composta por 2 distritos, o de Cidade Ademar e de Pedreira. Nesta região apesar do IDH ser de 0,758, mais de 80 mil pessoas vivem em comunidades densamente povoadas com moradias precárias por crescimento urbano informal e pobreza. A área ocupada é de 30,70 km², com população de 410.998 habitantes. Sua OSS é a Santa Catarina.

Nossa UBS campo conta com 5 equipes de ESF e uma equipe de NASF-AB de referência. Adota-se o acolhimento da demanda espontânea em forma de acesso avançado, além das consultas agendadas, visitas domiciliares e diversas formas de atenção a comunidade em grupos na UBS e no território. O NASF-AB de referência conta com fisioterapeuta, psicóloga, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, nutricionista e fonoaudióloga.

Sua Rede de Atenção à Saúde (RAS) conta com unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), sendo uma delas integrada a UBS, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), Hospital Dia da Rede Hora Certa, Serviço de Atendimento Especializado em Doenças Sexualmente Transmissíveis (SAE DST/HIV) e outras UBS em modelo de ESF também apoiadas por NASF-AB da região. Esse foi o Campo escolhido, por ser uma UBS onde trabalhei como Médica de Família e Comunidade, local em que há equipes de ESF com NASF-AB de referência, inseridas na RAS com demandas em SMI, que se mostrou receptivo e disponível ao estudo.

8 O CAMPO NA PRÁTICA

O projeto de pesquisa foi submetido aos comitês de ética em pesquisa da UNIFESP e da Prefeitura de São Paulo e encontra-se autorizado sob os CAAE de 89110718.6.0000.5505 e 89110718.6.3001.0086 respectivamente (anexos IV e V).

O trabalho de campo transcorreu no período de 4 de janeiro de 2019 a 19 de fevereiro de 2019. O grupo focal conforme disponibilidade dos profissionais e orientação da gestora, reuniu-se em um período destinado a reuniões técnicas da unidade dia 29 de janeiro de 2019. Já no início dos trabalhos, apesar da disponibilidade e grande aceitação da UBS para

realização da pesquisa, houve dificuldade para definição dos casos devido a problemas de registro. Quando conversei com profissionais das equipes de ESF/NASF-AB constatei que havia alguns casos marcantes dos quais os profissionais conseguiam fazer referência, mas os registros em documentos secundários eram precários. Prontuários de família são documentos onde devem ser registradas todas as passagens e as evoluções envolvendo membros de uma família parte de uma equipe de saúde, naquela população adscrita. Portanto em teoria, há registros de todos os profissionais que assistiram ou prestaram algum cuidado ao usuário além das participações em grupos, referenciamentos realizados, retirada de insumos e prescrições.

Apesar de serem formalmente fontes importantes de dados, apresentaram-se como obstáculo à aquisição de informações durante a realização do Campo. Primeiramente, desde maio de 2017, iniciou-se a implementação do prontuário eletrônico. Dessa forma, há de se considerar 2 prontuários diferentes para cada paciente em questão. O acesso ao prontuário eletrônico depende de senha pessoal de rede, o que gerava a necessidade do uso do computador (em uso durante a rotina de trabalho) e de um colega, com sua senha de acesso, me acompanhando para visualização. Outro fato curioso é o de que, apesar de poder visualizar passagens do usuário pela rede (CAPS, hospital, AMA e UPA), não era possível abrir a evolução desses serviços. Com relação às evoluções de NASF-AB, também não era possível acessá-las se não houvesse um membro do NASF-AB ao meu lado, com sua senha pessoal de acesso. Voltando ao prontuário físico, infelizmente, era recorrente a falta de evoluções preenchidas adequadamente (dados incompletos, falta de data, clareza de queixa, conduta, diagnóstico, assinatura). Optou-se, então, por identificar profissional das ESF e NASF-AB com conhecimento profundo sobre o caso eleito para coletar dados do caso em forma de narrativa.

Como relação aos pré-requisitos para participação no grupo focal, enfrentei outras dificuldades, pois, devido à rotatividade constante dos profissionais na AB, ao iniciar o Campo, constatei que, dos 7 profissionais integrantes dos NASF-AB, apenas 3 já pertenciam a esse núcleo há mais de 1 ano. Como houve um acolhimento e interesse grande em participar do grupo, modifiquei o critério inicial de trabalho no NASF-AB, há pelo menos 1 ano, para experiência de trabalho na AB, mesmo que em outras unidades há mais de 1 ano. Dessa forma, todos atenderam ao critério, e a intenção deste critério (vivência no núcleo) foi mantida. Igualmente, ocorreu a mesma dificuldade com os profissionais da ESF, no entanto,

modificando o critério, como citado há pouco, e aplicando nesse grupo, apenas uma profissional do estudo apresentou como experiência pregressa em AB apenas o período de estágio na faculdade, por ser recém-formada.

Como referido anteriormente, devido à disponibilidade dos profissionais e orientação da gestora, o grupo se reuniu em um período destinado a reuniões técnicas da unidade. Por esse motivo, iniciamos com um grupo e, devido à dinâmica de trabalho do serviço, ao longo do processo, outros foram se incorporando ao trabalho já iniciado, chegando a um total de 12 participantes no término. Foi feita uma explicação da proposta de estudo, assim como a leitura do TCLE e assinatura dos mesmos. Os que se incorporaram ao longo do desenvolvimento do grupo focal tiveram a leitura e assinatura do TCLE após o término do grupo, mas já tinham conhecimento prévio da pesquisa por informação da gestora ou por mim. Nosso grupo durou, aproximadamente, uma hora e foi gravado com o uso de dispositivo eletrônico (celular), seguindo as questões definidas na proposta de pesquisa. Conteí com a presença de uma apoiadora com experiência na aplicação dessa técnica durante todo o processo.

Após a definição das unidades-caso, as entrevistas com seus respectivos familiares foram realizadas nos domicílios. Estive na companhia de agente de saúde, que, apesar de ser da equipe daquela área, não era responsável por aquela microrregião onde havia uma das unidades-caso.

Em ambos os casos, foi explicada a proposta da pesquisa, feita a leitura do TCLE próprio para as famílias, com assinaturas dos termos e entrega de cópias. A entrevista seguiu a proposta não estruturada, com indagação inicial a respeito do cuidado do seu filho na UBS.

Já as narrativas com profissionais sobre o caso ocorreram na UBS em períodos de intervalo na jornada e disponibilidade dos profissionais, tanto da ESF como do NASF-AB.

9 RESULTADOS

9.1 UNIDADES CASO E SEUS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

9.1.1 Paula¹

Nasceu em 2006 e vivia com a mãe na região de Interlagos desde a separação dos pais. Frequentava escola pública regular no bairro onde morava com sua mãe e não tinha antecedentes com relação à saúde mental. A mãe tinha uma jornada de trabalho em tempo integral e não conseguia dedicar muito tempo a ela. Saía para trabalhar cedo, deixando Paula a maior parte do tempo sozinha, sem uma rotina específica. Com relação ao pai, passou quase 2 anos sem frequentar a casa dele, pois o mesmo constituiu uma nova família, com mais 2 filhos, atualmente em idade escolar e pré-escolar.

Quando estava com 12 anos, Paula apresentou 2 tentativas de autoextermínio, com objetos cortantes, que não foram relatadas ao pai na época, pois a mãe se negava a aceitar a situação e julgava-se capaz de resolver o caso. Em uma visita eventual à casa do pai, apesar de terem sido notadas por parte dele e da madrasta as cicatrizes e mudanças no comportamento dela, também não fizeram nenhum comentário com a mãe ou mesmo com a Paula. Da mesma forma, a escola do bairro onde morava manteve-se à margem de qualquer cuidado ou tratativa sobre o caso, apesar de ela fazer parte de grupo de colegas de escola, que partilhavam dessa prática de automutilação e das consequências já vivenciadas por Paula. A partir desses episódios, ela iniciou tratamento com psicóloga e psiquiatra no Servidores do Estado, por convênio da mãe, ainda sem a ciência do pai. Entretanto, já em vigência desses acompanhamentos, houve uma nova tentativa de suicídio, com cortes mais graves e profundos, acarretando uma internação hospitalar. Foram encontrados em seu quarto, na época, uma caixa com estiletas, vidros e medicações controladas, que ela escondia. Após esse momento, a mãe de Paula se sentiu impotente para lidar com a situação, solicitando a ajuda do pai e, posteriormente, decidindo em conjunto com ele pela mudança dela, para morar com sua nova família, pois a mãe tinha uma rotina de trabalho que dificultava estar presente e corresponder às necessidades de Paula naquele momento.

¹ Para manter o sigilo, os nomes foram alterados.

Logo que mudou-se para morar com a família do pai, Paula apresentou uma nova tentativa de suicídio, dessa vez com a ingestão de uma grande quantidade de medicamentos controlados. Seguiu-se ao fato uma nova internação no Hospital dos Servidores por um período de uma semana. Na alta, foi referenciada a UBS com manutenção de seguimento com psiquiatra lá mesmo no hospital.

Acompanhada de sua madrasta e seu pai Paula chegou à UBS em julho de 2018, com 13 anos. Foi recebida em acolhimento e trazia uma carta de encaminhamento de sua última internação no Hospital dos Servidores do Estado. Já haviam buscado acolhimento no CAPSi, mas não foram absorvidos com a justificativa de não se tratar de demanda para aquele serviço. Mostravam-se preocupados pela recusa do CAPSi, pois, por ser a madrasta psicóloga, no seu entendimento, o acompanhamento de Paula seria mais adequado se em conjunto com o CAPSi. Naquela ocasião, foram atendidos por médico da ESF, que, analisando e julgando a gravidade do caso, solicitou consulta compartilhada com a psicóloga do NASF-AB. O acompanhamento foi iniciado, com decisão de manter seguimento com psiquiatra do Servidor (pois, nem todos os profissionais do núcleo atendem jovens e crianças). ESF e NASF-AB julgaram ser igualmente relevante avaliação e seguimento no CAPSi. Apesar da referência feita em conjunto com ESF/NASF-AB pós-discussão em reunião de matriciamento, houve novamente recusa de absorção do caso, sendo Paula orientada a manter seguimento apenas em UBS.

Dentro da estratégia de seguimento, a família foi orientada a buscar alguns serviços e projetos para auxiliar no processo de reabilitação da Paula. Atualmente, está em curso de idioma, tem uma rotina de estudo e acompanhamento dos irmãos e está escrita nos projetos comunitários no território (com atividades para jovens e crianças), ainda aguardando vaga. Passados 8 meses do acolhimento de sua demanda, ela está estabilizada e mantém os seguimentos com ESF/NASF-AB (médica de família, psicóloga) e psiquiatria no Servidor, em uso de medicação. Optou-se por não buscar mais tentativas de seguimento no CAPSi devido às recusas anteriores. A família não realiza ou realizou nenhum seguimento de apoio com relação à demanda de Paula, tais como grupos de convivência ou psicoterapia, mas declararam estar mais tranquilos quanto ao caso e que, pelo fato de serem um casal, conseguem dividir mais o peso, que, para a mãe da Paula, era uma “carga” pesada. Sentem-se bastante vinculados à UBS e ao território, pois aqui há disponibilidade de serviços que não

havia onde ela morava com a mãe, mas acham que a postura do Caps deixou muito a desejar, devido ao respaldo de diferentes profissionais quanto à indicação de inserção naquele serviço. A mãe ainda não conseguiu participar do acompanhamento da filha na Unidade por dificuldades de horário, mas já houve comunicação com a equipe por telefone.

9.1.2 Rodrigo

Nasceu em 2011 e morava na Bahia com a mãe, a irmã e a avó, onde realizava acompanhamento com neuropediatra e fonoaudiólogo. A mãe de Rodrigo percebeu alterações de comportamento quando ele tinha 1 ano e 2 meses, (...) “ele ficava batendo a cabeça na parede” (...), o que motivou a busca do posto de saúde. Lá, foi avaliado por pediatra e outros especialistas, realizou exames e foi diagnosticado com hiperatividade e retardo mental, iniciando medicação e tratamento com os especialistas já acima referidos.

A mãe, que já morava em São Paulo há 1 ano, na tentativa de conquistar melhores condições de vida, buscou a UBS por volta de agosto de 2018, quando trouxe Rodrigo da Bahia para morar com ela, com a expectativa de um melhor tratamento e acompanhamento para as necessidades de Rodrigo. Nesse período, a criança estava frequentando a APAE que a família buscou por meios próprios, após uma tentativa infrutífera de acolhimento no CAPSi, onde lhe fora dito: (...) “retardo mental não é caso de CAPS” (...). A irmã de 10 anos permaneceu no outro estado, morando com a avó. Quando foram atendidos na UBS, o médico da ESF solicitou um retorno em uma data em que haveria profissional do NASF-AB na unidade para dar melhor seguimento ao caso. Não traziam nenhuma referência dos seguimentos realizados na Bahia, nem contrarreferências atuais da REDE, apenas uma receita médica. Nessa consulta, chamou atenção da médica de equipe o comportamento agitado de Rodrigo. (...) “Não ficava parado por mais de 2 segundos” (...), e a dosagem da medicação em uso que relatou (...) “ele fazia uma dose bem baixinha, só cheirinho, dose de bebê” (...). A mãe complementou que realmente achava que o medicamento não estava ajudando em nada, mas ela preferia administrá-lo do que ter a sensação de não estar fazendo nada por seu filho... mas achava que ele continuava muito agitado.

Após uma consulta compartilhada com ESF/NASF-AB, Rodrigo foi orientado a manter seguimento na APAE para estimulação e reabilitação, por conta da idade, e seu caso

foi levado à matriciamento com o CAPSi a fim de construir a melhor proposta terapêutica. No matriciamento com o psiquiatra do CAPSi, ficou definido que a criança precisaria de um psicodiagnóstico para ser considerada como elegível para acompanhamento do CAPSi, mas isso não poderia ser realizado lá. Dessa forma, foi feita a solicitação dessa avaliação na APAE (serviço apto para realização) via referência assinada por ESF/NASF-AB.

Qual foi a surpresa da mãe e da AB após esse pedido? Com a alegação de que hiperatividade é caso para seguimento no CAPSi, Rodrigo recebeu alta do serviço da APAE, o que, por conseguinte, tornaria impossível a realização da avaliação de psicodiagnóstico. Em vista dos fatos, a UBS, em conjunto com o NASF-AB, realizou contato telefônico com a APAE e tentou articular com o psiquiatra do CAPSi uma forma de apoio no cuidado. Não houve sucesso, pois os serviços da REDE consideram deficiência intelectual responsabilidade da APAE, e hiperatividade do CAPS, e, além de tudo, por haver, ainda, uma alteração visual em investigação, não seria possível absorvê-lo em nenhum serviço. Rodrigo encontra-se, portanto, sem qualquer apoio da RAS/RAPS, em seguimento na UBS/NASF-AB, inserido na fila de realização de avaliação de psicodiagnóstico. Foi referido, ainda, para o SER da região (serviço de reabilitação em psicomotricidade no território), onde também aguarda vaga. Tem tido dificuldades com a troca de receita de sua medicação controlada, cujo receituário e dispensação não ocorre na UBS e cuja dose, em vista do contexto, não pôde ser ajustada.

Em virtude dessa indefinição diagnóstica, que impede a criança de ser absorvida na rede de serviços, também não lhe é possível solicitar professor apoiador na escola, a qual frequenta em um turno. Não participa de atividade de lazer na comunidade, pois a mãe refere que não há locais para ir com seu filho, além de não ter um acompanhamento para si própria, e queixa-se bastante da morosidade envolvendo a avaliação de neuro e psiquiatra infantil.

9.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO A PARTIR DO ESTUDO DE CASO

Princípio: 1) Acolhimento Universal

Critério: 1) Demanda é recebida e ouvida?

O acolhimento das unidades caso estudadas ocorreu em consultas de acesso (não agendadas) com médicos de equipe da ESF. Tal forma de acolhimento iniciada na unidade em

2018 tem como proposta acolher todo paciente que chega à unidade em um fluxo preestabelecido de triagem. De acordo com uma determinada classificação de risco nesta triagem há a garantia de avaliação subsequente por médico ou enfermeiro da UBS em até 48 horas, podendo até ocorrer no mesmo momento ou dia, inclusive para demandas de saúde mental da população em estudo. Ainda considerando a complexidade do caso e a presença de profissionais NASF-AB na unidade no dia, esse acolhimento pode ser até compartilhado com o núcleo. Consultas de acesso são ainda a forma mais usual de receber famílias com relato de tentativas frustradas de acolhimento em outros serviços com maior destaque para o CAPSi. Outras formas de acolhimento para situações de saúde mental infantil na AB são as consultas agendadas, visitas domiciliares, referências de serviços da rede territorial ou externa a ela e encaminhamentos judiciais.

As consultas agendadas de rotina e visitas domiciliares são formas bastante comuns de acolhimento das demandas em estudo. Estas consultas são agendadas pelos próprios usuários na UBS com o médico ou o enfermeiro de sua equipe (definida por local de residência da família).

“(…) Ou ainda é aquela mãe que chega para uma consulta anual (…) e tem uma queixa de que a criança é hiperativa ou de que a criança é esquisita (…) é diferente das crianças da mesma idade (…) (Profissional ESF, grupo focal)”

Já as visitas domiciliares são realizadas pelas ACS com periodicidade mensal em todas as casas do território, caso alguma área fique descoberta por férias de uma profissional, por exemplo, as demais colegas se organizam para cobertura daquela área. Além disso todos os profissionais da AB (ESF e núcleo) tem espaços em agenda para realização de visitas. Estas são programadas após reuniões de equipe ou matriciamento onde é definida a necessidade da visita e o profissional indicado para tal. Técnicos de enfermagem e enfermeiros por sua vez já tem uma rotina de visitas para determinados grupos, como usuários de oxigênio, acamados restritos com comorbidades e realização de curativos. Podemos considerar então que todas as famílias do território são visitadas ao menos uma vez por mês por um profissional da AB.

“(…) A gente avalia também quanto a visita, o ambiente familiar, de como a criança vive, a rotina da criança, como ela se comporta, a interação dela...discute com a equipe sobre a criança... traz para a reunião e o médico e o enfermeiro discute com a equipe NASF (…) (Profissional ESF, grupo focal)”

Quanto ao acolhimento na UBS por referência de outros equipamentos, a ocorrência mais frequente se dá por encaminhamentos escritos da escola, pós alta hospitalar e avaliação em pronto atendimento. Normalmente são “cartinhas” para buscar psicólogo ou neuro infantil. Referências de serviços de outros municípios ou estados, reuniões com a coordenadoria de saúde mental e ainda encaminhamentos judiciais também se constituem em possibilidades de acolhimento destas demandas na UBS, sendo entretanto ocorrência menos frequente. Como o fluxo de acolhimento na UBS compreende sempre de maneira inicial a ESF, não ocorrem acolhimentos iniciais das demandas em estudo por parte do NASF-AB de maneira isolada.

A palavra acolhimento pode apresentar-se por um sem-número de definições com múltiplos significados. É termo corrente empregado não só no setor saúde mas em inúmeras formas de relação. No contexto de nosso estudo e prática assistencial o acolhimento reveste-se de critério de boa prática pois representa um princípio do SUS e conseqüentemente da AB que permite o acesso ao sistema e favorece o vínculo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Muito mais do que uma definição semântica ou o uso assertivo de uma palavra, aqui ele encerra em si uma ideia que expressa uma relação. De maneira mais explícita podemos considerar o acolhimento como ato presente em todas as ações de cuidado. Ato envolvendo perspectivas e intencionalidades dos atores reais (trabalhadores de saúde e usuários), nas ações de receber e escutar as pessoas das maneiras mais variadas possíveis, sendo de fácil acesso e sem exclusões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

E as demandas a serem acolhidas? As demandas podem ser caracterizadas como toda a necessidade trazida ao serviço evidenciada de forma verbal ou não verbal, correspondente ou não à solicitada pelos sujeitos, percebida por quaisquer dos atores envolvidos no cuidado ofertado pelos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a). No estudo desenvolvido evidenciou-se o que já vinha sendo apontado em outros estudos quanto a SMIJ. Tais demandas são de fato uma realidade sendo situação corrente a busca por soluções nos serviços do SUS (DELFINI, 2010).

A Atenção Básica inserida no contexto de vida da população e representando porta preferencial de acesso ao sistema de saúde, pode não só acolher as demandas apresentadas como também acompanhar longitudinalmente a realidade de crianças e jovens de maneira a intervir de forma preventiva ao voltar seu olhar para a saúde mental daquele público (COUTO, 2008). Quanto a essa possibilidade, a singularidade da presença da UBS no

território e as visitas como escopo de ação da atenção básica, por parte de profissionais de diversas áreas de atuação incluindo membros da própria comunidade como as ACS, permite maior vínculo (TSZESNIOSKI, 2015). O acolhimento de demandas se processa não só por meio de queixas relatadas mas também pela própria observação das famílias in loco. Dessa forma a discussão de casos trazidos por informações de membros da equipe de ESF, em especial, por agentes de saúde e técnicos de enfermagem, é uma importante via para acolhimento das necessidades de SMI.

Os casos de estudo foram acolhidos nessa modalidade de acesso rápido que é uma forma que amplia e favorece o acesso às demandas em saúde mental pois a depender da complexidade e do sofrimento psíquico envolvido nas questões, há a garantia de uma escuta em até 48 horas para o caso com a possibilidade de envolver profissional do NASF-AB no intuito de aumentar a resolubilidade do caso. Anteriormente a essa forma de acesso, situações de saúde mental de crianças e adolescentes que buscavam a UBS eram direcionadas pela recepção a agendamentos de consultas que poderiam levar até 1 mês para se concretizarem conforme disponibilidade da agenda.

“(…) Eu vejo que hoje essa escuta (…) é mais rápida, uma queixa escolar, a criança vinha até a recepção, apresentava a cartinha(da escola) agendava uma consulta com o médico ou enfermeiro da equipe, que poderia demorar 30 dias até (...)”
(Profissional NASF-AB, grupo focal).

Considerando outros pontos da rede, os encaminhamentos vêm por cartas escolares e mais comumente pelo relato das famílias quanto a não inserção em outros serviços sendo orientados então a buscar o posto de saúde. O CAPSi é o serviço mais procurado previamente a UBS sendo que sua disponibilidade territorial depende de um critério populacional e mesmo onde é disponível como no território da pesquisa, não consegue corresponder a necessidade da clientela (PAULA, 2012). Mesmo para casos complexos e graves como os analisados. Mediante essas situações, há uma preocupação extra por parte dos profissionais na AB quanto à fragmentação de informações e dados de casos cujas demandas foram redirecionadas à unidade. Estas famílias, além de suas demandas originais, trazem a frustração quanto ao não acolhimento ora pretendido.

Acolhimentos de demandas referenciadas por serviços que não compõem a RAS/RAPS do território também constituem formas de acesso. Os percalços advindos de buscar vias de comunicação para um maior entendimento e conseqüentemente um

acolhimento do caso em maior plenitude, surgiram como preocupação dos profissionais da AB. Exemplos dessas possibilidades seriam altas de hospitais psiquiátricos e outros serviços de atenção de outros estados e municípios, tendo em mente sempre a característica de busca do estado de São Paulo como um local com a perspectiva de melhores condições de vida e atendimento em saúde.

“(...) essa criança tinha chegado da Bahia há pouco tempo e fazia acompanhamento lá...A mãe não trouxe nenhum papel mas estava bastante angustiada de dar continuidade ao tratamento (...)” (narrativa de caso profissional NASF-AB).

Uma vez que demandas são identificadas, em quaisquer dos pontos da rede, devem ser acolhidas como um dos princípios básicos do SUS. Com referência ao acolhimento universal na AB, podemos observar que de fato há receptividade e primeira escuta as demandas em saúde mental referentes a população infantojuvenil. Especialmente após o advento do acesso rápido, podendo acontecer intra ou extra muros da unidade por diferentes atores responsáveis pelo cuidado dentro da UBS. Ainda com relação a esse acolhimento e primeiro acesso, foi possível observar no estudo de caso que a depender da complexidade e da presença do NASF-AB na unidade no dia, a primeira escuta tem a possibilidade de envolver desde o primeiro momento o apoio especializado do NASF-AB.

“(...) É acolhida pela equipe (a queixa), geralmente pelo médico ou enfermeiro(...) ou até mesmo em reuniões, discussões de reunião de equipe por informações que o agente de saúde traz (...) Pelo menos esse primeiro atendimento, essa primeira escuta é mais fácil (...)” (falas profissionais ESF/ NASF-AB, grupo focal).

“(...) se tem um caso que está acontecendo ali (...) pode procurar no dia que a gente está aqui (...) podemos ali naquele momento, já dar um apoio (...)” (fala profissional NASF-AB, grupo focal).

Mas apesar de existir uma ampla possibilidade de acesso para acolhimento dessas demandas, tais como consultas agendadas e não agendadas, visitas domiciliares e referência de outros serviços, ainda há uma parcela de situações de saúde mental infantojuvenil que não chegam sequer ao conhecimento das equipes de assistência no posto de saúde. Casos cuja ciência por parte da AB só se processa por meio de notificações judiciais ou reuniões de saúde mental com a coordenadoria e de maneira geral, estão envoltos em situação de gravidade.

Na perspectiva de que todas as famílias são visitadas em teoria, ao menos uma vez no mês, poderíamos levantar questionamentos acerca da possível interferência da cultura

médico centrada e do estigma/vergonha na aceitação por parte dos usuários do acolhimento de demandas de sofrimento psíquico proposto pelas ACS nas VDs.

“Doutora, eu nem sabia que a criança (unidade caso estudada) era assim...porque a gente vem na casa e eles (as famílias) não abrem não, não falam as coisas (...) só quando a gente vem com o técnico, auxiliar, enfermeiro ou NASF-AB.” (relato de ACS, diário de campo).

Os dados também apontam para um fluxo que investe a priori em ações direcionadas aos especialistas em saúde mental, médicos e enfermeiros, independente da identificação da complexidade dos casos. Os profissionais de níveis técnicos mesmo quando acolhem as demandas não tem um protagonismo nas ações de problematização das queixas. A busca de soluções por meio de referências constantes de questões emocionais de toda ordem aos médicos, enfermeiros e especialistas em saúde mental refletem não só a prática médico centrada mas também o foco no modelo enfermidade- cura. A rede de cuidados segue a mesma linha ao não ofertar espaços de acolhida para casos considerados como “funcionais”, apresentar limitação de recursos humanos e materiais para estimulação e represar o acesso sem clareza de critérios.

(...) “É mais fácil dar o remédio” (...) “ Mas se você oferece terapia, não tem terapia”!!! (profissional NASF-AB grupo focal)

Apesar dessas observações depreendidas na análise do critério proposto é possível definir que o acolhimento universal no que tange as demandas de saúde mental infantojuvenil na AB campo, ocorre de maneira frequente e atende ao preconizado pelo SUS.

Princípio: 1) Acolhimento Universal

Critério 2) Há uma resposta?

No tocante ao critério resposta para os casos acolhido na UBS de estudo, há uma multiplicidade de possibilidades mas que normalmente se iniciam com o cuidado do MFC (Médico de Família e Comunidade) e enfermeiro de equipe em consultas individuais. A prescrição medicamentosa é restrita por não haver a receita e a dispensação de alguns medicamentos controlados (mais utilizados em transtornos da infância) na UBS e por não ser da prática habitual do MFC o manejo desses medicamentos. É importante ressaltar que foram

bastante presentes no discurso daqueles profissionais e dos demais da ESF as considerações ao fato de não se sentirem aptos ou confortáveis lidando com questões de saúde mental especialmente referente ao público estudado.

"(...) vou iniciar uma medicação, para ver se melhora, vamos ver, vamos dar um jeitinho, vamos conversar, tentar pensar em alternativas para dar conta daquela demanda, que a gente se sente realmente responsável ..." (profissional ESF, grupo focal).

"(...) a gente não tem receituário para iniciar ritalina, e eu não sei o manejo em criança (...)" (fala profissional ESF, grupo focal).

"(...) eu enquanto médica aqui na unidade, não me sinto apta a fechar um diagnóstico de TDHA (...) e ultimamente a gente vem sendo, meio que, incitado a fazer isso e cobrado..." (profissional ESF grupo focal).

Conforme à avaliação da equipe de ESF, podem ser referidos aos profissionais NASF-AB ou ter um cuidado compartilhados com este núcleo, sendo a comunicação entre ambos bastante ampla e disponível. O núcleo estava completo no momento do estudo e é composto por terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, psiquiatra, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social. Mas a rotatividade de profissionais tanto da ESF quanto do NASF-AB é bastante comum.

"(...) Importante falar que no encaminhamento anterior o NASF estava desfalcado, apenas com um membro, então a gente estava priorizando uma agilidade nestes fluxos (...)" (fala profissional NASF-AB grupo focal)

Quando são referidos para o NASF-AB, o cuidado pode ser gerenciado de forma que fique a cargo do NASF-AB ou na forma de cuidado compartilhado. Quando reservado ao cuidado do núcleo, se processa como atendimento individualizado por profissionais do coletivo multiprofissional (mais comum com a psicóloga). Não há uniformidade quanto ao atendimento infantojuvenil pelo núcleo.

"(...) Quando eu vim pra cá me perguntaram na entrevista se eu não atendia alguma coisa (...)" Eu disse que não atendia criança não, porque não tinha essa formação" mas tudo bem eu vim pra cá e no começo queriam que eu visse criança (...) eu não vejo não" (trecho de diário de campo)

Já quando o cuidado é compartilhado, há frequentemente uma consulta compartilhada com a psicóloga e MFC que pode acontecer no dia do acolhimento da demanda ou ser agendada. Além disso pode haver atendimentos individuais e ou conjuntos com MFC, psicóloga e com outros profissionais do núcleo. Uma outra forma para

compartilhamento do caso é por meio da discussão em reunião de matriciamento de periodicidade mensal entre ESF/NASF-AB. Existe um grupo terapêutico de orientação de conduta para pais e filhos proposto pelo NASF-AB mas é grupo fechado com oferta de vagas restrita e um outro grupo de infância para observação e acompanhamento de desenvolvimento que estava inativo no momento da pesquisa.

Se for identificada a necessidade de outros profissionais ou serviços de rede o que é normalmente necessário para garantir a integralidade e longitudinalidade de casos grave e complexos, eles serão requeridos por dois caminhos. A saber: encaminhamentos escritos e inserção em sistemas integrados de regulação de vagas pela prefeitura. O CAPSi é o exemplo de serviço que por ser de “porta aberta” é buscado pelas famílias de posse dos encaminhamentos escritos realizados na UBS, assim como isso é possível com a APAE. Os profissionais e serviços mais requeridos via sistema de regulação (CROSS) são neuro pediatra, psiquiatra infantil, psicoterapia e reabilitação, entretanto a disponibilidade de vagas é limitada levando a um longo e imprevisível tempo de espera, além de ser necessário um CID diagnóstico para inserção no sistema on-line já descrito.

"(...) Mas fica nesse negócio que nunca resolve, só Deus mesmo, porque aqui o atendimento demora muito mais, essa questão de neuropediatra e psiquiatra (infantis)... Demora muito os especialistas (...)" (fala de responsável em entrevista).

Da mesma forma podem ser referidos para projetos recreativos, educacionais na comunidade que também tem uma demanda populacional grande com poucas vagas, além de não haver psicopedagogo na rede. Quanto às famílias há os centros de convivência (CECCOS) onde podem ser orientados a buscar atividades comunitárias não necessariamente com foco em inclusão de demandas de saúde mental mas como música e arte na sua forma mais comum.

No que diz respeito à inserção nos serviços da rede, o relato de recusa é extremamente frequente e presente em todos os discursos avaliados envolvendo os diversos atores e sujeitos do cuidado. A negativa de absorção da demanda é relatada tanto pelas famílias em busca de um primeiro acolhimento quanto pelos profissionais ao citar os mesmos casos como “devolvidos” pelo CAPSi por mais de uma vez. Há uma ausência de resposta dos equipamentos da rede aos encaminhamentos escritos de maneira frequente e global mesmo quando por ventura já tenha ocorrido um diagnóstico e solicita-se apoio na conduta,

ocorrência habitual para pacientes com Transtorno de Espectro Autista (TEA) que são considerados como “funcionais”.

"(...) chegando até lá (no CAPS) a mãe falou que ele passou pelo acolhimento, foi atendido por uma funcionária que não respondeu a minha contra-referência (...) Eu não recebi esta devolutiva ou o motivo (...)” (fala profissional da ESF em narrativa).

"(...) É, tem aquele paciente que é considerado funcional e que daí não é inserido no serviço(da rede) (...)” (fala profissional da ESF em narrativa)

Ainda referente ao CAPSi há uma reunião de matriciamento bimensal com um rodízio de profissionais deste serviço que vem a UBS e também se constitui em uma forma possível de resposta aos casos.

A articulação com outros setores que não são da saúde, responde na sua maior parte por respostas as cartas escritas das escolas que chegam com os pacientes acolhidos em demanda e a recepção de casos de justiça.

As políticas ministeriais a respeito do cuidado em estudo propõem uma integração entre diferentes profissionais, ambientes e serviços como resposta a complexidade das necessidades envolvendo saúde mental, jovens e crianças. Muitos pesquisadores sugerem que de fato a incorporação de diferentes saberes, habilidades e equipamentos de maneira combinada em um trabalho conjunto podem ser a resposta as questões destas famílias que certamente ultrapassam o escopo de ação de profissionais e ou serviços de maneira individualizada ou isolada (JANSSENS; PEREMANS; DEBOUTTE, 2010). Mas da mesma maneira pesquisas ressaltam importantes barreiras a serem transposta na construção deste trabalho colaborativo de maneira a atingir o cuidado de maneira integral em todas as suas dimensões (JANSSENS; PEREMANS; DEBOUTTE, 2010 e DELFINI, 2012)

As unidades de estudo foram consideradas casos complexos na avaliação da Atenção Básica (NASF-AB e ESF) e, por esta razão, correspondem àqueles 15% de demandas que sob o critério de boas práticas, vão requerer construção de PTS e articulação da UBS com diferentes pontos da RAS/RAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005 e 2013^a). Além disso por ser situação de saúde mental preconiza-se uma ética de inclusão com trabalho intersetorial de modo a dirimir estigmas envolvendo saúde mental sujeitos, família e comunidade. Fato que assume ainda maior importância no público infantojuvenil, em processo de crescimento e desenvolvimento para assegurar que atinjam a idade adulta no exercício de suas capacidades e potencialidades na sua maior plenitude possível (SBP, 2017). Logo uma vez que suas

demandas foram acolhidas na AB a construção de seu cuidado ou seja a resposta as necessidades trazidas por eles para que sejam realmente efetivas conforme diretriz do SUS deve contemplar o exposto acima.

Nesse sentido, situações que extrapolam a capacidade de resolução da ESF, são subseqüentemente compartilhadas com o NASF-AB de maneira a construir o cuidado integral ainda dentro da AB. Figurando assim o NASF-AB como dispositivo estratégico que deve promover apoio e juntamente com as equipes da ESF dar resposta aos casos acolhidos na UBS. Apesar de poder observar que nesta UBS o núcleo tem uma boa interlocução com a ESF quer seja no que por eles seria considerado como meios formais, que seriam as reuniões mensais de matriciamento quer seja no que consideraram como meios informais que são as conversas de corredor, mensagens do aplicativo WhatsApp, ligações e consultas compartilhadas de acesso rápido, muitas demandas acolhidas ficam sem resposta. Pois além de uma boa comunicação envolvendo a troca de informações sobre pacientes, uma articulação para ser efetiva deve contemplar a corresponsabilidade da demanda ultrapassando as famosas “passagens de casos”, deve contemplar de fato o princípio do matriciamento que seria uma ação operacional de compartilhamento com um encaminhamento implicado e elaboração de PTS (ALMEIDA, 2010). Isso ficou bastante evidente com a referência de profissional do próprio NASF-AB ao desfecho de um dos casos como exitoso, pois ESF e NASF-AB conseguiram compartilhá-lo ao invés de ter havido apenas seguimentos individuais por parte dos profissionais dentro da AB.

“(…) É um caso que teve um bom desfecho (...) isso tem a ver com o fato de a ESF desde o princípio ter compartilhado esse cuidado.(...) Não foi assim o NASF-AB vai cuidar ou a ESF vai cuidar...foi um cuidado compartilhado(…)” (narrativa profissional NASF-AB sobre o caso de Paula).

Do ponto de vista técnico a ESF sente-se reticente ao lidar com casos de saúde mental infantojuvenil pois não sente segurança nesse manejo, por ausência de recursos materiais (referente a medicamentos e receitas), necessidade de maior capacitação, por carências na articulação com a rede e até com o próprio núcleo (DELFINI, 2012). Este por sua vez apesar de envolver profissionais especializados, não é uniforme quanto ao atendimento de situações envolvendo a população infantojuvenil. Dessa forma a ampliação do escopo de ação da AB pela atuação conjunta com os NASF-AB não se concretiza de maneira

frequente quanto às respostas de SMIJ, especialmente se o caso envolve complexidade e os sujeitos apresentam outras comorbidades.

Ambos os casos buscaram previamente acolhimento no CAPSi onde segundo diretriz do trabalho em rede, deveriam ter sido acolhidos e referenciados à UBS para seguimento conjunto, haja vista tratar-se de casos graves e complexos (TSZESNIOSKI, 2015 e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). No entanto, isso não ocorreu, levando à busca da UBS campo onde após acolhimento imediato pela ESF buscou-se o envolvimento do NASF-AB. Ações de capacitação e sensibilização deveriam possibilitar a todos os profissionais da AB, especialmente os com expertise em saúde mental, a acolher e acompanhar casos de sofrimento psíquico de jovens e crianças inclusive de maneira medicamentosa, afim de aumentar a resolubilidade na UBS (TANAKA, 2006) Quanto a isso os recursos materiais também precisariam estar disponíveis de maneira a acompanhar as necessidades desse público. Situação expressa nas dificuldades quanto ao manejo de saúde mental infantojuvenil por profissionais da ESF e pelo fato do coletivo não ser uniforme quanto ao atendimento do público pediátrico levando a necessidade de busca desses profissionais na rede.

Fator também importante no processo de resposta, refere-se ao PTS, pois já que a demanda foi identificada como complexa com articulação do coletivo multiprofissional do núcleo e requisição de RAS/RAPS, a elaboração de um PTS seria também critério para integralidade e longitudinalidade do cuidado, porém apesar de ações multiprofissionais em conjunto o PTS formal de fato não foi elaborado. Conforme haja maior complexidade das demandas acolhidas e exigência de interlocução com os demais equipamentos das RAS/RAPS, torna-se ainda mais desgastante para AB e distante para os sujeitos da demanda uma resposta satisfatória as demandas acolhidas. As RAS/RAPS não dispõem de profissionais e serviços para lidar com o público infantojuvenil de maneira a atender as demandas. O CAPSi serviço idealizado para atender as questões de saúde mental referentes a este público, apesar de ser equipamento de porta aberta não consegue realizar primeira escuta de maneira frequente inclusive de encaminhamentos realizados pela AB embasados pelo apoio dos NASF.

"(...) O CAPSi não inseriu, foi um *gap* imenso (...) mesmo com a nossa cartinha de encaminhamento (...) (Narrativa profissional NASF-AB caso Paula).

"(...) Porque se não tem diagnóstico nenhum, a gente não tem um espaço estruturado (...)” (profissional NASF-AB grupo focal).

A resposta em articulação com apoio de RAS/RAPS é frágil no acolhimento, na recepção dos encaminhamentos escritos e também nas reuniões de matriciamento. Um dos casos inicialmente foi acolhido na APAE para realizar estimulação mas em uma nova abordagem de maneira a efetuar uma avaliação que conforme o resultado permitiria-lhe complementar seu cuidado em um outro serviço, foi excluído devido a comorbidades. No CAPSi, após uma primeira recusa quando da busca da família, houve nova tentativa de apoio via encaminhamentos escritos (duas vezes) e por fim em sequência o matriciamento com o próprio CAPSi. Naquela ocasião fez-se uma solicitação de diagnóstico (para garantir acompanhamento no serviço) por um especialista, cuja disponibilidade na rede é restrita, direcionando a inserção no sistema de regulação (CROSS) no aguardo de vaga em uma fila de espera sem previsão. Há uma exigência constante de um diagnóstico específico que qualifique a criança ou o jovem como elegíveis para seguimento nos serviços da rede. Na ESF e NASF-AB não há a oferta desses recursos humanos para tais diagnósticos e em outros pontos da rede onde é possível tal avaliação e diagnósticos específicos, a demanda é tão grande que pacientes aguardam em filas perdendo momentos importantes do desenvolvimento para intervenção. Por vezes até quando o diagnóstico está estabelecido existem aqueles pacientes considerados como “funcionais” muito comum em casos de TEA onde a AB não consegue realizar articulação com a rede para acompanhamento conjunto em outros serviços.

Filas de espera são outro fator complicador neste critério de análise pois não há psicopedagogo a disposição na rede assim como é escassa a oferta para psicoterapia infantojuvenil e familiar e para especialistas como neuro e psiquiatra infantil, mesmo no grupo proposto pelo NASF-AB dentro da UBS as vagas são limitadas. Sendo aqui possível observar o que já foi discutido previamente quanto ao dimensionamento dos serviços e a procura dos usuários que no caso não comporta as reais necessidades.

Outro fator crucial seria a presença de comorbidades. Pôde-se ver esse fator bem presente no desenrolar de uma das unidades caso. O sujeito da demanda ao apresentar mais de um elemento de saúde a ser considerado tornou-se inelegível para seguimento em determinado serviço. Nenhum equipamento da rede aceitou conduzir o paciente com comorbidades pois alegaram que determinado diagnóstico é para tal serviço e não permitiram que houvesse um acompanhamento conjunto para o quadro. Esses pacientes são devolvidos à UBS onde permanecem sem resposta para suas demandas, sendo inclusive uma angústia dos

profissionais da ESF no que tange a lidar com a aqueles “rejeitados” pela RAS/RAPS, que sempre serão pacientes da equipe de ESF e da AB. Sujeitos com os quais não se consegue e ou não se sabe como lidar, apesar dos espaços propostos para matriciamento. Os profissionais da AB referiram que além da angústia na vivência destes casos há o que foi colocado por eles como uma certa pressão institucional e das famílias por tomar atitudes e desenvolver respostas mesmo sem qualificação adequada em frente às demandas acolhidas.

“(…) Por enquanto a gente está tendo que usar as ferramentas nossas...porque nem a APAE, nem o CAPSi quiseram absorver porque a APAE não absorve porque tem um componente do CAPSi e o CAPSi não absorve porque tem um componente da APAE...e ele fica no meio do caminho...(…)” (Narrativa profissional da ESF- caso Rodrigo)

“(…) Então fica igual uma batata quente...vá pra lá, vai pra cá...ela (a criança) não é de ninguém (nenhum serviço)” (Profissional ESF- grupo focal)

Podemos considerar também o aumento crescente dessas demandas exercendo maior pressão nos serviços como fator complicador para uma resposta, o que trouxe a tona inclusive pelos profissionais o fato de estarem se posicionando de forma a escolher quem seria encaminhado e ou acompanhado em detrimento dos demais, já que seria impossível responder às necessidades de todos.

“(…) Porque a gente trabalha na falta, você não tem recurso para dar conta, de resolver coisas...(…)” (Profissional ESF grupo focal)

Quanto ao IT desenvolvido pela adolescente, apesar de inicialmente ter sido semelhante ao da criança, caso complexo acolhido e discutido em parceria ESF e NASF-AB, não sendo abordado de maneira integral no coletivo do núcleo por carência de profissional NASF para atendimento infantojuvenil e ausência de elaboração de PTS, sua resposta apresentou algumas diferenças que impactaram seu desfecho. Quando referida a equipamentos na RAS/RAPS, mesmo com a mesma recusa de acolhimento pelos equipamentos do território, foi possível suprir essas carências por psiquiatria, psicoterapia e apoio para internação por meio do convênio materno. Além disso foi possível sua inserção em serviço de educação no território onde faz curso de idioma e aguarda vaga em outros projetos e programas. Assim como a outra unidade caso mantém seguimento por consulta individual com MFC e psicóloga NASF-AB mas seu desfecho foi positivo por ter sido possível articulação multiprofissional, sendo esta entretanto de caráter particular, além da possibilidade

do contexto educacional no território com o curso de idioma. Mas quanto a análise da resposta como critério de estudo, assim como no outro caso ocorreu aquém do preconizado pois mesmo reconhecendo a importância da multiprofissionalidade para sucesso nos casos de estudo, não foi possível essa resposta via SUS. Já na análise do caso infantil o critério resposta foi bastante insatisfatório pois não houve possibilidade de articulação adequada com a rede, inserção em serviços ou avaliação por especialistas, nem mesmo sua medicação pôde ser ajustada e a receita emitida, além de não ter sido possível acolher as necessidades de sua mãe quanto a espaços de inclusão e da própria criança quanto a apoiador escolar.

Quanto aos casos de baixa complexidade a resposta também se processa de maneira eventual pois apesar de serem demandas com proposta de resolução na própria UBS, esbarram na inadequação dos recursos humanos e materiais aptos para corresponder à resolução desses casos pela UBS, além das já citadas divergências quanto ao trabalho multiprofissional. Há a inexistência de serviços para estimulação e ambientes de rastreio e prevenção de agravos com os quais se possa contar na RAS/RAPS.

Constatamos assim que mesmo havendo esse acolhimento universal de forma frequente, não foi possível observar o desenvolvimento de resposta a essas questões de maneira adequada. Pode-se notar que as demandas em saúde mental infantojuvenil acolhidas na UBS apresentam um espectro de respostas em variáveis graus com soluções parciais as questões apresentadas. No que tange às famílias há de se considerar a importância do vínculo estabelecido com a equipe da ESF no desenvolvimento do cuidado pois por tratar-se de público que depende do auxílio de pais e cuidadores, que necessitam atuar em conjunto com as equipes e possivelmente, em um segundo momento, com setores e serviços fora da AB para que haja uma resposta satisfatória às demandas. Analisando os itinerários terapêuticos das unidades caso as respostas apresentadas e os desfechos, foi possível destacar alguns pontos importantes que interferem nas soluções a demandas acolhidas já foram discutidos. A complexidade do caso apresentado, a presença de comorbidades, o acompanhamento multiprofissional na UBS, a necessidade de articulação com a RAS/RAPS, a definição de um diagnóstico por profissional especializado, a falta de adequação profissional para atendimento do público infantojuvenil tanto na AB quanto na RAS/RAPS, o aumento crescente de demandas a serem acolhidas, a adesão familiar e a rotatividade de profissionais na AB. Dessa forma as demandas acolhidas em SMI na AB apresentam múltiplos fatores envolvidos na

possibilidade e na qualidade das soluções propostas e desenvolvidas. Analisando os dados colhidos, observa-se que permanece uma ideia de tratar assuntos de saúde mental da população infantojuvenil tal como uma extensão de questões de adultos, sem profissionais e ou serviços adequadamente preparados para lidar com tais demandas, sem aposta no desenvolvimento de potencialidades e sem maiores envolvimento dos equipamentos territoriais. É presente a dureza de caracterizar pessoas por rótulos e diagnósticos represando o acesso a serviços e cuidados não só dos sujeitos mas de suas famílias, simplesmente por não se encaixar aqui ou acolá abandonando os princípios de equidade e integralidade do cuidado. E também fica bastante claro que quanto maior o envolvimento real em rede de serviços e profissionais de maneira compartilhada assim como previsto pelo SUS que a resposta será cada vez mais positiva para sujeitos e comunidades.

Princípio: 2) Acriança e o adolescente tem direito ao cuidado individualizado

Critério: 3) Consulta individualizada

Constitui-se em prática comum tanto por profissionais da ESF como do NASF, portanto da AB disponibilizar espaços de escuta as queixas trazidas pelas crianças e adolescentes, mesmo quando estão em discordância das trazidas por seus familiares. Há um entendimento claro desses profissionais inclusive quanto à possibilidade de criar e fortalecer vínculo de cuidado partindo-se dessa ação prática.

“(…) Acho que é importante ele saber que tem esse espaço” (para consulta individualizada) e que está disponibilizado para ele(a criança ou jovem). (profissional ESF grupo focal).

“(…) com a gente nas nossas avaliações(…) uma coisa que eu logo pergunto: “você quer falar sozinho?, “quer que saia?”, “vai falar sozinho?, você pode falar sozinho, se você quiser, se se sente mais a vontade!” (profissional NASF, grupo focal).

Durante o atendimento os profissionais têm a oportunidade de entrar em contato com as necessidades de jovens e adolescentes, conhecer seus problemas, sonhos e frustrações. Por vezes adolescentes vão a consultas contra sua vontade e apresentam demandas que divergem das trazidas por familiares (SBP, 2019). Em outros momentos a presença do cuidador ou familiar pode oprimir a expressão da demanda vivenciada pelo público infantojuvenil. É fundamental para estabelecimento de vínculo e elaboração do cuidado que crianças e

adolescentes também sejam ouvidos e tenham suas demandas acolhidas de forma legítima. Importante ressaltar que adolescentes, segundo o ECA (faixa etária de 10 a 19 anos), têm garantia de direitos nos serviços de saúde independente da anuência de seus responsáveis (SBP, 2019). Logo o momento de consulta individualizada pode fortalecer o vínculo de cuidado além de permitir rastrear e intervir em questões de saúde mental (CARVALHO, 2013).

Quanto ao critério consulta individualizada a adolescente investigada esteve a todo momento do desenrolar de seu processo de cuidado na UBS em cumplicidade com seus familiares, no entanto houve oportunidade de escuta de sua demanda também de maneira individualizada. Assim como o outro caso de estudo que apesar da idade também teve espaço para exteriorizar impressões sobre si mesmo com suas próprias palavras em avaliação compartilhada da ESF/NASF-AB.

Com relação ao princípio do respeito à individualidade dos sujeitos no cuidado a SMI na AB analisado a luz do critério de consultas individualizadas, verificamos que da mesma forma que se processa o acolhimento universal, crianças e adolescentes têm a possibilidade de espaços para acolhimento de suas necessidades de maneira legítima e individualizada.

Princípio: 2) A criança e o adolescente tem direito ao cuidado individualizada

Critério: 4) Construção de PTS

Há alguns cadernos, um por equipe (total de 5) que são preenchidos durante as reuniões de matriciamento com a equipe de ESF e o NASF-AB, em que consta, basicamente dados de identificação e a que profissionais o paciente deve ser referido. Alguns profissionais consideram esses cadernos como um PTS. Exemplo de dados de caso de caderno de equipe do NASF-AB:

Nome: Pedro Pereira da Silva. Prontuário: 55555

Idade: 3 anos

Queixa: Agressividade na escola e com familiares

Proposta: Psicóloga NASF-AB

"(...) A gente tem um caderno que é um PTS, que a gente compartilhou com as equipes, é um caderno bem legal.(...) Esse caderno é uma forma de pts, porque ali você coloca a queixa, a proposta de cuidado." (profissional NASF-AB grupo focal).

Para outros profissionais os registros de evoluções em consultas individuais e atas de reuniões de matriciamento assim como o próprio matriciamento foram caracterizados como o PTS dos casos, independente da sua complexidade. No entanto não houve registro de um PTS formal nos documentos investigados.

"(...) Na verdade assim eu acho que a gente não tem o PTS bem estruturado (...)" (profissional NASF-AB grupo focal).

O Projeto Terapêutico Singular pode ser definido como todo o conjunto de propostas e condutas discutidas e elaboradas em conjunto de forma interdisciplinar para melhor condução de um caso, especialmente os casos mais complexos assistidos na UBS. Representa ainda um dispositivo de planejamento para proposição de metas a serem atingidas dentro das perspectivas de seguimento dos usuários e comportando divisão de responsabilidade entre os diversos pontos das RAS envolvidos quer seja de forma assistencial e ou como apoio matricial no cumprimento das metas de cuidado. Considera o indivíduo com todas as suas particularidades inserido em sua família e comunidade, estabelece metas de curto, médio e longo prazo e deve ser sempre revisto afim de avaliar sua evolução estabelecer e ou modificar suas metas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b). Dessa forma, a construção do PTS, seu acompanhamento e revisão sistemática aponta não só para o respeito a individualidade dos sujeitos mais denota boa prática de cuidado.

Uma vez identificada, acolhida e realiza a primeira escuta das demandas, a construção da resposta e da solução do exposto repousa na elaboração de um PTS, sendo algo crucial para os casos considerados complexos como os do estudo.

Para formulação de um PTS são identificados alguns movimentos que se processam de maneira sobreposta e conjunta e variam conforme a referência do autor. Mas basicamente podem ser individualizados como: 1) problematização da demanda acolhida (diagnóstico e análise da situação), 2) produção do projeto (definição de ações e metas) e 3) gestão e avaliação dos projetos (divisão de responsabilidades e reavaliação) sempre em co-produção com os atores envolvidos inclusive os usuários e suas famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b e ALMEIDA, 2010).

De maneira inicial gostaria de destacar que não houve registro formal de PTS e que o entendimento dos profissionais envolvidos no estudo quanto ao que seria de fato um PTS é bastante divergente e, por vezes, não muito claro. Alguns profissionais envolvidos no cuidado relacionaram o PTS a registros em cadernos e atas de reunião de matriciamento. Nesta forma de entendimento, o PTS seria o registro de dados tais como identificação dos pacientes, queixa e possível conduta para casos nos quais identificou-se a necessidade de articulação com profissionais do NASF-AB sem maiores referências a complexidade do caso ou propostas de cuidado.

Outros ainda consideraram como PTS a própria reunião de matriciamento onde são trocadas informações sobre diversos casos, quer seja no matriciamento com o NASF quer seja no que ocorre na presença de representantes do CAPSi. Em uma terceira possibilidade considerou-se o PTS tal qual fosse condutas desenvolvidas nos atendimentos individuais feitos por profissionais da ESF ou NASF-AB registradas nas evoluções dos prontuários. Por fim o PTS também foi caracterizado como as vias de discussão informais que envolvem as relações de troca entre o núcleo e a ESF tais como “encontros de corredores”, ligações de celulares e o aplicativo WhatsApp.

“(…) Na verdade, assim eu acho que a gente não tem o PTS bem estruturado, porque a gente usa o matriciamento (…)” (profissional NASF-AB grupo focal).

“(…) Porque fica só registrado(o PTS) em prontuário quando a gente atende um paciente, isso fica muito mais no prontuário eletrônico hoje do que em ata de reunião (…)” (profissional ESF- grupo focal).

“Nesses meios informais que a gente se encontra (… mas não fica um documento (PTS) que a gente consiga acompanhar de forma rápida.” (profissional NASF-AB grupo focal).

Da perspectiva destes entendimentos diversos sobre o que de fato seria um PTS, fica claro o porque de não haver registro formal do desenvolvimento desta prática, pois na realidade as ações entre os diversos atores do cuidado no que tange ao objeto de estudo mesmo quando compartilhadas não são orientadas de forma a atender os movimentos necessários para elaboração do PTS. Esta é uma construção que requer movimentos de coparticipação e cogestão entre profissionais e serviços valorizando uma ação transversal contando ainda com a presença dos sujeitos em sofrimento. Nos casos investigados o cuidado transcorreu envolvendo a ESF e o NASF-AB com decisões e cuidados individuais e por vezes

compartilhados, mas apesar dos espaços de matriciamento envolvendo estes grupos e o CAPSi a co-problematização da demanda não se processou na realidade. A postura do equipamento da rede perpetua a lógica de cuidado fragmentado, assumindo a posição de “saber especializado” que regula as condições de inserção ou não no seu serviço. A AB mesmo com o coletivo multiprofissional (que não é uniforme quanto ao saber da população pediátrica) acaba por assumir o papel de serviço que “não detém o saber especializado” com pouco protagonismo frente as exigências de diagnósticos por profissionais cuja oferta na rede é restrita, negativa de apoio por ser o paciente considerado “funcional” ou ainda pela definição do matriciador de que a demanda não lhe compete.

Fato interessante é que o PTS pressupõe ações compartilhadas e não obrigatoriamente inserção em serviços da rede ou ações assistenciais por parte de profissionais do CAPSi. Como o espaço de matriciamento já é uma realidade disponível para os serviços, para atender ao critério discutido, poderia se ter levantado hipóteses e construído propostas de intervenção com os recursos ali disponíveis valorizando o vínculo territorial com foco nos sujeitos e suas necessidades. Durante as reuniões de matriciamento subsequentes os casos poderiam ser conduzidos com o apoio das equipes de ESF e NASF como uma alternativa as limitações reais como sobrecarga de serviços da rede e dificuldades com manejo assistencial e medicamentoso na UBS. Haja vista a demanda reprimida quanto a serviços de saúde mental especialmente da infância, ser consequência entre outros fatores de carências de recursos humanos e materiais de forma quantitativa e qualitativa (ALMEIDA, 2010).

Desta forma é possível considerar que o respeito as individualidades dos sujeitos expressos no critério de consultas individualizadas se processa como preconizado atendendo a critério de boas práticas. Entretanto a construção de PTS que de forma concreta reflète além do princípio acima descrito, outros princípios de maneira integrada tais como a construção permanente de rede e o encaminhamento implicado, não atende ao preconizado pelas diretrizes do SUS.

Princípio: 3) Encaminhamento Implicado

Critérios: 5) Realização de referência

6) Recebimento de contra-referência

Referências partindo da ESF, do NASF-AB e de ambas em conjunto são bastante frequentes em casos de saúde mental infantojuvenil. Ocorrem via central de regulação (CROSS) para serviços da prefeitura onde há a requisição de um Cid para inclusão no sistema e também por encaminhamentos escritos para que as próprias famílias busquem os serviços. Esta é a forma mais comum de referência ao CAPSi por exemplo, assim como também é comum que seja feita referências ao mesmo serviço em mais de uma oportunidade devido ao fato de não haver a inserção no serviço ou ainda devido a demora na chamada via regulação.

As referências partindo de outros serviços para a AB mais comuns são as advindas da escola em forma de cartas que solicitam avaliação de comportamento e de forma eventual as que se referem aos casos de justiça desconhecidos da UBS em forma de notificações. Mas podem haver ainda cartas de referência pós internações e provenientes de cuidado em outros municípios ou estados sendo também ocorrência eventual.

Uma prática frequente, mas que no momento não é mais empregada no que diz respeito às referências, foi bastante presente nos discursos e deve ser relatada para posterior discussão. Há alguns anos a UBS podia contar com um serviço ambulatorial da rede aqui não denominado afim de preservar o anonimato do estudo. Este serviço trabalhava como um programa que recebia pacientes pediátricos mediante encaminhamentos por queixas onde a ESF identificava a necessidade de um especialista pediátrico. Nesse local a criança passava por uma triagem onde suas necessidades eram avaliadas inclusive sobre saúde mental, e lá ela seria acompanhada por todos os profissionais requeridos de maneira multi. Em vista dessa possibilidade e inclusive pela qualidade do serviço que era muito elogiado, a prática de referir paciente considerados com alguma complexidade ou com exigência de especialista para cuidado integral, era bastante frequente no serviço, sem maiores envolvimento da AB a posteriori. Já com o novo rearranjo da PNAB em documentos mais recentes, esse serviço foi reestruturado e não atua mais neste formato, além de não ser mais fluxo da UBS campo. Profissionais da ESF que atuaram com a possibilidade de contar com esse serviço, lamentaram muitas vezes a ausência do recurso como possibilidade de referência.

Recebimento de contrarreferências como resposta a encaminhamentos que partiram da AB é inexistente tanto quanto a consultas ou avaliações via serviços por regulação quanto a resposta de encaminhamentos entregues em mãos para busca dos serviços ativamente pela clientela. Realidade que ocorre de maneira ampla envolvendo diversos serviços da

RAS/RAPS. Por vezes pacientes são referidos a outros serviços e retornam sem contrarreferência mas com solicitações de exames que demandam tecnologia dura e não abrangem o escopo de solicitações da AB tais como ressonâncias de crânio.

"(...) Se eu mando uma guia de contrarreferência, por que eles não respondem? (...) Eu acho que existe também, talvez uma má vontade não de um serviço especial, mas de forma geral, em ajudar." (profissional ESF grupo focal)

Encaminhamento implicado sugere um novo olhar sobre a necessidade de situações onde haverá encaminhamento a outros serviços e até mesmo dentro da UBS, quando é preciso apoio do NASF-AB. Esse novo enfoque preconiza que essa ação não se reduza ou restrinja à prática de preenchimento de formulários de referência e contrarreferência, mas que ocorra uma corresponsabilização do destinatário de origem para com os sujeitos implicados no cuidado, até um outro especialista o outro equipamento da rede. Uma vez que este paciente esteja vivenciando seu cuidado nos demais pontos da RAS/RAPS que se mantenha então um acompanhamento ativo do desenrolar de sua evolução por parte de seu serviço e ou provedor de cuidado de origem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). No caso como AB é ordenadora de rede mesmo que haja acesso e acolhimento em outros pontos de cuidado que funcionam como porta aberta, tais serviços por essa lógica deveriam referir suas demandas para a UBS do território. E de forma que a própria UBS não fique sobrecarregada em função de manter a vigilância de seus pacientes, as reuniões de matriciamento se constituiriam em uma expressão desta corresponsabilização. O fato de o Ministério da Saúde propor um olhar diferenciado a uma antiga prática de reduzir encaminhamentos a burocracias de papéis, ainda necessita de avanços significativos em todos os pontos da rede. Muito se referiu quanto a “mandei uma cartinha”, “escrevi um encaminhamento”, “ele voltou sem resposta a minha carta”... mantendo a lógica reducionista de se restringir a encaminhamentos escritos.

Todavia se o encaminhamento realizado venha a se concretizar na forma de cuidado, estes sujeitos frequentemente assumem um status de ser daquele serviço e ou daquele profissional com alusões a estes pacientes do tipo: “está passando em tal serviço” ou “está passando com tal pessoa” sem maior envolvimento da ESF/NASF-AB ou ações de cunho intersetorial. É possível considerar aqui a herança passada do antigo fluxo que envolvia o serviço pediátrico multidisciplinar. Esse fluxo compreendia encaminhamentos de profissionais da UBS campo, que após a chegada da clientela naquele serviço, seriam conduzidos de

maneira integral e multiprofissional satisfatoriamente sem maiores articulações posteriores com a AB referência. Apesar da boa evolução e resolução dos casos naquele serviço, tal conduta não fomentou uma construção crescente de alternativas que envolvessem um encaminhamento implicado pelos profissionais da UBS em articulação com serviços e equipamentos da rede. Além disso por ter acompanhado os casos de maneira particular em outro território, não favoreceu transformações inclusivas no território de origem, com sensibilização, a construção do cuidado em saúde mental na UBS e extra muros, como no caso das escolas.

Caso a demanda apresente-se com situações de maior complexidade e ou com comorbidades que vão requerer ação multiprofissional, apoio em rede e trabalho intersetorial, há um empenho maior em referências desde o acolhimento do caso. Normalmente estes pacientes não conseguem ser absorvidos em nenhum serviço. Os casos estudados são bastante representativos quanto a isso, especialmente o da criança cujo o caso era explicitamente complexo e envolvia comorbidade, a ESF e NASF-AB trabalharam em conjunto desde o início buscando a rede para a forma mais adequada de conduzir o caso. Foi portanto referenciado a outros equipamentos que apesar da recusa não direcionaram explicações ou contrarreferências de retorno ao posto de saúde. Os serviços abordados em uma ideia “compartimentalizada do ser” consideraram aspectos da comorbidade do caso como de responsabilidade de um ou outro serviço. Novamente o conceito de pertencimento a tal pessoa ou lugar de maneira exclusiva, conforme seu diagnóstico e situação clínica colocando a AB a margem sem favorecer indução da rede.

“(…) Lá no CAPS fala que ele é da APAE e na APAE fala que ele é do CAPS” (...) e aí fica esse negócio de vai e vem (..) nem um dos dois assume ele!” (fala de responsável em entrevista).

Quanto ao caso da adolescente, teve de suprir a necessidade de rede (psiquiatra e internações) por convênio de saúde da mãe pois apesar dos esforços depreendidos em referências (não só escritas), haja vista seu caso ser igualmente considerado complexo, foi recusada pelo CAPSi, e de maneira prévia manteve-se negligenciada por sua antiga escola mesmo com as evidências de ter comportamentos de risco e estar em um grupo com vulnerabilidades.

Pelo exposto não é possível considerar que haja um fluxo de referência ou contrarreferência por parte dos serviços da rede. Independente de haver acolhimento ou não por parte destes serviços. Se a rede se reinventa e traduz a dinâmica da realidade do território, ordenando-se por indução do que é apresentado pela AB, nesta realidade, a rede falha em se construir, fortalecer e apoiar em seus diversos pontos.

“(...) Então fica igual uma batata quente.... vai pra lá, vai pra cá...ela (a criança) não é de ninguém (nenhum serviço)” (Profissional ESF- grupo focal).

Alguns profissionais trouxeram a ideia de que há na realidade um desconhecimento geral sobre os serviços. Os diferentes pontos de atenção não sabem o que os demais fazem e que de forma poderiam interagir entre si para esta construção. Relataram inclusive que os outros serviços desconhecem o que seria atenção básica e que ela seria ordenadora dessa rede de suporte para compartilhamento do cuidado. O que de certa forma fica evidenciado ao nos depararmos com pacientes que após avaliação em especialistas da rede, retornam com solicitações de exames de alta complexidade que não podem ser solicitados na UBS, demonstrando um desconhecimento quanto a operacionalização da AB com tecnologias leves e articulação com demais serviços para compor o cuidado quando há a necessidade de lançar mão de tecnologias duras e alta complexidade.

“(...) o profissional da atenção secundária não sabe o que um profissional da atenção primária faz e vice-versa... é uma desinformação de todos os lados, entendeu? É essa sensação, muita gente perdida (...)” (profissional ESF grupo focal)

Quanto a este princípio de encaminhamento implicado, os critérios avaliados, necessitam ser desenvolvidos em uma nova ressignificação. É preciso entender que a clientela independentemente de estar em seguimento com outros serviços permanece na AB, aqui entendida com ESF e NASF-AB e que estes atores no cuidado vão por seu local privilegiado de ação nos territórios existenciais dos indivíduos, induzir e articular os processos de referenciamento. Ao mesmo tempo, esclarecimentos quanto ao que é e como funciona a rede na integralidade do cuidado em saúde mental se faz emergencial. Bem como o correto emprego das tecnologias leves e duras pelos diferentes pontos de atenção.

Princípio: 4) Construção Permanente de rede

Critérios: 7) Matriciamento NASF-AB

8) Matriciamento CAPSi

9) Revisão de PTS

Há um espaço mensal nas agendas das equipes da ESF para matriciamento com a equipe NASF-AB. Além disso pode se contar com a presença da equipe in loco em dois dias da semana, pois nos demais dias são referência de outras equipes de ESF em outra UBS da região. Também há um espaço para matriciamento com o CAPSi a cada dois meses, quando representantes desse serviço vêm a UBS para apoio. Houve referência a um matriciamento que ocorre no espaço do próprio CAPSi onde seria possível participar conforme interesse, não sendo prática comum da AB.

Nesses espaços de matriciamento são “passados casos”, solicitadas avaliações, consultas compartilhadas e inserção no serviço(caso do CAPSi), muitos casos são matriciados mais de uma vez tanto com o NASF-AB quanto com o CAPSi.

Como o PTS formal não é construído durante essas reuniões de matriciamento, são trazidas algumas informações de acompanhamento dos casos inseridos no CAPSi.

A análise deste princípio está em comunhão com o princípio discutido previamente sobre o encaminhamento implicado pois a rede se constrói a medida que os serviços se suportam e se fortalecem. Reuniões de matriciamento são espaços onde é possível exercitar ações de encaminhamento implicado, realizando divisão de tarefas no cuidado com apoio clínico assistencial e técnico pedagógico. São também espaços destinados a partilhar as múltiplas facetas do cuidado, construindo e reavaliando o PTS de casos complexos e sendo apoio para uma clínica ampliada nos casos passíveis de seguimento com recursos e tecnologias leves na AB. O fato de existirem momentos formais consolidados para estas reuniões corresponde à diretriz do SUS para integralidade e longitudinalidade no cuidado, sendo estes momentos presentes na realidade da AB.

No entanto assim como referido ao PTS, o entendimento dos profissionais quanto ao matriciamento é amplo e por vezes não muito claro e diverso de seu real significado. As dificuldades de articulação de maneira multiprofissional e multisserviço pormenorizadas no início do trabalho são de fato um obstáculo a ser transposto para o cuidado de saúde mental infantojuvenil. Há entendimentos quanto a esse espaço para “passagens de caso”, que seriam relatos de casos para acolhimento e seguimento por outros profissionais (NASF-AB) e serviços (CAPSi) de demandas acolhidas pela ESF. Outros entendem o matriciamento como

informes quanto a pacientes em seguimento com profissionais do NASF-AB, em grupos terapêuticos ou ainda em seguimento no CAPSi além de ser para alguns momentos para atualizações sobre grupos e ações que estão ocorrendo na UBS.

Apesar de haver esta certa divergência de entendimento no matriciamento com o NASF-AB, é possível constatar que são discutidos casos de maneira a compartilhar e executar medidas em conjunto, como pudemos ver nos IT dos casos investigados. Mas o fato de não haver acolhimento uniforme dos profissionais do núcleo quanto ao público infantojuvenil e à ausência de elaboração de PTS formal, há comprometimento na resolubilidade dos casos. Isto se torna evidente com a referência de que os mesmos casos são matriciados com núcleo em mais de uma oportunidade mantendo o seu status de ponto de partida ou seja a demanda apresentada encontra-se tal qual como acolhida da primeira vez.

Já no caso do matriciamento com o CAPSi foi possível observar que os mesmos casos também são frequentemente rematriculados e a compreensão do que seria matriciamento, igualmente diversa. A principal dinâmica nesses encontros centraliza-se especialmente na busca de inserção de pacientes naquele serviço. A partir dos dados investigados esse espaço do CAPSi na UBS parece se reduzir a considerar os elegíveis para seguimento naquele serviço, ou não, mesmo após análise de profissionais do NASF em conjunto com a UBS e após evidências que apontam os casos como graves e complexos assim como os do estudo. Outra questão importante é o fato de que mesmo após serem consideradas demandas pertinentes para seguimento no CAPSi, há a exigência de um diagnóstico formal por especialista para absorção no equipamento.

Há ainda uma inflexibilidade neste apoio matriciador após entender que a demanda não lhe compete, pois não apresenta caminhos alternativos aos profissionais da ESF/ NASF que se sentem angustiados frente a pressão das demandas a eles impostas sem solução.

"(...) A gente tinha identificado este menino. Na época a gente tinha um grupo de infância aqui, ele teria uma demanda para avaliação no CAPSi (...) e ele foi devolvido várias vezes(...)" (fala profissional ESF, grupo focal).

"(...) Só comigo aqui foi devolvido umas 2 ou 3 vezes(do CAPSi)", "Não está comigo, está com você" meio que batata quente..."(...) Então foi uma coisa meio que desesperada falar com o psiquiatra (do CAPSi) "eu fui bem honesta (...) eu preciso da ajuda de vocês"(...)" (fala profissional ESF e NASF-AB, grupo focal).

Dessa forma o espaço potencial para construção de cuidado integral e fortalecimento de rede é subutilizado pois apesar de haver um certo compartilhamento do cuidado com o coletivo multiprofissional na AB (matriciamento NASF) ainda há obstáculos para melhor operacionalização do cuidado. Quanto à rede na figura do CAPSi, permanece uma postura hegemônica na avaliação do serviço especializado por meio de requisição de diagnósticos, dificuldade na cogestão do cuidado, restrição de acolhimento e desenvolvimento de PTS que já que não é formalmente construído, não pode ser revisado.

Princípio: 5) Território e intersetorialidade na ação do cuidado

Critérios: 10) Realização de ações com as escolas e demais equipamentos do território

11) Registro de comunicações com demais equipamentos do território

Há anualmente ações do Programa Saúde na Escola (PSE), em que a AB vai até as escolas e realiza atividades variadas mas o foco não é necessariamente em saúde mental. Ainda no âmbito escolar, ações de esclarecimento aos professores quanto a transtornos de conduta em oposição a transtornos de desenvolvimento já foram solicitadas por uma ONG educacional no território. Assim como em um episódio onde a UBS foi convidada a sensibilizar uma escola referente ao fato de excessivos encaminhamentos de seus alunos ao CAPSi por parte dos professores. Entretanto todas foram ações pontuais e ou eventuais.

“(…) Muitas crianças estavam sendo encaminhadas da escola (…) não sabia o que a UBS poderia oferecer de atendimento, já encaminhava para o CAPS (…)”
(profissional NASF-AB grupo focal)

A comunicação com outros equipamentos do território quanto as questões de SMIJ é eventual, sem espaço ou foco específico e reflete geralmente demandas de casos particulares como as já bem discutidas “cartinhas escolares” e os casos de justiça.

Foi referido um e-mail do Hospital Referência da Região para situações muito graves mas não houve relato de uso dessa comunicação por parte das equipes. Mensalmente há um encontro na subprefeitura com representantes da coordenadoria e de serviços de saúde mental do território para discussão de fluxos. No entanto não é focado em casos infantojuvenis e a participação da AB fica mais restrita a profissionais de saúde mental do NASF-AB. Outras

formas de comunicação se dão pela planilha de crianças prematuras nascidas no Hospital de Referência local que são consideradas de risco para acompanhamento na UBS e pelos já citados casos de justiça.

Os ambientes escolares, educacionais são ambientes onde as crianças e jovens exercitam suas habilidades e vivenciam convívios sociais construindo seu poder de contratualidade e cidadania. Nosso público permanece grande parte do dia nestes ambientes e se desenvolvem pela observação de “seus pares”. Sendo assim é possível considerar que são locais com grande potencial para desenvolvimento de vínculos e promoção de autonomia para os sujeitos. Bem como para detecção e intervenção em agravos de saúde mental (TSZESNIOSKI, 2015). No entanto as escolas e os demais equipamentos do território, como espaços de convivência, grupos comunitários e ONGS parecem não ter tanta clareza de seu papel no apoio aos serviços de saúde para integralidade e longitudinalidade do cuidado dos casos de saúde mental de jovens e adolescentes. (SEBULIBA; VOSTANIS, 2011).

Os casos investigados evidenciaram a importância do território geográfico e existencial na repercussão do desenrolar do processo saúde-doença especialmente no âmbito escolar. Em um deles foi possível observar claramente as repercussões tanto negativa quanto positiva do universo educacional no itinerário terapêutico do caso. Inicialmente quando a adolescente abriu seu quadro de sofrimento psíquico, a ausência da família, o fato de permanecer em casa isolada sem ambientes de troca associado a uma negligência escolar e a pertença a um grupo que se identificava por práticas de auto mutilação, levaram a uma piora progressiva com internações subseqüentes em virtude de uma gravidade crescente. Por outro lado a opção da família de buscar um novo espaço de convivência com ambiente familiar mais presente e continente as necessidades expressas por ela no momento, associado a uma maior gama de envolvimento comunitário com espaços para aprendizado e partilha como o curso de idiomas, a possibilidade de estar como responsável por irmãos menores e a mudança do ambiente escolar favoreceram sobremaneira o desenvolvimento positivo na construção de seu cuidado.

Ao lançarmos nosso olhar a outro caso investigado, fica evidente a busca por parte da mãe desse espaço inclusivo na comunidade que poderia favorecer um desenvolvimento mais amplo de potencialidades e exercício de uma contratualidade por parte de seu filho, já que

referiu que devido a seu comportamento agitado fora de casa, fica muito restrita ao espaço moradia.

"(...) Eu queria saber se tem um lugar para quando ele saísse da escola, ele poder ir, ele poder ir (...) para ele ficar assim mais esperto, só a escola(...)" (entrevista com responsável).

E também é claro em seu discurso a busca deste aspecto inclusivo para que ela como pessoa também possa construir relações e não ficar restrita a vivência exclusiva da dinâmica de vida do filho.

Para os profissionais tanto no grupo focal quanto nas análises de narrativas ficou clara esta dimensão da intersectorialidade para o manejo das necessidades de saúde e ainda de maneira mais particular nas situações de saúde mental. Constatou-se que a UBS não pode e não tem como arcar com todo o aporte necessário para um desenvolvimento positivo de todas as demandas mas ao mesmo tempo considerou-se que falta articulação com os diferentes setores.

"(...) Eu acho que falta articulação com a educação, talvez eles entrando, dando suporte particular melhor (...) buscar ajuda com outros setores que não só a saúde, porque a gente não dá conta de tudo (...)" (profissional ESF grupo focal)

Há limitação das vagas disponíveis ao público em serviços educacionais e recreacionais assim como para serviços de estimulação e reabilitação.

"(...) Se a gente for ver, todo mundo se beneficiaria com uma estimulação, seja autista, o deficiente intelectual, ou a criança que não tem nenhum diagnóstico fechado." (profissional NASF-AB grupo focal)

Avaliando o quinto princípio (território), por meio dos seus dois critérios, podemos considerar que as ações não correspondem ao preconizado em normativas.

9.3 COMO ME SINTO FRENTE À SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL?

A construção dos IT faz um recorte da SMI do ponto de vista dos usuários nesse processo que se dá desde a percepção de sua demanda, seu acolhimento e posterior desenvolvimento de uma resposta/solução. Como a dinâmica do cuidado envolve uma relação entre os sujeitos e os atores na construção da saúde, foi possível analisando os dados identificar um enfoque a partir da percepção dos profissionais. Mesmo não sendo princípio ou

critério da matriz de análise considero que a percepção dos trabalhadores agrega valor a discussão. Além disso confronto esta realidade com a reflexividade inicial do estudo que motivou todo o meu questionamento de pesquisa. Angústia foi a palavra mais de uma vez referida quanto as situações de saúde mental no público pesquisado e considero extremamente apropriada para a real situação em tela. É possível reconhecer que MFC se deparam de maneira repetida com situações com as quais não se sentem aptos ou confortáveis a lidar. Não apresentam formação, tempo e frequentemente não podem contar com apoio dos serviços da RAS/RAPS aos quais se referiram como ambientes onde há uma má vontade em responder e colaborar quando acionados. A frequente rotatividade de profissionais e a dificuldade em partilhar o cuidado tanto com os profissionais do núcleo quanto do apoio especializado, frustram a busca pela integralidade do cuidado. Essa angústia se dá expressamente frente ao paciente nas relações de cuidado, já que esta população adscrita vai sempre retornar a UBS objetivando respostas. O que gera uma pressão crescente para que mesmo sem capacidade para responder a esta demanda os profissionais tomem atitudes que consideraram até como não ideais.

"(...) É a angústia de saber que o paciente é nosso e tem essa responsabilidade sobre aquele paciente, aquela família, e que esse paciente vai voltar para você, ele não passar no CAPS, ele vai passar em você de novo (...) E se o outro não pode fazer, eu vou tentar fazer alguma coisa aqui, para tentar, sei lá..."

"(...) porque a gente trabalha na falta, você não tem recursos para dar conta, de resolver coisas...é uma coisa absurda."

"(...) o ideal seria que hoje, se o pai suspeitasse que o filho tem TDHA, ele teria que ter em mente que a primeira opção não é a medicação (...) É mais fácil dar o remédio (...) mas se você oferece terapia, não tem terapia..."

A assistência a saúde operacionalizada em ESF é uma realidade em expansão , políticas públicas normativas e indutoras são responsáveis por uma oferta crescente de cuidado embasado territorialmente. Os agravos mais prevalentes da população já apresentam fluxos, programas e ações específicas para o desenvolvimento do cuidado. Demandas de ordem emocional e ou psíquica também são agravos prevalentes na população e mais do que qualquer situação de saúde se privilegiam do território para que de fato o cuidado seja multidimensional e integral. Acrescentando ainda a singularidade do público infantojuvenil o contexto local se reveste de potencializador de desenvolvimento em plenitude. O fato dos

profissionais da AB se sentirem angustiados frente a estas demandas em face de tudo o que já foi discutido, evidencia que realizam acolhimento, vínculo e se responsabilizam nestas situações mesmo que julguem não ter o preparo necessário para tal e apesar de todos os obstáculos a serem transpostos.

9.4 MATRIZ DE ANÁLISE E RESULTADOS

Quadro 3 - Resultados da análise dos critérios para avaliação da Saúde Mental Infantojuvenil na Atenção Básica

Princípios	Crítérios	Resultados: Ocorrência na UBS	Escala de conformidade do critério
1) Acolhimento universal	1) Demanda é recebida e ouvida? 2) Há uma resposta?	1) Frequentemente 2) Eventual	1) Atende Plenamente 2) Atende parcialmente
2) A Criança e o adolescente têm direito ao cuidado individualizado	3) Consulta individualizada 4) Construção de PTS	3) Frequentemente 4) Não existe	3) Atende Plenamente 4) Não atende
3) Encaminhamento implicado	5) Realização de referência 6) Recebimento de contrarreferência	5) Frequentemente 6) Não existe	5) Atende Parcialmente 6) Não atende
4) Construção permanente da rede	7) Matriciamento NASF-AB 8) Matriciamento CAPSi 9) Revisão de PTS	7) Frequentemente 8) Frequentemente 9) Não existente	7) Atende Parcialmente 8) Atende Parcialmente 9) Não atende
5) Território & Intersetorialidade na ação do cuidado	10) Realização de ações com as escolas e demais equipamentos do território; 11) Registros de comunicações com demais equipamentos do território	10) Eventual 11) Eventual	10) Atende Parcialmente 11) Atende Parcialmente

Fonte: autora.

Como discutido previamente na análise, podemos observar que os critérios 1 e 3 se adequam às normativas. Os critérios 2, 5, 7, 8, 10 e 11 apresentam aspectos que correspondem ao preconizado mas de forma eventual e/ou parcial, alguns deles necessitando pequenas ações para adequação ao passo que outros necessitam de grandes mudanças de maneira a garantir equidade, integralidade e longitudinalidade no cuidado. Os critérios 4, 6 e 9 são os que necessitam de maiores investimentos para que haja reflexo positivo no cuidado desenvolvido de forma a representar o expresso nas normativas como modelo de cuidado.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo papel hoje representado pela AB considero que ela deve ser o ponto de partida em um processo primeiro de esclarecimento sobre papéis a serem representados pelos atores do cuidado nos diferentes pontos da rede. Como sugestão proponho visitas aos equipamentos e serviços assim como trazer ao conselho gestor esta discussão de maneira a envolver os usuários na edificação deste processo. Simultaneamente um processo contínuo de capacitação em serviço de a maneira a prontificar os profissionais do elenco da AB poderia favorecer as mudanças serem requeridas para adequação aos modelos de cuidado. Buscando um distanciamento da lógica médico centrada e favorecendo o protagonismo de todas as categorias profissionais de forma a identificar e intervir precocemente em todo o contexto de SMIJ.

11 REFERÊNCIAS

- ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria, Pesquisa. Cerca de 5 milhões de crianças demonstram problemas mentais. Disponível em <http://www.abp.org.br/portal/imprensa/pesquisa-abp/>, acessado em 02NOV2017.
- ABREU, Samia; MIRANDA, Ana Aparecida Vilela; MURTA, Sheila Giardini. Programas Preventivos Brasileiros: Quem Faz e como É Feita a Prevenção em Saúde Mental?. *Psico-USF*, v. 21, n. 1, p. 163-177, 2016.
- ALMEIDA, Erika Rodrigues. A gênese dos núcleos de apoio à saúde da família. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.
- ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha. Atenção primária à criança e ao adolescente do século XXI: análise de situação e perspectivas. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada, 2010.
- ALMEIDA, Roberto, et al. Saúde mental da criança e do adolescente. Série Pediatra SOPERJ. Manole, 2019, 2ª edição.
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A.S. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138
- ALVES, Paulo César. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, p. 263-271, 1993.
- APAE-SP, “Sobre a organização”, disponível em <http://www.apaesp.org.br/pt-br/sobre/Paginas/default.aspx>, acessado em 10ABR2-19.
- ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de; LIMA, Maria da Glória. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, p. 541-560, 2011.
- ASSIS, Simone G.; AVANCI, Joviana Quintes; OLIVEIRA, Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 92-100, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, v. 2, p. 121-144, 2003.

- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, cap. 13, p. 399-442, 2006.
- BACKES, Dirce Stein et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*, v. 35, n. 4, p. 438-42, 2011.
- BARONA, Elizaete da Costa. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde e Sociedade*, v. 18, p. 26-36, 2009.
- BAUER, Martin W.; GASKELL, George. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Editora Vozes Limitada, 2017.
- BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, p. 401-412, 2002.
- BORBA, Letícia de Oliveira et al. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46 (6):000-000 www.ee.usp.br/reeusp/
- BOWER, Peter et al. The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review. *Family practice*, v. 18, n. 4, p. 373-382, 2001.
- Brasil, presidência da república, lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 1990.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF, 2008.
- BRASIL, Presidência da República. Decreto nº 7.037 de 21 de dezembro de 2009. Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH-3 e dá outras providências. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL, Presidência da República. Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limites. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro 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 (SUS). Brasília, DF, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.

- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017.
- CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 4433-4442, 2011.
- CARVALHO, Rafael Nicolau et al. Concepções dos profissionais da estratégia saúde da família sobre intervenção precoce em saúde mental. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 12, n. 1, 2013.
- CHOR, Dóra; FAERSTEIN, Eduardo. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. 2000.
- CORREIA, Patrícia Caroline Iacabo; GOULART, Patrícia Martins; FURTADO, Juarez Pereira. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB). *Saúde em Debate*, v. 41, p. 345-359, 2017.
- COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios; Child mental health and Public Health in Brazil: current situation and challenges. *Rev bras psiquiatr*, v. 30, n. 4, p. 390-8, 2008.
- DE OLIVEIRA BORBA, Letícia et al. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 6, 2012.
- DE SÁ, Daniel Graça Fatori et al. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 4, p. 643-652, 2011.
- DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 357-366, 2012.
- DELFINI, Patricia Santos de Souza. Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes. Diss. Universidade de São Paulo, 2010.
- DEVERS, Kelly J. How will we know" good" qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health services research*, v. 34, n. 5 Pt 2, p. 1153, 1999.
- DORIGAN, Juliana Hespanhol; L'ABBATE, Solange. Rede mista: a cross-sectional place to the construction of knowledge and production of mental health practices. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 100, p. 69-79, 2014.

- ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 21, p. 164-176, 2007.
- FACHIN, Odília. *Fundamentos de metodologia*. Saraiva Educação SA, 2001.
- FERREIRA, Thayane Pereira da Silva et al. Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 373-384, 2016.
- FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 129-138, 2009.
- FIOCRUZ, Pense SUS, disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>, acessado em 10 de novembro de 2017.
- FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Artmed, 2008.
- FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Cármen Lúcia. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, p. 545-565, 2014.
- FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, v. 8, n. 1, p. 109-122, 2005.
- FURTADO, J. P. Avaliação de Programa e Serviços em Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, cap. 23, p. 765-794, 2006.
- FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 2671-2680, 2008.
- GARCIA, Grey Yuliet Ceballos; SANTOS, Darci Neves dos; MACHADO, Daiane Borges. *Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários*. 2015.
- GIACOMINI, Mita K. et al. Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid?. *Jama*, v. 284, n. 3, p. 357-362, 2000.
- GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4. ed. Editora Atlas SA, 1995

- GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo, v. 5, n. 61, p. 16-17, 2002.
- GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 1171-1181, 2006.
- HARTZ, Zulmira Maria de Araujo. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1997.
- KNAUTH, D. R., VICTORA, C. Orientações Básicas para Pesquisa Qualitativa. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. Vol 1, cap. 56, p. 488-494.
- JAMOULLIE, M., GUSSO, G. Prevenção Quaternária: primeiro não causar dano. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. Vol 1, cap. 24, p. 205-211.
- JANSSENS, Astrid; PEREMANS, Lieve; DEBOUTTE, Dirk. Conceptualizing collaboration between children's services and child and adolescent psychiatry: A bottom-up process based on a qualitative needs assessment among the professionals. *Clinical child psychology and psychiatry*, v. 15, n. 2, p. 251-266, 2010.
- MADUREIRA, Pedro de Sousa Pizarro. Sistema de Saúde Cubano. 2010. Dissertação de Mestrado., (Universidade de Coimbra / Portugal.
- MAIA, Joviane Marcondelli Dias; WILLIAMS, Lucia Cavalcanti de Albuquerque. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em psicologia*, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2005.
- MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.19, n. 1, p. 61-71, jan./abr. 2008
- MANSUR, Carlos Gustavo. *Psiquiatria para o médico generalista*. Artmed, 2009.
- MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva M. *Fundamentos de metodologia científica* 6ª Ed. Editora Atlas, São Paulo, Brasil, 2009.
- MAYS, Nicholas; POPE, Catherine. Assessing quality in qualitative research. *Bmj*, v. 320, n. 7226, p. 50-52, 2000.
- MENDONÇA CAVALCANTE, Cinthia; BESSA JORGE, Maria Salete; MOURA DOS SANTOS, Danielle Christine. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio

- matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, 2012.
- MINAYO, MC de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília, DF, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, DF, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *PNAB 2012 - Política Nacional de Atenção Básica (Série E. Legislação em Saúde)*. Brasília, DF, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Cadernos de atenção básica, n. 34: Saúde Mental*. Brasília, DF, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Cadernos de atenção básica, n. 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1*. Brasília, DF, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de atenção básica, n. 28: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1*. Brasília, DF, 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica n. 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1*. Brasília, DF, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. *Centros de Atenção Psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília, DF, 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-CAPS>, acessado 01 de março de 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos*, Ministério da Saúde, disponível em <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>, acessado em 10 de fevereiro de 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE garante R\$ 150 milhões para APAEs, disponível em <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41822-ministerio-da-saude-garante-r-150-milhoes-para-apaes>, acessado em 15 de abril de 2019.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos, disponível em <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>, acessado em 26 de julho de 2019.
- MUNDIAL, BANCO. OMS. Relatório mundial sobre a deficiência. World Health Organization, The World Bank, 2011.
- NEVES, R. et al. A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 356-368, 2012.
- O'BRIEN, Bridget C. et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, v. 89, n. 9, p. 1245-1251, 2014.
- OMS e UNICEF. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; URSS
- ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 1053-1062, 2006.
- ONU. Resolução nº 61/106: Convenção dos direitos das pessoas com deficiência. Nova Iorque, EUA, 2006.
- PAULA, Cristiane S. et al. Como aprimorar a assistência à saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros: ações recomendadas para o sistema público. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 34, no. 3 (2012): 334-341.
- PITTA, Ana Maria Fernandes. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2001.
- PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, Governo do Estado de São Paulo, “Organizações Sociais”, disponível em <http://www.transparencia.sp.gov.br/organizacoes.html>, acessado em 09 de setembro de 2019.
- PRATA, Nina Isabel Soalheiro dos Santos et al. Mental health and primary health care: territory, violence and the psychosocial approaches challenge. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, n. 1, p. 33-53, 2017.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, A dinâmica do IDH-M e suas dimensões entre 2000 e 2010 no Município de São Paulo, *Informes Urbanos nº 29 – Novembro/2017*, disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Informes_Urbanos/29_Dimensoes_IDH-M.pdf, acessado em 11 de Setembro de 2019.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, Dados demográficos dos distritos pertencentes às Subprefeituras em 29MAI2019, disponível em

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758, acessado em 11 de Setembro de 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS) em 17JUN2019, disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347, acessado em 11 de setembro de 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, GeoSampa, disponível em http://geosampa.prefeitura.sp.gov.br/PaginasPublicas/_SBC.aspx, acessado em 11 de setembro de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Cadernos de atenção básica, n. 39:. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. Brasília, DF, 2013.

RÉZIO, Larissa de Almeida et al. Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à Saúde da Família. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, p. 793-803, 2015.

RIGHI, Liane Beatriz et al. Apoio para a Produção de Redes de (em) Saúde: efeitos de percursos formativos em humanização da atenção e gestão do SUS. Saúde & Transformação Social/Health & Social Change, v. 5, n. 2, 2014.

RIGHI, Liane Beatriz. Redes de atenção à saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica. Ministério da Saúde, organizador. Cadernos Humanizados: Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, p. 59-74, 2010.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.37-59. (

SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque de. A integração da Saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, p. 797-798, 2014.

SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois et al. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. Saúde em Debate, v. 41, p. 694-706, 2017.

SBIBAE – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, Estratégia Saúde da Família em 10 de Dezembro de 2015, disponível em <https://www.einstein.br/responsabilidade-social/parcerias-publicas/estrategia-saude-familia>, acessado em 11 de setembro de 2019.

SBP – SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, Departamento Científico de Adolescência. Manual de Orientação: Atualização sobre Inclusão de Crianças e Adolescentes com Deficiência. Nº 3, Rio de Janeiro, RJ, 2017.

- SBP – SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, Departamento Científico de Adolescência. Manual de Orientação: “Consulta do Adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. Nº 10, Janeiro de 2019.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde, disponível em <http://www.cross.saude.sp.gov.br/>, acessado em 11 de Setembro de 2019.
- SEBULIBA, Dorothy; VOSTANIS, Panos. Child and adolescent mental health training for primary care staff. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, v. 6, n. 2, p. 191-204, 2001.
- SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2017.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do trabalho científico*. Cortez editora, 2017
- SINIBALDI, Barbara. "Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis." *Revista de Psicologia da UNESP* 12.2 (2013): 61-72.
- SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva et al. Núcleo de apoio à saúde da família: uma avaliação da integralidade, resolubilidade e coordenação do cuidado. 2016. Tese de Doutorado.
- SOUZA, Dilmara Veríssimo de; ZIONI, Fabiola. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das representações sociais e a técnica qualitativa da triangulação de dados. *Saúde e Sociedade*, v. 12, p. 76-85, 2003.
- TANAKA, Oswaldo Yoshimi; LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 1845-1853, 2006.
- TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 477-486, 2009.
- TARGA, L., OLIVEIRA, F. Cultura, Saúde e Médico de Família. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. Vol 1, cap. 6, p. 52-59.
- TELLES; HPRS. Infância e saúde mental: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas. São Paulo; 2006 [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública USP].

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 941-951, 2017.

TESSER, Charles Dalcanale. Family Health Support Teams, potentialities and barriers: the primary care health outlook. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 62, p. 565-578, 2017.

TSZESNIOSKI, Luíse de Cássia et al. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 363-370, 2015.

YIN, Robert K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Bookman, 2015.

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FAMÍLIAS – MODELO 1

Prezada Família, gostaria de convidar vocês para o estudo que quer entender melhor a atenção à Saúde Mental Infantil!

O título desta pesquisa é “*Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) e a Saúde Mental Infantil na Atenção Básica*” e está sendo desenvolvida por mim, Aline Silva Markoski dos Santos, do Mestrado Profissional em Medicina de Família da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, sob a orientação do Professor Doutor Juarez Pereira Furtado.

Os objetivos do estudo são analisar a condução dos casos de saúde mental em crianças atendidas nas Unidades Básicas (UBS) com colaboração dos Núcleos de Saúde da Família de referência. A finalidade deste trabalho é contribuir para que haja um atendimento integral e de qualidade a crianças com problemas de saúde mental e suas famílias consequentemente.

Solicitamos a sua colaboração para participar das entrevistas e autorização para coleta de dados de prontuário de seus filhos e atas de reunião de suas atividades na UBS (como consultas, participações em grupos), como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e ou internacional. **Todos os nomes serão mantidos em sigilo absoluto e não será registrado.**

Esclarecemos que sua participação ou a participação do menor ou outro participante pelo qual é responsável no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Também não há nem despesa, nem compensação financeira de qualquer espécie referente à sua participação. **Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir dele**, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Unidade Básica de Saúde. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente sua contribuição permitirá melhor compreensão do atendimento à saúde mental infantil na atenção básica.

Por se tratar de entrevistas, vossa participação nesse estudo **não implicará em risco físico e de qualquer tipo. Há pouquíssima probabilidade de desconforto ou constrangimento.** A duração da entrevista é de 10 a 20 minutos e você pode interrompê-la a qualquer momento, sem precisar se justificar e responder somente as perguntas que desejar.

Aline Silva Markoski dos Santos
Pesquisadora

Considerando que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via deste documento.

São Paulo/SP, __ de _____ de 20__.

Assinatura do participante ou responsável legal

(Impressão Digital/Dactiloscópica)

Contato com a Pesquisadora Responsável: caso haja dúvidas ou necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Aline Silva Markoski dos Santos, telefone (11) 94570-5552 ou pra o Comitê de Ética da Unifesp (CEP), Rua Professor Francisco de Castro, 55 CEP 04020-050, tel (11) 5571-1062, 5539-7162, e-mail cep@unifesp.edu.br. Dúvidas e denúncias quanto à questões éticas, entrar em contato com CEP da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo, tel (11) 3397-2464, e-mail smscep@gmail.com.

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FAMÍLIAS – MODELO 2

Queridas famílias da nossa UBS, gostaria de convidar vocês para partipar da minha pesquisa de Mestrado! Com esta pesquisa quero entender melhor o cuidado à Saúde Mental Infantil!

O título desta pesquisa é “*Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) e a Saúde Mental Infantil na Atenção Básica*”, eu sou Aline Silva Markoski dos Santos médica de família e comunidade e pediatra. Sou aluna (do Mestrado Profissional em Medicina de Família da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP e o Professor Doutor Juarez Pereira Furtado é meu orientador.

Uma pesquisa, de maneira simples é um estudo que para ficar mais completo e ajudar a responder perguntas importantes, pode precisar de entrevistas, acompanhamento de consultas e atividades que fazemos aqui no Posto, (leitura de prontuários e de outras formas de registro que acontecem no dia a dia da unidade básica de Saúde.

Com estas informações quero ver como está o cuidado dos casos de saúde mental em crianças atendidas nas Unidades Básicas (UBS) com colaboração dos Núcleos de Saúde da Família de referência. Espero assim poder ajudar (para que haja um atendimento integral e de qualidade a crianças com problemas de saúde mental e suas famílias.

Para que você e seus filhos se sintam protegidos e seguros sobre a seriedade do estudo e do sigilo (segredo) das informações sabidas, este documento serve para explicar o que acontecerá e com quem vocês podem falar sobre dúvidas do estudo ou de questões éticas (respeito a vocês que estão colaborando com o estudo).

Portanto gostaria de pedir **a sua colaboração para participar das entrevistas e autorização para que eu possa ler e copiar informações de prontuários da família e de seus filhos e também de outros registros aqui no Posto de Saúde como:** atas de reunião de suas atividades na UBS (consultas, participações em grupos) e reuniões de equipe que discutem sobre o seu cuidado. Peço também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e ou internacional. **Todos os nomes serão mantidos em sigilo (segredo) absoluto e não serão nem registrados.**

Posso dizer a vocês que sua participação ou a participação do seu filho ou de alguém pelo qual é responsável no estudo é livre e espontânea. Você não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com o que estou pedindo. Também não há nem despesa (gasto) nem compensação financeira de qualquer espécie referente à sua participação. **Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir dele,** tudo bem. Não sofrerá nenhum mal, nem haverá mudança em tudo que você já recebe e participa aqui na Unidade Básica de Saúde. Estarei à disposição para qualquer esclarecimento que ache importante em qualquer etapa da pesquisa. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, sua contribuição permitirá melhor compreensão do atendimento à saúde mental infantil na atenção básica.

Por se tratar de entrevistas, sua participação nesse estudo **não implicará em risco na saúde do corpo de qualquer tipo. Há uma pequena chance de se sentir desconfortável ou envergonhado.** A duração da entrevista é de 10 a 20 minutos e você pode parar a hora que quiser sem precisar se explicar e responder somente as perguntas que desejar.

Aline Silva Markoski dos Santos
pesquisadora

Considerando que me disseram da importância e ajuda que o estudo pode trazer, me explicaram como será minha participação, dos acontecimentos e riscos que podem acontecer no estudo, declaro que concordo em participar da pesquisa e concordo também que as informações que apaecerem no estudo sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou informado que terei uma cópia deste documento.

São Paulo/SP, __ de _____ de 20__.

Assinatura do participante ou responsável legal

(Impressão Digital/Dactiloscópica)

Contato com a Pesquisadora Responsável: caso haja dúvidas ou necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Aline Silva Markoski dos Santos, telefone (11) 94570-5552 ou pra o Comitê de Ética da Unifesp (CEP), Rua Professor Francisco de Castro, 55 CEP 04020-050, tel (11) 5571-1062, 5539-7162, e-mail cep@unifesp.edu.br. Dúvidas e denúncias quanto à questões éticas (segredo das informações e respeito aos participantes), entrar em contato com CEP da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo, tel (11) 3397-2464, e-mail smscep@gmail.com.

ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TRABALHADORES UBS/GRUPOS FOCAIS

Prezado (a) Senhor (a), gostaria de convidar você para participar deste estudo, que quer entender melhor a atenção à Saúde Mental Infantil!

o título desta pesquisa é “*Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) e a Saúde Mental Infantil na Atenção Básica*” e está sendo desenvolvida por mim, Aline Silva Markoski dos Santos, do Mestrado Profissional em Medicina de Família da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, sob a orientação do Professor Doutor Juarez Pereira Furtado.

Os objetivos do estudo são analisar a condução dos casos de saúde mental em crianças atendidas nas Unidades Básicas (UBS) com colaboração dos Núcleos de Saúde da Família de referência. A finalidade deste trabalho é contribuir para que haja um atendimento integral e de qualidade a crianças com problemas de saúde mental e suas famílias consequentemente.

Solicitamos a sua colaboração para participar das entrevistas e nos grupos focais, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e ou internacional. **Seu nome será mantido em sigilo absoluto e não será registrado.**

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. (Também não há nem despesa, nem compensação financeira de qualquer espécie referente à sua participação. **Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir dele**, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na UBS. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. (Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente sua contribuição permitirá melhor compreensão do atendimento à saúde mental infantil na atenção básica.

Por se tratar de entrevistas, vossa participação nesse estudo **não implicará em risco físico de qualquer tipo. Há pouquíssima probabilidade de desconforto ou constrangimento.** A duração da entrevista é de 10 a 20 minutos e você pode interrompê-la a qualquer momento, sem precisar se justificar e responder somente as perguntas que desejar.

Aline Silva Markoski dos Santos
Pesquisadora

Considerando que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via deste documento.

São Paulo/SP, ___ de _____ de 20__.

Assinatura do participante

Contato com a Pesquisadora Responsável: caso haja dúvidas ou (necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Aline Silva Markoski dos Santos, telefone (11) 94570-5552 ou pra o Comitê de Ética da Unifesp (CEP), Rua Professor Francisco de Castro, 55 CEP 04020-050, tel (11) 5571-1062, 5539-7162, e-mail cep@unifesp.edu.br. Dúvidas e denúncias quanto à questões éticas, entrar em contato com o CEP da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo, tel (11) 3397-2464, e-mail smscep@gmail.com.

ANEXO IV - PARECER APROVADO DO CEP DA UNIFESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA(NASF) E A SAÚDE MENTAL INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 89110718.6.0000.5505

Instituição Proponente: Departamento de Ciências do Movimento Humano

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.939.419

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0493/2018; projeto aprovado em 02 de Agosto de 2018.

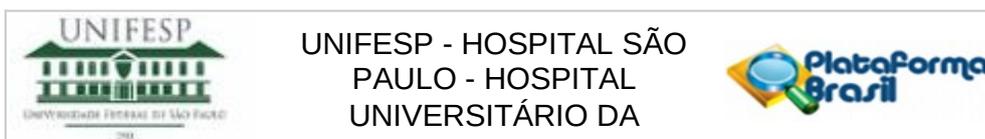
Trata-se de emenda (E1) ao projeto.

HIPÓTESE DO PROJETO ORIGINAL:

Assistir o indivíduo em todas as fases de sua vida, na integralidade de suas necessidades e na proximidade do seu domicílio e ou de seu local de trabalho é o que prevê a Política de Saúde do SUS. Na prática é possível identificar que os cuidados ofertados à infância para além da puericultura (assistência do recém nascido até os 2 anos) parecem estar preteridos. De uma maneira mais específica crianças e adolescentes com questões de saúde mental parecem estar delegados a outros pontos de cuidado nas Redes de Saúde, através de um sistema de referências com pouco ou nenhum envolvimento dentro da Atenção Básica. Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) referências multiprofissionais para ampliar e proporcionar maior e melhor resolubilidade da assistência em saúde mental infantil (dentre outras necessidades dos usuários) não demonstra envolver-se com estas questões da maneira necessária.

-HIPÓTESE: A Saúde Mental Infantil tem sido um cuidado preterido na Atenção Básica.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.939.419

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS DO PROJETO ORIGINAL:

- OBJETIVO GERAL: Analisar o cuidado efetivado a saúde mental infantil na APS. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS: a) Avaliar o cuidado em saúde mental infantil por meio da articulação com os NASF dentro da APS. b) Avaliar o cuidado em saúde mental infantil por meio da articulação entre a APS e demais pontos de atenção da RS (CAPS, ambulatórios de especialidade e hospitais). c) Analisar a implementação das diretrizes do SUS para o cuidado da saúde mental infantil nos casos propostos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem alteração em decorrência da emenda

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda (E1) ao projeto.

Motivo da emenda:

Trata-se de emenda para inclusão de centro co participante.

Centro Coparticipante: COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL; responsável: Lucia Helena

Azevedo;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

carta justificativa da emenda, carta de anuência do centro coparticipante

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

emenda aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer acatado pelo colegiado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_119270	31/08/2018		Aceito

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.939.419

Básicas do Projeto	_E1.pdf	20:57:50		Aceito
Outros	RespostaPendenciaCEP_31AGO2018.pdf	31/08/2018 20:57:08	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Outros	RespostaPendenciaCEP_16AGO2018.pdf	16/08/2018 22:17:03	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ParecerCoordenadoriaRegionaldeSaudeSul_lowres.pdf	02/08/2018 22:58:49	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Outros	RespostaParecerCEP_AlineSantos.pdf	20/06/2018 05:23:22	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PreProjetoAlineRev21_comComentarios.pdf	20/06/2018 05:21:39	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Assentimento_Rev21.pdf	20/06/2018 05:21:24	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Outros	FormularioCEPProfJuarezalunaAline17abr18.pdf	02/05/2018 22:03:29	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	PlataformaBrasilProfJuarezalunaAline17abr18.pdf	02/05/2018 22:02:02	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

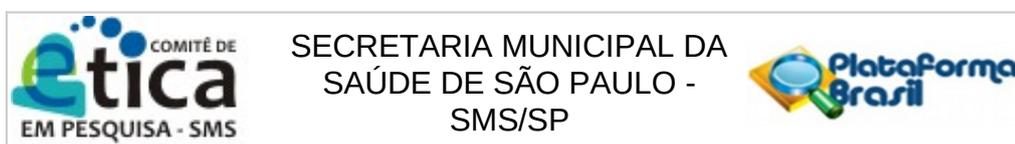
Não

SAO PAULO, 04 de Outubro de 2018

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

ANEXO V - PARECER APROVADO DO CEP DA PREFEITURA DE SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA(NASF) E A SAÚDE MENTAL INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 89110718.6.3001.0086

Instituição Proponente: COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.085.819

Apresentação do Projeto:

Trata-se de 4º parecer, baseado nas respostas e documentos postados em atendimento ao 3º parecer, em que eram solicitadas adequações do TCLE, para o adequado entendimento do participante da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Confirmar a hipótese de que a Saúde Mental Infantil tem sido um cuidado preterido na Atenção Básica. **Secundário:** Saber como e porque estes cuidados estão sendo preteridos na atenção básica apesar da colaboração interprofissional especializada com as equipes NASF de referência. **ESPECÍFICOS** a) Avaliar o cuidado em saúde mental infantil por meio da articulação com os NASF dentro da APS. b) Avaliar o cuidado em saúde mental infantil por meio da articulação entre a APS e demais pontos de atenção da RS (CAPS, ambulatórios de especialidade e hospitais). c) Analisar a implementação das diretrizes do SUS para o cuidado da saúde mental infantil nos casos propostos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos se referem ao constrangimento que alguns podem experimentar ao participarem das entrevistas, dos grupos focais e de se saberem sob observação da pesquisadora, durante as atividades em grupo terapêutico. A análise cuidadosa das atividades realizadas, proposta por este estudo, pode trazer benefícios diretos para os participantes, pois ao apontar falhas e qualidades

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

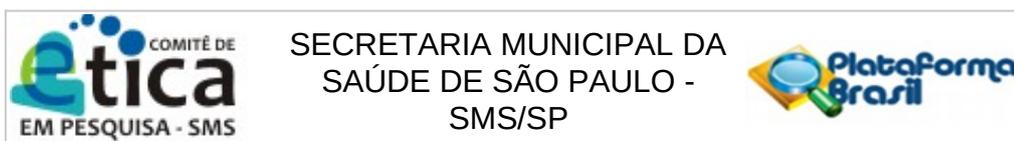
CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.085.819

dos serviços de saúde mental infantil, podem permitir a minimização das primeiras e potenciação das segundas, propiciando assim uma maior qualidade dos serviços prestados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem elaborado e de grande relevância, pelos motivos já apontados no item relativo aos benefícios. Infelizmente a pesquisadora informou que excluiu a estratégia de coleta de dados "Observação Participante", o que torna a análise da situação (triangulação) menos robusta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos obrigatórios, com as seguintes respostas da pesquisadora às nossas solicitações constantes no último parecer: 1) Nova versão do TCLE mais acessível aos participantes, conforme recomendação.

2) Como não há entrevista com crianças e adolescentes, o termo de assentimento foi retirado.

3) "Observação Participante" retirada do projeto.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicitação atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

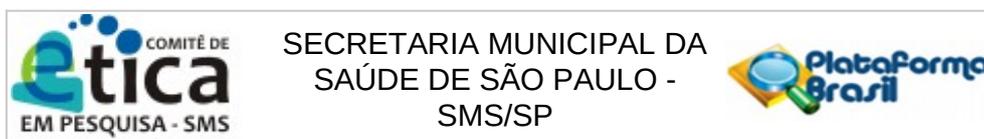
UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

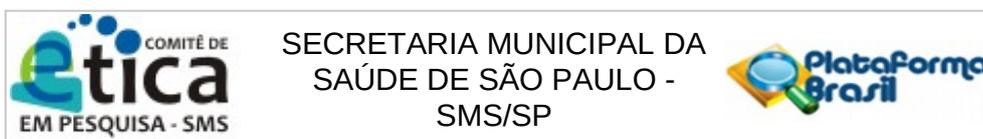


Continuação do Parecer: 3.085.819

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1233989.pdf	04/12/2018 22:48:20		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RespostaParecerCEP_Prefeitura_AlineSantos3.pdf	11/11/2018 22:51:05	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_rev23_1.pdf	11/11/2018 22:49:38	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Brochura Pesquisa	PreProjetoAlineRev23_1.pdf	11/11/2018 22:48:56	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_rev23.pdf	21/10/2018 23:04:30	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Outros	RespostaParecerCEP2972747Prefeitura_AlineSantos.pdf	21/10/2018 23:04:12	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PreProjetoAlineRev23.pdf	21/10/2018 22:59:56	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_rev22.pdf	14/10/2018 22:12:52	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PreProjetoAlineRev22.pdf	14/10/2018 22:11:55	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	14/10/2018 22:11:35	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Outros	RespostaPendenciaCEP_31AGO2018.pdf	31/08/2018 20:57:08	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Outros	RespostaPendenciaCEP_16AGO2018.pdf	16/08/2018 22:17:03	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Outros	RespostaParecerCEP_AlineSantos.pdf	20/06/2018 05:23:22	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PreProjetoAlineRev21_comComentarios.pdf	20/06/2018 05:21:39	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_Assentimento_Rev21.pdf	20/06/2018	ALINE SILVA	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar**Bairro:** Vila Buarque**CEP:** 01.223-010**UF:** SP**Município:** SAO PAULO**Telefone:** (11)3397-2464**E-mail:** smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.085.819

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Assentimento_Rev21.pdf	05:21:24	MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito
Outros	FormularioCEPProfJuarezalunaAline17abr18.pdf	02/05/2018 22:03:29	ALINE SILVA MARKOSKI DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 15 de Dezembro de 2018

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com