



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ- UFC
CAMPUS SOBRAL
CURSO DE PSICOLOGIA

RUANNA F. OSTERNO LEORNE

**INVESTIGAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS INTERFACES ENTRE O SERVIÇO DE
SAÚDE (CAPS) E SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS) EM UM
MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO INTERIOR DO CEARÁ**

SOBRAL

2016

RUANNA F. OSTERNO LEORNE

**INVESTIGAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS INTERFACES ENTRE O SERVIÇO DE
SAÚDE (CAPS) E SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS) EM UM
MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO INTERIOR DO CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia, departamento de Ciências Humanas da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Ms. Alex Viana Brito

SOBRAL

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L591i Leorne, Ruanna Frota Osterno.
INVESTIGAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS INTERFACES ENTRE O SERVIÇO DE SAÚDE (CAPS) E
SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS) EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO
INTERIOR DO CEARÁ / Ruanna Frota Osterno Leorne. – 2017.
45 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral,
Curso de Psicologia, Sobral, 2017.
Orientação: Prof. Me. Alex Viana Brito.

1. Interface. 2. Intersetorialidade. 3. Psicologia. 4. CRAS. 5. CAPS. I. Título.

CDD 150

2016

RUANNA F. OSTERNO LEORNE

**INVESTIGAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS INTERFACES ENTRE O SERVIÇO DE
SAÚDE (CAPS) E SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS) EM UM
MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO INTERIOR DO CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Psicologia,
departamento de Ciências Humanas da
Universidade Federal do Ceará – *Campus*
Sobral como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Alex Viana Brito (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^ª. Dra. Camilla Lopes Viera
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Ms. Gilmário Rebouças
Faculdade Luciano Feijão - FLF

Dedicado a Ana Glaisy Frota Osterno Leorne

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai Gaudêncio Leorne Filho e a minha mãe Ana Glaisy Frota Osterno Leorne agradeço os tantos afetos, estrutura e apoio de toda uma vida.

Agradeço a Professora Dra. Camilla Lopes por todo aprendizado proporcionado e por se aventurar comigo na construção dessa produção.

Ao Mestre Alex Viana Britto pela paciência, parceria e pelas ricas contribuições nesta produção.

A todo o corpo docente da Universidade Federal do Ceará do curso de graduação em Psicologia, Campus Sobral, pela excelência na formação profissional e pessoal. Agradeço estes por me tornarem mais humana.

*A coisa nenhuma deveria ser dado um nome, pois há perigo de que esse nome a
transforme*

Virginia Woolf

RESUMO

O ponto de partida dessa produção finca-se nas redes de cuidados (na área da saúde e na assistência social) aos cidadãos com base nos projetos políticos criados na tentativa de atendimento as demandas da saúde, da educação, da assistência, entre outras, que atravessam a existência de todo sujeito. Pretendemos nesse estudo investigar se ocorre a interface entre os Serviços de Saúde e os Serviços de Assistência tomando como instituições de referência o CAPS (Serviço de Saúde) e o CRAS Sede (Serviço de Assistência) e a Saúde Mental como área estratégica a partir de bibliografias já publicadas, relatos de usuários, profissionais e gestores com o objetivo de analisar se existe potencialidades nessas interfaces e identificar possíveis dificuldades nessas relações. A experiência de pesquisar essa temática nos alertou ao fato do quão complexa é a interface entre redes que historicamente se constroem de modo paralelo, mas que abrigam em seus cernes a proposta da integralidade, do cuidado e da intersetorialidade. Esse trabalho é um convite para que nos detenhamos mais a essa questão.

Palavras-chaves: Interface, CAPS, CRAS, intersetorialidade, psicologia.

ABSTRACT

The starting point of this production is established in the care networks (in health and social assistance) to citizens, which is based on political projects created in an attempt to service the demands of health, education, assistance, and others, crossing the existence of every individual. Through this study, we investigate the occurrence of interface between the Health Service and the Social Care Services taking CAPS (Health Service) as a reference institution and CRAS Headquarters (Assistance Service) and the Mental Health as strategic areas, from bibliographies already published and from reports from users, professionals and managers in order to analyze the existence of potential in these interfaces and to identify possible difficulties in these relations. The experience of researching this topic alerted us to the fact of how complex the interface between networks, which historically are built in parallel, but that house in their cores the proposal of comprehensiveness, of care and of intersectoriality. This work is an invitation for us to further deepen this issue.

Keywords: Interface, CAPS, CRAS, intersectoriality, psychology

SUMÁRIO

1. Primeiros questionamentos e caracterização dos territórios	p.10
2. Nosso percurso e os instrumentos de investigação	p.16
3. Análise das entrevistas	p.23
4. Considerações finais	p.31
5. Referências	p.33
6. Anexos	p. 34

INVESTIGAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS INTERFACES ENTRE O SERVIÇO DE SAÚDE (CAPS) E SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS) EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO INTERIOR DO CEARÁ

Autora: Ruanna F. Osterno Leorne

Co-autores: Alex Viana Brito

Camilla Lopes Vieira

Francisco Gilmário Rebouças Júnior

1. Primeiros questionamentos e caracterização dos territórios

O ponto de partida dessa produção finca-se nas redes de cuidados (na área da saúde e na assistência social) aos cidadãos com base nos projetos políticos¹ criados na tentativa de atendimento as demandas da saúde, da educação, da assistência, entre outras, que atravessam a existência de todo sujeito. A premissa do trabalho em rede circunda tanto a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) como a do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) desde suas concepções. A rede idealizada por essas Políticas Públicas é formada por vários pontos que se comunicam, são partes construtivas dessa configuração e que devem se retroalimentar, “as redes possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes”. (BRASIL, p.12, 2009). Partindo dessa premissa, nossa investigação se dará nesses emaranhados, começando pelos princípios norteadores das leis² que se consolidam dia-a-dia na tentativa de abarcar as necessidades básicas, e em alguns casos, extremas dos sujeitos.

Os princípios e diretrizes que norteiam a rede SUS são: o acesso universal, a equidade e a integralidade, considerando os territórios e a descentralização das ações como princípios organizativos. De modo semelhante, o SUAS rege-se pela universalização dos direitos sociais, pelo respeito à dignidade dos cidadãos e pela igualdade de direitos no acesso ao atendimento, também considerando os territórios e a gestão descentralizada. A máxima do SUS concebe a “saúde como direito de todos e dever de Estado” e o SUAS, por sua vez, caracteriza a assistência social como direito do

¹ Projetos regulamentados pelas leis 8.080, 8.142 (SUS) e 12.435 (SUAS).

² Leis que regulamentam o SUS e o SUAS.

cidadão e dever do Estado, afirmando uma Política de Seguridade Social não contributiva. O cidadão é o chamado sujeito detentor de direitos para quem essas políticas são destinadas bem como é o sujeito que denuncia as lacunas dos serviços e que é convocado a participar da construção desses projetos. A rede de atenção da saúde e da assistência social deve servir para o cidadão por entendermos que “(...) o fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento” (BRASIL, p. 12, 2009).

Explicito os primeiros apontamentos, compreendendo que investigar as redes que constroem e sustentam o SUS e o SUAS é um trabalho complexo, e tendo em vista que existem “n” objetos de estudos em meio a essas temáticas, pretendemos nesse estudo investigar se ocorre a interface entre os Serviços de Saúde e os Serviços de Assistência Social em um município no interior do Ceará tomando como instituições de referência o CAPS (Serviço de Saúde) e o CRAS Sede (Serviço de Assistência) e a Saúde Mental como área estratégica a partir de bibliografias já publicadas, relatos de profissionais e gestores com o objetivo de analisar se existe potencialidades nessas interfaces e identificar possível dificuldades nessas relações. Seguindo esse fluxo, se nosso primeiro movimento foi apresentar nossa pretensão, o segundo movimento gira em torno de apresentarmos a base de nossa inquietação e os territórios escolhidos.³

O interesse⁴ em pesquisar o tema surgiu a partir de diálogos com profissionais da área da assistência⁵ no município a respeito dos impasses que circundam os atendimentos em torno da saúde mental, mas especificamente no que se refere ao acolhimento⁶ de crianças, e também por meio do questionamento sobre o modo como os Serviços de Saúde se comunicam com os Serviços de Assistência Social para se articularem na busca por minimizar as lacunas dos serviços em relação ao que diz respeito à saúde mental, tomando por base a ideia de que deveria ocorrer comunicação entre as redes mencionadas. Sabe-se que há uma fronteira enorme entre esses serviços e

³ A escolha pelas instituições citadas acima ocorreu por optamos por instituições que possuíam psicólogos nas equipes de profissionais, já que o interesse em estudar o tema surgiu a partir de diálogos com profissionais do campo da psicologia, como será explicado de modo mais detalhado nas páginas seguintes.

⁴ Esse interesse também diz respeito ao meu processo de formação profissional, que nesse final de ciclo me convoca pensar nessas provocações em termos de práxis

⁵ Tais diálogos não só ajudaram a delimitar o tema como também abriram espaço para que pesquisássemos sobre o tema nas referidas instituições que apresentamos, justificando também nossa escolha de territórios.

⁶ Nesse ponto podemos abrir espaço para discussões sobre a prática clínica que vai desde a psicoterapia as outras estratégias de cuidado e que circundam e atravessam o modo como tais serviços se articulam.

até mesmo entre os serviços de uma mesma rede, mas aqui não foi negada a potência da conexão dessas interfaces, considerando que tais serviços podem ser ao mesmo tempo conexos e bem peculiares.

Por meio desses diálogos nos detivemos a pensar nessas conexões ou na falta delas e a partir disso é que surgiu a escolha do tema, bem como do campo de pesquisa, que foi delimitado, a priori, a partir das lacunas existentes entre as instituições CAPS (Instituições dos Serviços de Saúde) e o CRAS Sede (Instituição dos Serviços de Assistência Social). Lacunas essas denunciadas, principalmente, pelo embaraço que permeia o atendimento de crianças classificadas como “diferentes”. No município não existe CAPS específico para crianças, e pelas histórias que chegam aos profissionais, dificilmente as crianças são atendidas em caráter de acompanhamento psicoterápico, e esse fato é o embaraço que nos referimos anteriormente e se configura pelas “sutis” classificações que são dadas as crianças que fogem, por exemplo, do estereótipo de criança comportada e convocam os profissionais a se responsabilizarem pelo atendimento de crianças que intrigam do ponto de vista da lógica normativa⁷, mas nos deteremos mais detalhadamente a essa e outras questões mais adiante. Descreveremos agora a configuração das instituições escolhidas.

Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) são instituições que representam, antes de tudo, os frutos da luta antimanicomial e configuram-se como sendo estratégia da reforma psiquiátrica (embora na atualidade enfrentemos alguns retrocessos e reordenamentos que tem buscado afetar essa reforma) que integram a rede de saúde do SUS e é regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Tomando as palavras do Ministério da Saúde, os CAPS são:

instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. (BRASIL, p 9, 2009).

Os CAPS são dispositivos que devem estar articulados tanto a rede de serviços de saúde como as outras redes sociais para funcionar como rede de cuidado frente à complexidade que é trabalhar saúde mental com base na inclusão de sujeitos que são

⁷ Tomando a palavra “normativa” como um termo relativo a estereótipos, padrão ou idéias a serem seguidos.

excluídos da sociedade por conta dos chamados “transtornos mentais” (BRASIL, 2009). Um dos objetivos principais dos CAPS é o de oferecer cuidados psicossociais e promover a inclusão buscando romper com estigmas e estereótipos naturalizados em nosso meio, ou seja, busca efetivar o exercício da cidadania “pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (Ibid.) e também atua com a atenção à saúde centrada na família, assim como as demais Políticas Públicas.

Um CAPS é instituído em territórios de grande abrangência populacional e que demandem serviços psicossociais e atende a indivíduos que apresentem intensos sofrimentos psíquicos, bem como busca promover o cuidado de modo integral, convocando profissionais de várias especialidades, os familiares e a sociedade como um todo. O acesso ocorre por demanda espontânea e por encaminhamento da rede de saúde ou de outras instâncias como a rede de assistência e educação. E desde o acolhimento procura-se estabelecer vínculo com o usuário e com as demais instituições que compõem a rede de saúde.

O CAPS do município escolhido é um dispositivo do tipo II, destinado ao atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. O dispositivo, enquanto instituição ligada à questão da saúde mental surgiu no município em 1975 quando ainda era chamado de “Unidade Sanitária”, funcionando como uma espécie de Unidade Básica de Saúde e atendia toda a região do Baixo Acaraú⁸. Somente depois dos primeiros movimentos da psiquiatria é que passou a se chamar de CAPS e começou a atender as demandas com base na descentralização das ações/gestão.

A equipe desse CAPS é composta por dois psiquiatras, uma psicóloga, um enfermeiro, uma psicopedagoga e uma assistente social. As atividades que ocorrem em maior frequência são: triagem, acolhimento, atendimentos individuais e em grupo. O caráter da frequência dos atendimentos geralmente é mensal, mas o estado do paciente também regula essa frequência. Quanto mais grave a demanda, maior a necessidade de cuidado. A prioridade destinada aos atendimentos segue uma ordem definida pelos gestores e profissionais: 1º- Paciente em crise; 2º – Idosos, 3º – Gestantes e 4º – Crianças. Os atendimentos ocorrem durante dois turnos (manhã e tarde) de segunda a

⁸ Informações prestadas por um dos entrevistados. Não houve informações de modo detalhado sobre como a forma como ocorria a produção de cuidados nessa unidade.

quinta e em um turno (manhã) na sexta. A forma de acesso ocorre por demanda espontânea ou por meio de encaminhamentos da rede de saúde e de outros setores da rede do município.

O Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) é uma unidade que compõe o Sistema Único de Assistência Social que oferta serviços continuados de proteção social básica⁹ com centralidade na família e ênfase no território (BRASIL, 2011), onde o trabalho deve privilegiar a dimensão socioeducativa da Política de Assistência. O CRAS funciona como a porta de entrada pela qual os usuários podem ter acesso à rede de proteção do SUAS e um de seus objetivos principais é o de combater situações de vulnerabilidade social de territórios que apontem indicadores de risco. As ações desenvolvidas nos CRAS visam favorecer o protagonismo dos usuários afim de que se tornem autônomos e conscientes dos seus direitos, bem como capazes de superar situações de vulnerabilidade.¹⁰

O CRAS também tem como funções: Prevenir as situações de risco em seu território de abrangência fortalecendo vínculos familiares e comunitários; Articular e fortalecer a rede de Proteção Social Básica local; Ofertar o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) e outros serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica, para as famílias, seus membros e indivíduos em situação de vulnerabilidade social. (Ibid.).

Como já dito anteriormente, o CRAS oferta seus serviços com matricialidade na família, as ações se organizam tomando por base os indivíduos de uma família, buscando respeitar a diversidade dos arranjos familiares e de vínculos, principalmente os que se encontram em situações de vulnerabilidade. Outro público com prioridades são os beneficiários do Bolsa Família, do Benefício de Prestação Continuada e de outros benefícios da Assistência Social.

O CRAS é estruturado basicamente por dois serviços, o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). O PAIF é a peça fundamental do CRAS, que instituiu outra política de assistência, que busca romper com a lógica assistencialista, clientelista e segmentada, e

⁹Níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial

¹⁰ De certo modo, as ações em saúde também buscam promover o bem estar seguindo os caminhos do protagonismo e da autonomia, por meio das regulamentações vigentes.

procura operar por meio da prevenção de situações de vulnerabilidade com foco na participação das famílias no serviço (PNAS, 2004). Busca operacionalizar as ações por meio da proatividade e da territorialização, de modo que crianças, adolescentes, jovens e idosos possam participar ativamente das ações desenvolvidas nos espaços do CRAS, contribuindo principalmente com o planejamento das ações e das avaliações dos serviços de modo que rompa com a lógica citada acima.

O SCFV por sua vez, caracteriza-se como um espaço que fornece subsídio ao PAIF, “é um serviço da Proteção Social Básica do SUAS que é ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias realizado por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI)” (BRASIL, 2004). O SCFV se organiza em grupo e os grupos se organizam por faixa etária. Nos SCFV são realizadas atividades culturais, esportivas, de lazer, artísticas, entre outras. O SCFV constitui-se como espaço potente para prevenção de situações de risco e ainda se propõe a ser uma forma de intervenção social planejada que busca estimular e “orientar os usuários na construção e reconstrução de suas histórias e vivências individuais, coletivas e familiares” (Ibid.). O SCFV é um solo produtivo para se desenvolver ações de caráter social partindo da convivência como subsídio para criação de vínculos e o acompanhamento das famílias. Por meio desse serviço os profissionais se aproximam das crianças, dos adolescentes e dos familiares, e passa a colaborar presencialmente com os processos de desenvolvimento psicossocial.

Assim como as políticas da rede de saúde, a instituição CRAS se orienta e é implementada com base no território.¹¹ Geralmente os CRAS são instaurados em territórios que apresentam altos índices de vulnerabilidade social e seguem uma logística definida por: número de habitantes/famílias a serem atendidas. O CRAS do município pesquisado foi inaugurado em maio de 2008, é do tipo Pequeno Porte II, por abranger de 20 a 50 mil habitantes, com capacidade de atendimento anual de 750 famílias. A composição da equipe mínima de trabalho é formada por 2 Assistentes Sociais, 1 Psicólogo, 1 Auxiliar Administrativo, 1 Coordenador e 13 Orientadores Sociais.

¹¹ Seguindo as normas operacionais, os territórios escolhidos para implantação dos CRAS devem ser preferencialmente os que apresentem maior vulnerabilidade.

Os técnicos (como são chamados os profissionais que compõem o CRAS) realizam as atividades do PAIF e referenciam os SCFV. As principais ações desenvolvidas são: Recepção e acolhida; Atendimento individualizado e coletivo; Visitas domiciliares; Oferta de serviços do PAIF; Palestras voltadas a comunidade; Grupos: oficinas de convivência e trabalho socioeducativo; Vigilância social: produção e sistematização de informações que possibilitem a construção de indicadores; Campanhas socioeducativas; Encaminhamentos; Reuniões e ações comunitárias; Deslocamento da equipe para atendimento das famílias, entre outras (PNAS, 2004).

Apresentadas as inquietações que nos mobilizaram até aqui, os territórios escolhidos para desenvolvimento da pesquisa e os protagonistas envolvidos nessa trajetória, passaremos a delimitar o modo como nos aproximamos dos objetivos pretendidos. Afinal, o modo como chegamos há algum lugar também diz muito da nossa implicação e reverbera explícita ou implicitamente nos cenários escolhidos.

2. Nosso percurso e os instrumentos de investigação

Utilizamos-nos nessa investigação a pesquisa bibliográfica como procedimento para obter informações pertinentes aos nossos objetivos de modo mais amplo, a partir de uma visão geral e que de certa maneira se aproximasse da experiência dos territórios escolhidos exatamente pelo fato de que:

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla que poderia pesquisar diretamente. Esta vantagem se torna particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço. (GIL, 1991, pag.48)

A pesquisa bibliográfica incluiu as leis que regulamentam o SUS e o SUAS e também artigos pesquisados em periódicos de revistas on-line. Os documentos que serviram de base para a pesquisa fora os fornecidos pelo Ministério da Saúde sobre o CAPS e os ofertados pelo Ministério de Desenvolvimento Social sobre o CRAS, alguns são tipo cartilha. Na internet, nossa busca envolveu os termos/descriptores “articulação entre CAPS e CRAS”, “Saúde Mental nos serviços de Assistência Social”, “Saúde mental no SUAS”, a partir dos quais encontramos textos pertinentes, porém um pouco destoantes dos nossos objetivos, mas que serviram para pensarmos na complexidade do trabalho em rede e na necessidade de se trabalhar seguindo essa lógica. Quando elegemos o descritor “saúde e assistência”, foram escolhidos 4 artigos para leitura, por

meio dos quais foi possível nos determos mais detalhadamente ao tema da intersectorialidade, da premissa do trabalho em rede e principalmente sobre como a estratégia de consolidação das duas políticas como política pública e direito social são discutidas, defendidas e disseminadas, contudo pouco operacionalizadas (PANSINI, 2011).

Também nos utilizamos da entrevista como instrumento de coleta de dados e da análise de discurso como suporte metodológico para análises das narrativas das entrevistas.

As entrevistas configuram-se como instrumentos potentes no campo de pesquisa qualitativa, por envolver os protagonistas do território que delimitamos na pesquisa e que por ventura estão implicados direta e indiretamente com a problemática pensada ao longo do percurso de investigação, tomando autores que se destinam a estudar métodos, instrumentos e ferramentas metodológicas, podemos tomar a entrevista como:

Uma das técnicas de coleta de dados considerada como sendo uma forma racional de conduta do pesquisador, previamente estabelecida, para dirigir com eficácia um conteúdo sistemático de conhecimentos, de maneira mais completa possível, com o mínimo de esforço de tempo. (ROSA; ARNOLDI, p. 17, 2006)

O termo *entrevista* é construído a partir de duas palavras, *entre* e *vista*. *Vista* refere-se ao ato de ver, ter preocupação com algo. *Entre* indica a relação de lugar ou estado no espaço que separa duas pessoas ou coisas. Portanto, o termo *entrevista* refere-se ao *ato de perceber realizado entre duas pessoas*. (RICHARDSON, p. 207, 1999).

Apresentado definições do que compreendemos por entrevista, passaremos a apresentar nossos protagonistas. Durante a pesquisa foram entrevistados 6 profissionais das áreas escolhidas (4 profissionais da área da Assistência e 2 profissionais da área da Saúde), no entanto, a proposta inicial era que entrevistássemos 8 profissionais ao todo, correspondendo a 4 profissionais da área da Saúde e 4 profissionais da área da Assistência Social, mas ao longo do trabalho passamos pela experiência de não conseguir entrevistar alguns profissionais, de uma mesma área de atuação, tanto pela indisponibilidade de alguns quanto pelo fato de não haver mais tempo para insistir na tentativa de entrevistar por conta de prazo acadêmico.

O terceiro momento da pesquisa, um dos mais cruciais, foi marcado pela análise das entrevistas, procedimento este que optamos pela Análise de Discurso Crítica (ADC), que permite equipararmos os dados obtidos nas pesquisas bibliográficas e nas

entrevistas em um processo retroativo. “Trata-se de uma proposta capaz de mapear relações entre os recursos linguísticos¹² utilizados por atores sociais e aspectos da rede de práticas em que a interação discursiva se situa” (RESENDE, 2006, p. 1076).

Uma vez que a bibliografia é a base teórica que sustenta a pesquisa e a entrevista é como um aparato prático, a análise de discurso tem por função ser o elo entre a base teórica e o aparato prático. Aqui é importante salientar que a análise de discurso é diferente da crítica pela crítica. Por meio da análise de discurso pretende-se analisar um determinado contexto de forma que essa análise provoque rearranjos das configurações já existentes. Entendendo, a partir da leitura de Wodak por Resende (2006), que:

Uma explicação plenamente ‘crítica’ do discurso requer uma teorização e uma descrição tanto dos processos e das estruturas sociais que dão lugar à produção de um texto como das estruturas e processos sociais nos quais os indivíduos ou grupos, como sujeitos históricos, criam sentidos em sua interação com textos. (WODAK, 2003a: 19).

Com base no que foi citado acima e na idéia de Antunes (2012) de que um sujeito, principalmente em pesquisa, é um informante de seu tempo e espaço sociocultural, e sua narrativa é recebida e compreendida à luz da produção de referências, valores e significados contextuais é que foram feitas as nossas análises, e seguindo os preceitos éticos foram criados nomes fictícios para os entrevistados a fim de preservar a identidade dos mesmos e amenizar as ressalvas de alguns profissionais que se disponibilizaram ao longo de nossas investigações. Já que a ACD procura aproxima-se das situações de um determinado contexto atentando-se as estruturas e as relações que estão em questão, tomando o recorte da pesquisa.

Para nortear nossas análises também criamos um quadro de análise das entrevistas com base em 6 eixos (categorias) a partir das perguntas feitas nas entrevistas. Tais eixos surgiram baseados nos pontos que mais se destacaram nas falas dos entrevistados em consonância com as perguntas semi estruturadas das entrevistas. O quadro foi de grande importância para orientarmos a análise dos processos sociais uma vez que nos permitiu traçar uma estrutura mais próxima dos nossos objetivos. Segue o quadro de análise:

¹² Recursos estes que foram recolhidos por meio de entrevista semi estruturada.

	Categorias					
Entrevistados	<i>Como foi a chegada na instituição</i>	<i>Atribuição profissional</i>	<i>Pontos de vista sobre trabalho em rede</i>	<i>Ocorrência ou fragmentação da articulação entre a rede de saúde e a rede de assistência social</i>	<i>Entraves</i>	<i>Desatramentamento</i>
Entrevistado 1 – CN1	Por transferência “eu sai e aí não foi ninguém pra lá e eu vim pra cá”	Coordenação do CRAS; controle de lanche e carro; organização e facilitação de planejamentos; acompanhamento de licitações	Na própria equipe: Cada uma tem sua função e se auxilia Com a rede de saúde: “Meio complicado”	Ocorrência	Profissionais não compareceram aos encontros	Parceira na realização de palestras
Entrevistado 2 – AS1	Não especificado	Recepção e acolhida; Atendimento individualizado; Encaminhamentos; Visita de	Na própria equipe: “Aqui a gente trabalha muito em grupo” Com a rede de saúde: “a intersectorialidade	Ocorrência	Profissionais não compareceram aos encontros	Parceria na realização de palestras

		condicionalidades	é muito difícil”			
Entrevista 3 – AS2	Indicação “Eu vim aqui através de convite mesmo”	Técnica Recepção e acolhida; Atendimento individualizado; Encaminhamentos; Visita de condicionalidades	Na própria equipe: Não especificado Com a rede de saúde: “A gente tem uma dificuldade”	Ocorrência	Profissionais não comparecerem aos encontros	Parceria na realização de palestras
Entrevistado 4 - MS	Indicação “Fui contratada por indicação de outro psicólogo que já havia trabalhado aqui”	Técnica Recepção e acolhida; Atendimento individualizado e coletivo;	Com a própria equipe: “O trabalho na equipe é pautado na lógica do trabalho coletivo” Com a rede de saúde: “Ocorre de	Ocorrência fragilizada	Não ocorrência da referência e contra referência	Possível dialogo com alguns profissionais

		Encaminhamentos; Relatórios sociais; Visitas domiciliares; Acompanhamento de famílias; Planejamento das atividades dos SCV	modo insatisfatório”			
Entrevistado 5 - ES	Concurso “Sou concursado”	Técnico Acolhimento; Acompanhamento dos casos clínicos; Facilitação de atividades de grupos	Com a própria equipe: “O trabalho dentro da equipe é cada profissional tentando executar suas competências e acompanhar os pacientes da melhor forma	Ocorrência fragmentada	Profissionais não atenderem os casos encaminhados informalmente	Parceria na realização de palestras e encaminhamentos de caso

			possível” Com a rede de assistência social: “Se articula”			
Entrevistado 6 – CN2	Indicação	Coordenação das atividades do CAPS; Participação em reuniões; Planejamento e avaliação das atividades	Com a própria equipe: “Trabalhamos em grupo” Com a rede de assistência social: “Há articulação, principalmente no trabalho com os grupos”	Ocorrência	Quando não é possível a vinda dos profissionais para o espaço do CAPS	Parceria em realização de palestras e oficinas

3. Análise das entrevistas

A partir dos diálogos, possibilitados por meio das entrevistas, tivemos a oportunidade de conhecer um pouco do cotidiano que circundam as instituições CAPS e CRAS no município de Marco e pensar tanto na configuração desses espaços como no modo de articulação e desarticulação dos mesmos.

Como já explicito anteriormente, nos utilizamos de um quadro de análise para conduzir nosso processo de investigação e por meio das perguntas utilizadas nas entrevistas e das falas de cada entrevistador, criamos categorias de análise para facilitar nosso trabalho e não nos determos muito há alguns outros pontos que emergiram durante esse processo. As categorias que serviram de pontos para que desenvolvêssemos nossas análises, com base no referencial teórico e nas entrevistas foram: *Como foi a chegada na instituição; Atribuição profissional; Pontos de vista sobre o trabalho em rede; Ocorrência ou fragmentação da articulação entre a rede de saúde e a rede de assistência social; Entraves e Desatramentamentos.*

A primeira categoria *Como foi a chegada na instituição* nos revelou aspectos relacionados ao modo como a instituição se encontrava quando os profissionais chegaram, como eles chegavam até lá, o efeito do tempo (anos de trabalho) e o quanto o cenário político e econômico afeta essas chegadas e, conseqüentemente, as saídas.

Dos 6 profissionais, tanto profissionais do CAPS como do CRAS, que conseguimos entrevistar, 4 deles chegaram ao trabalho por alguma indicação, 5 deles são naturais do município, 2 deles não deixaram bem definido o modo como chegaram as instituições e 3 deles trabalham nas suas instituições a mais de 6 meses. Tomando a primeira afirmativa, é possível identificar que o cenário político e econômico vigente afeta as instituições até no que se refere aos procedimentos de contratação do pessoal e isso provoca alta rotatividade nas equipes de trabalho, tomando por base a fala da Coordenadora por Acaso no que se refere a sua chegada a instituição: *“Muito turbulenta... eu peguei a bomba todinha, bem assustada e aí eu vim pra cá. Tinha muita confusão... a minha entrada aqui foi bem... no primeiro mês eu era bem assustada, nem dormia a noite só pensando no monte de coisa que eu peguei porque não conhecia o trabalho do CRAS”*, revelando ainda aspectos referentes a formação e qualificação, mas voltando ao modo de contratação de pessoal, durante as entrevistas foi possível perceber

que os profissionais contratados e o que não era natural da cidade se mostraram mais à vontade para expor suas questões e eventualmente lançar considerações sobre o local de trabalho.

Em relação ao tempo de trabalho, as entrevistas revelaram que a equipe do CRAS é praticamente nova e ainda passa por processo de descobertas e adaptações. Os profissionais do CRAS não mencionaram dificuldades relacionais, uma vez que a equipe tem procurado executar suas atividades tomando a premissa do trabalho em rede, o que pode se confirmar por meio da fala: *“Assim, a chegada aqui foi uma equipe muito acolhedora, certo? “Só que pelo que percebi... a gente não tinha experiência como profissional. A gente aprendeu sozinha, sabe, assim?! Por força de vontade mesmo, mas tá dando certo.”*(AS1),

Enquanto no CAPS foi possível identificar até desânimo e cansaço profissional por parte de um dos entrevistados, tanto em relação a equipe de trabalho como ao cotidiano do trabalho em si. *“É tão ruim ver que a família tá desesperada atrás de atendimento e chega aqui e não atendem, muito mais por falta de interesse do que por outras coisas”* (Enfermeiro ES). A falta de interesse denunciada aqui nos remete a pensar em como estão ocorrendo os atendimentos e que essa lógica é o que pode causar o desânimo, e ainda nos convoca a pensar é que falta de interesse é essa? E em como essa falta de interesse interfere no trabalho em equipe?

Embora os profissionais do CRAS tenham destacado como ponto positivo a maioria dos trabalhos executados e não tenham levantado questionamentos sobre as dificuldades em lidar com as famílias e os territórios, ousamos inferir que o fortalecimento do trabalho necessita de vínculo com a comunidade e isso se pode ter com tempo e trabalho continuado. Esses dois pontos permitem que os profissionais conheçam os territórios, as vivências da comunidade e a partir disso pode-se pensar na resolutividade dos problemas que se apresentam no cotidiano. Com isso queremos apontar tanto que a contratação de pessoal por meio do processo de indicação provoca uma grande rotatividade, como reforçar a ideia de que é preciso implicação e tempo para que se possa conhecer parte da demanda que se apresente na comunidade, como foi possível perceber na fala do enfermeiro: *“A gente encaminha pra onde sabe que tem psicólogo, mas como tá sempre mudando de psicólogos nas outras instituições, é bem*

difícil fazer alguma coisa.” E na fala da ASI “...a equipe foi toda mudada, foi toda nova.”

Em relação segunda categoria *Atribuição profissional* foi possível identificar atribuições que alguns profissionais exercem em comum. Tanto os profissionais do CRAS como do CAPS realizam atividade de recepção e acolhimento, trabalho de extrema importância em toda instituição. A recepção e acolhida além de serem pontos cruciais para a criação de vínculos entre profissionais e usuários é um fator que revela o quanto a instituição estar preparada para receber e fazer com que o usuário se sinta à vontade para voltar. Sobre esse ponto foi possível identificar que ambas as instituições recebem um alto número de usuários e isso ocorre principalmente por demanda espontânea e encaminhamentos. Nas falas foi possível identificar que o que leva muitos usuários as instituições é a necessidade por atendimento, principalmente psicológico, mas em meio a essas falas não é possível identificar o grau de satisfação dos usuários ao recorrem a essas instituições. Cabendo ressaltar que o atendimento em questão vai desde a psicoterapia a outras estratégias de cuidado.

No que diz respeito ao trabalho da equipe de gestão também identificamos pontos em comum: coordenação das instituições, participações em reuniões, planejamento e avaliação das atividades. Ambas as coordenadoras ressaltaram a complexidade do trabalho de coordenar e de fazer valer o princípio da intersetorialidade.

O trabalho do profissional do CAPS (enfermeiro) passa principalmente pelas atividades de acolhimento, acompanhamento de casos clínicos e facilitação de atividades de grupos. Já o trabalho dos profissionais do CRAS passam pelas atividades de recepção e acolhida, atendimento individualizado e coletivo, encaminhamentos, relatórios sociais, visitas domiciliares, acompanhamentos de famílias, planejamento das atividades dos SCFV, revelando que mesmo que haja, pela formação, diferença de função, na prática elas compartilham as mesmas atribuições, que inclusive podemos encontrar descritas em manuais e matérias de apoio aos técnicos.

Conhecendo um pouco de como os profissionais chegaram nas suas instituições de trabalho, a atribuição de cada um e algumas considerações que foi possível traçar acerca dessas categorias, nos lançaremos agora aos pontos que nos levam a pensar mais

especificamente na questão que sustenta essa pesquisa e ainda nos questionarmos sobre o lugar da saúde mental nessas instituições no município de Marco. Atentando-nos, principalmente ao que diz respeito aos atendimentos infantis, que a partir das entrevistas, podemos identificar que esse tipo de atendimento se configuram como uma problemática e como uma alerta no e ao município. Antes disso, também é necessário apresentar as perguntas que nos mobilizaram ao longo do processo e depois nos atermos as bibliografias para fins de análise, provocações e orientações.

A terceira categoria, criada por nós, trata-se dos *Pontos de vista sobre o trabalho em rede* que nos situa exatamente na nossa questão de pesquisa. A partir dessa categoria foi possível conhecer o que os profissionais concebem como trabalho em rede, tratando-se da própria rede a que a instituição pertencia, e as demais redes que configuram as políticas públicas no município, como é o caso da rede de saúde.

Na relação com a literatura, é importante ressaltar um ponto de destaque encontrado por nós nas bibliografias estudadas e nas entrevistas de todos os profissionais: a proposta da intersectorialidade, que aqui será tomada como:

o rompimento das fragmentações dos núcleos de saber/poder constituídos na sociedade, pois pressupõe a integração entre políticas, setores, conhecimentos historicamente separados com o intuito do controle sobre tal. É a perspectiva de integralidade no desenvolvimento do trabalho, visando à busca coletiva de soluções e enfrentamento às situações trazidas no cotidiano de atendimento aos usuários, em nosso caso nas políticas de Saúde e de Assistência Social.” (CAMARGO, p. 5)

Tomando a ideia de que a intersectorialidade perpassa a proposta tanto das políticas de saúde como da assistência, passaremos a destacar o que os profissionais apontam sobre essa questão. Primeiramente, apresentaremos a ideia do que é o trabalho em rede exercidos pelos profissionais e depois será discutida a ideia da articulação das duas redes escolhidas como território.

Aqui a gente trabalha muito em grupo. Assim, quando a gente faz um planejamento todo mundo se envolve, tira dúvida uma com a outra, sabe?! AS1)

O trabalho na equipe é pautado na lógica do trabalho coletivo. Cada profissional tem suas atribuições, mas buscamos sempre que possível dialogar e pensarmos em ações que envolvam os mais variados tipos de protagonista... (Psicóloga MS)

O trabalho dentro da equipe é cada profissional tentando executar suas competências e acompanhar os pacientes da melhor forma possível.
(Enfermeiro ES)

A partir das falas expostas acima, é possível identificar que a ideia de alguns profissionais se aproxima da proposta de intersetorialidade que escolhemos acima, mas cabe nos questionarmos se o “trabalho coletivo” mencionando em uma das falas implica em um conjunto de pessoas juntas ou em uma coletividade em transformação? Transformação no que diz respeito à perspectiva de integralidade e na busca coletiva por soluções e enfrentamento as situações trazidas no cotidiano de atendimento aos usuários e na busca de soluções em relação há possíveis problemáticas que surge nos núcleos de saber/poder, que nesse caso circundam e atravessam as duas equipes de trabalho. Para que o coletivo? É um coletivo que se nutre, se retroalimenta ou apenas um coletivo que compartilha da lógica mercadológica? Ainda sobre as relações de saber/poder, o que nessa relação caracterizam ou não as articulações das redes? São interrogações como essas que nos intrigam e revelam aspectos do trabalho cotidiano dos profissionais que são capazes de diminuir ou aumentar as lacunas entre tais redes.

Feito tais questionamentos cabe ressaltar que tais indagações se tornam necessárias por tomamos a análise do trabalho em rede articulado a outras redes, que fazer parte das políticas públicas, com base no princípio de integralidade, “que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço” (PINHEIRO p. 255). A proposta da integralidade nas políticas públicas intensifica o cuidado em relação ao encontro, no sentido de que o acolhimento não deve se restringir as demandas e sim abranger cuidados ligadas as necessidades do cidadão de modo geral. A integralidade também está presente no modo como os profissionais atuam, “na preocupação dos profissionais com o uso das técnicas de prevenção” (Ibidem, p. 256), e ainda na busca pela superação das “fragmentações das atividades no interior das unidades.” (Ibid.). Tomando com base outros autores para pensar a integralidade, Camargo nos indica que:

pensar a Integralidade na política de saúde e de assistência social significa considerar a pessoa como uma totalidade, como um sujeito histórico, social, político e cultural, inserido num contexto de relações complexas e amplas, sejam elas no âmbito familiar, comunitário e na prevenção e enfrentamento de vulnerabilidades e de riscos sociais. Sendo assim, é imprescindível a integração de ações, o que pressupõe também a articulação com as demais políticas públicas, através da intersetorialidade. (CAMARGO, p. 5)

Compartilhando da ideia de que é necessário considerar o sujeito como um sujeito histórico, social, político e cultural e atravessado por redes de emaranhado, passaremos a destacar a fala de alguns profissionais em relação a esse ponto e em seguida lançaremos nossas considerações, principalmente no que se refere à proposta de integralidade e intersetorialidade:

A comunicação é bem difícil... Elas ficam, conversam, mas nada assim que tem vínculos, da gente fazer um trabalho conjunto com eles não. (CN1).

A intersetorialidade é muito difícil (AS1)

Ocorre de modo insatisfatório. Percebo que é uma comunicação muito a base de interesses¹³...(Psicóloga MS)

Nem a própria rede de saúde se articula bem. (Enfermeiro ES)

A partir das entrevistas foi possível identificar que a comunicação entre os dois serviços acontece, mas a articulação ocorre de modo fragmentada, e sem seguir os nortes dos princípios norteadores, tanto que palavras como “complicada”, “dificuldade”, “insatisfatório”, aparecem em todas as falas denunciando a complexidade desse tipo de interface.

A questão da saúde mental, principalmente em relação à demanda infantil, configura-se como um impasse nas políticas voltadas para esse público no município. As falas a seguir nos trazem algumas alertas e revelam esses impasses, nos mostrando tanto as fragilidades nos laços que unem essas redes como nos convoca a tomar a saúde mental como uma prioridade, e não só em termos de problematização, mas de lançar essas questões aos gestores, profissionais e usuários para que se possa elaborar estratégias para efetivação satisfatória:

o acompanhamento dos usuários não acontece do modo que idealizo... o que tem acontecido é que muitas famílias tem chegado ao CRAS em busca de atendimento para as crianças, faixa etária de 4 a 12 anos, e chegam já tendo passado pelo CAPS. No CAPS se recusam a atender crianças, e os próprios profissionais deixam isso bem claro, não atendem. (Psicóloga MS)

Uma problemática que vejo é sempre os atendimentos com as crianças... Antigamente o psiquiatra atendia, mas o de agora não recebe mais nenhuma criança e a psicóloga também não atende e aí a gente manda pro CRAS (Enfermeiro ES)

Cabendo ressaltar que “o desafio para a saúde e para a assistência social é contribuir para tornar o sistema de proteção social um conjunto de medidas efetivas

¹³ O interesse aqui diz respeito a execução de atividades, como é o caso das palestras, por exemplo.

garantindo os direitos sociais previstos legalmente, sob a égide da Seguridade Social.” (CAMARGO, p. 6).

A questão do atendimento¹⁴ infantil apresenta-se como um engodo que tanto aproxima como afasta os profissionais, mas é importante ressaltar que independe da instituição de atendimento, esse público deve receber no mínimo acolhimento adequado, assim como receber cuidado continuado e o compartilhamento de casos é imprescindível para que as redes não fiquem estagnadas pelas altas demandas que chegam aos serviços, assim como as responsabilidades de um profissional, pois é notório que a alta demanda compromete a efetivação das ações em torno do atendimento aos usuários. É possível identificar que a articulação acontece de modo insatisfatório, mas

fica evidente que não se encerra nossa discussão sobre a melhor forma de adequar estas políticas ao mundo real, ao cotidiano profissional e como parte fundante da reflexão que elegemos para fazer ao longo deste trabalho, elencamos a identificação e reflexão sobre a fragmentação entre sistemas únicos (SUS e SUAS), muito semelhantes em sua disposição operacional e com, basicamente, o mesmo público de atendimento, e sua não parceria no atendimento. (Ibid)

Ainda sobre esse ponto, destacamos a falta de comunicação entre os profissionais da rede que revela que a intersetorialidade encontra-se fragilizada e ainda que as ações pensadas para atender a área da saúde mental não passam por planejamento coletivo compartilhando tanto das experiências compartilhadas pelos entrevistados, como da referência bibliográfica sobre um estudo parecido sobre essa interface em um município de Vitória/ES:

Há uma tentativa, por parte dos técnicos do CRAS e da ESF [CAPS], para a realização das ações intersetoriais, mas esta ainda não ocorre efetivamente, enquanto planejamento, execução e avaliação conjunta da ação. Os técnicos reconhecem a importância da intersetorialidade, mas apontam a falta de diálogo entre os setores como empecilho a desenvolvimento do trabalho conjunto. (PANSENI, p.2)

Outro ponto que cabe apontamento em relação à área da saúde mental é a ideia de que muitos profissionais se desresponsabilizam em relação ao acompanhamento de alguns casos e famílias por categorizar um público para os profissionais da psicologia e da psiquiatria. Tal ação acaba por provocar fragmentação no ideal de totalidade

¹⁴ Cabendo enfatizar que usamos o atendimento como exemplo por ser o serviço de atenção à saúde e assistência social mais citado pelos profissionais entrevistados.

defendido na lógica de intersectorialidade apresentada até aqui, como nos aponta a seguinte fala:

Eu vejo assim, principalmente na questão da saúde mental, a maioria dos profissionais com os quais pude ter contato, colocam a saúde mental e os ditos “transtornos”, que de fato provocam altos transtornos em todos os setores das redes de políticas públicas, como algo de propriedade dos psicólogos e dos psiquiatras... (Psicóloga MS)

Embora esteja evidente que são necessários esforços para a efetivação da intersectorialidade como uma estratégia alternativa de gestão social, que precisa de uma integração entre as políticas públicas, não negamos que exista interface entre os serviços uma vez que os profissionais entrevistados afirmam que há ocorrência dessa interface mesmo que seja de modo insatisfatório. A interface dos serviços ocorre principalmente através da ação de facilitar palestras e por meio dos encaminhamentos informais. No entanto, a preocupação e a insistência de alguns profissionais em relação a essa atividade também nos chama atenção para o fato de que a visão tradicionalista de que o diálogo se faz por meio do repasse de conhecimento ainda é muito predominante, e mais, abre espaço e cristaliza ainda mais a ideia de hierarquia das profissões. No CRAS, há profissionais que se eximem do trabalho na área da saúde mental, se tratando de encaminhamentos e atendimento, e no CAPS, a primazia do discurso médico ainda encontra-se muito enraizada. Foi possível identificar esse fato tanto por meio das observações quanto por meio das falas das entrevistas, podendo citar a fala seguinte: (Sobre encaminhamento) “Nunca precisei não, mas MA, que é em relação a psicólogo, ela já fez.” (AS1), “Essa parte assim de psicólogo é a que é mais crítica” (CN1)

Questões estas muito complexas, que não poderemos discutir no momento por exigir muito empenho, mas que mereciam ser pontuadas.

Ainda sobre a atuação profissional um ponto que merece ser destacado é o fato de que muitos profissionais seguem “a risca” as cartilhas e os manuais da profissão ou da instituição e ficam satisfeitos com isso, trazemos isso à tona tomando, por exemplo, que o tipo de CAPS é usado como justificativa para que não aconteçam atendimentos destinados a demanda infantil, já que o CAPS é do tipo II e se destina a atendimento de adultos.

Por meio do relato e *eu comecei a fazer atendimento das crianças que estavam chegando no CRAS...atendo porque pra mim é injustificável muitos serviços baterem as portas na cara dos usuários e os deixarem sem opção para escapar minimamente da*

angustia de não saber lidar com a demanda da qual se queixam, concordamos que é necessário que os profissionais não só exerçam as atribuições prescritas em manuais e sigam as tipificações das instituições, como também extrapolem os limites e os lugares da profissão porque as demandas se sobrepõem a tudo isso.

No caso da psicologia, principalmente, isso nos revela que o cotidiano se impõe e que mais do que saber o que o Psicólogo faz, é importante saber o que se pode fazer potencialmente da sua prática, e que este suposto desvio de função é o que na verdade é especificidade da profissão da qual eticamente não podemos abrir mão. Essa subversão de funções e lugares, quando cometida a fim de acolher e prestar atendimento continuado a quem necessita, é o que no final de tudo vai permitir, de fato, que o usuário se sinta acolhido dignamente.

4. Considerações finais

O ponto de partida desse trabalho fincou-se nas redes de cuidados aos cidadãos com base nos projetos políticos criados na tentativa de atendimento as demandas da saúde, da educação, da assistência, entre outras, que atravessam a existência de todo sujeito, e ao longo da produção nos destinamos a pensar nas possíveis interfaces entre os serviços de saúde e os serviços de assistência social com base nos documentos lançados nas plataformas de apoio do ministério da saúde, da assistência social e demais autores que dialogam com a temática e principalmente por meio dos relatos de profissionais que constituem e firmam tais redes no município de Marco. Os relatos não só revelaram informações acerca do que suspeitávamos como nos forneceram elementos intrigantes em relação a outros questionamentos relevantes para se pensar.

Retomando esses pontos, o que podemos lançar como últimas considerações é a afirmativa de que a experiência de pesquisar a temática também nos alertou ao fato do quão complexa é a interface entre redes que historicamente se constroem de modo paralelo, mas que abrigam em seus cernes a proposta da integralidade, do cuidado e da intersetorialidade e de que são necessários mais estudos em relação ao tema e que a nossa pretensão desde o início não era mesmo a de encerrar essa discussão, mas sim abrir possibilidades para outros discursos.

Possibilidades essas que podem se efetivar através de estratégias como o fortalecimento das redes de cuidado por meio da articulação entre os profissionais e

usuários por meio do cuidado de casos compartilhados, uma via para efetivação dessa estratégia é o planejamento coletivo. O planejamento coletivo é uma ação que acaba por facilitar a comunicação e fortalecimento de vínculos. Esse trabalho contribuiu também para que pudéssemos pensar nos limites da nossa profissão e nos cuidados que devemos ter ao ocuparmos lugares circundados por tanto estereótipos, principalmente no que diz respeito à saúde mental, já que é uma área tão vasta e permeada de muitos sentidos, que vão desde senso comum ao que porventura tentamos produzir em termos de saúde, bem estar, conhecimento e ainda no sentido de não ficarmos presos a ideais, e termos coragem para propor mudanças em relação aos impasses burocráticos que permeiam os serviços de saúde e da assistência social ou em relação ao comodismo diante do que já se opera de forma naturalizada.

O processo de construção desse trabalho se deu por meio da abertura de alguns profissionais do município que se incomodaram com o modo como aconteciam a interface dos serviços de saúde e da assistência social e compartilharam suas angustias e anseios ao longo das entrevistas. Foi um trabalho que exigiu esforços para alcançar outros profissionais que foram indispensáveis para que pudéssemos nos debruçar sobre nossos objetivos e lançar nossas análises apoiadas num referencial que se aproximasse do que encontrávamos nas falas dos entrevistados.

Como ponto de chegada, mas também como um ponto que permite outras partidas, encerramos nossas considerações insistindo na ideia de efetivação do elo entre essas políticas públicas por meio do trabalho em rede, procurando tomar os impasses, como é o caso do acolhimento e acompanhamentos de crianças, como possibilidade para que se estreite as lacunas de comunicação existente entre os serviços para que tanto usuários como profissionais se situam acolhidos e com fôlego para continuarem insistindo na configuração da rede de cuidados como via possível da vida em toda sua extensão.

5. Referências

AMORIM, A. A. S. Políticas de Saúde e Assistência Social no Brasil: afinidades e desafios. *SER Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 82-102, 2009.

ANTUNES, M. S. X. A compreensão do sintagma identidade-metamorfose-emancipação por intermédio das narrativas...: uma discussão sobre o método. In: LIMAS, A. F. de (Org.). *Psicologia Social Crítica: Paralaxes do Contemporâneo*. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 67-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – *Saúde Mental no Sus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. *Lei 8.080*. Lei orgânica do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

BRASIL. *Lei 8.142*. Lei orgânica do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

BRASIL. *Lei 12.435*. Lei orgânica de Assistência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm.

BRITTO JUNIOR, A. F. de; FERES JUNIOR, N. A utilização da técnica de entrevista em trabalhos científicos. *Evidência*, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011.

CAMARGO, K. R. *A Interface entre saúde e assistência social: subsídios para algumas reflexões na perspectiva de seguridade social*. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sma/revista_EGP/95_A_interfaceAssistenciaSocial_Karen.pdf.

PANSINI, A. L. de. A intersectorialidade entre saúde e Assistência Social no município de Vitória/ES. *Revista ARGUMENTUM*, Vitória (ES), v.3, n.1, 2011.

PINHEIRO, R. *A integralidade em saúde*. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>.

RESENDE, V. de M. Análise de discurso crítica: uma perspectiva transdisciplinar entre a lingüística sistêmica funcional e a ciência social crítica. Disponível em: http://www.pucsp.br/isfc/proceedings/Artigos%20pdf/53cda_resende_1069a1081.pdf.

6. Anexos

Entrevista Semi-estruturada

Conte-me como foi sua chegada nesta instituição (CRAS/CAPS).

Na sua opinião como é seu trabalho dentro da sua equipe e que funções desempenha?

Na sua opinião como ocorre o trabalho entre a rede saúde/assistência? (Dependendo do campo de trabalho do profissional)

A rede de saúde/assistência da qual você participa se articula com a rede de assistência/saúde do município? Se sim, como ocorre essa articulação? Se não, por que você acredita que não aconteça?

Em caso de ocorrência:

Como são feitos os encaminhamentos?

Em que situações e frequência?

Vocês recebem algum tipo de retorno?

Entrevista CN1 – SC

01

Praticamente 06 meses...Muito turbulenta porque eu ia ser assistente social no Triângulo e vinha outra assistente social pra cá, né?! Aí por conta de não ter como eu ir pro Triângulo, por conta dos meus filhos, eu acabei ficando, é, como é que se diz? ... Eu peguei a bomba todinha, bem assustada e aí eu vim pra cá. Eu vim pra cá logo. Tinha muita confusão por conta da coordenação do Polo. Por que aqui...o Serviço de Convivência e Fortalecimento de vínculos é pra funcionar aqui no CRAS, só que como a gente não tem espaço, funciona no Polo, que é ali próximo ao Hospital. Aí como eu não posso ficar lá todo dia, a gente não pode ficar lá todo dia, aí tem um coordenador lá. Aí o coordenador de lá fazia o Polo como independente, como se não fosse vinculada ao CRAS, aí tinha muito problema com isso. Pelo menos agora tá mais relaxado, tá melhor, mas foi, a minha entrada aqui foi bem eu... no primeiro mês eu era bem assustada, nem dormia a noite só pensando no monte de coisa que eu peguei porque eu não conhecia o trabalho do CRAS, principalmente a parte de coordenação. Eu conhecia a parte de assistente social, né?! Por conta de estágio, mas coordenação, a loucura que é, eu não conhecia. Peguei logo a bomba de cara sem nem nunca ter sido assistente social no CRAS, nem nada. Aí peguei logo a coordenação, tenho que me acostumar mais.

02

Eu sou responsável mais pela parte de organizar o lanche, não deixar faltar o lanche dos Serviços, das reuniões porque tudo que acontece no CRAS tem que ter lanche. São as reuniões das meninas, né, de referência, as nossas reuniões das famílias dos serviços de convivência. O Serviço de convivência em si, os cursos que a gente oferta aqui... tudo tem que ter lanche. Aí é uma parte bem difícil, às vezes, por conta de licitação. Lanche, o carro. Sempre deixar o carro aqui por conta das meninas. É...fazer as reuniões de estudo no mesmo mês, nossa reunião de planejamento pra poder ver o que que a gente vai fazer, o calendário, ver os relatórios das meninas porque cada um tem sua função, mas acaba que eu acabo querendo ver tudo.

Trabalho com a equipe

É, tipo..aJosy é como se fosse um auxiliar de coordenação. Ela trabalha a muito tempo aqui e acaba tirando a gente do prego sempre. Ela é ótima. Aí ela é quem fica com a parte de papelada. Relatório qualitativo e quantitativo tudo é com ela. A Vanessa é orientadora social... é agente social. Ela trabalha com os orientadores sociais. Ela que fazer articulação dos planejamentos com as técnicas de referência, que as assistentes sócias e a psicóloga são técnicas de referência dos serviços. Aí fazem o planejamento, repassam pra gente na nossa reunião de planejamento e depois elas fazem uma reunião de planejamento com os orientadores e repassam pra eles e a Vanessa é quem responsável por tá vendo se sendo executado.

03 Trabalho entre CRAS e CAPS

Meio complicado, por que assim, a gente só precisou do CAPS poucas vezes por conta de... Na cidade, no município não tá tendo psicólogo na educação e a procura é muito grande. As nossas crianças hoje em dia, tipo, eles tem muita responsabilidade, passam por muita coisa, muita família desestruturada, então eles procuram muito pelo psicólogo. Não tem psicólogo infantil, o CAPS daqui, como a gente não tem acho que é CAPS AD (o daqui é o geral, né?!), que é pra ter tudo, o geral tem que ter força de atender crianças também, porém eles não atendem. Você pode mandar seja lá como for o estado da criança, eles não atendem, eles não recebem. Então acaba vindo tudo pra cá, a escola vem pra cá e a Mariana, que é a psicóloga, acaba, quando ela ver que o caso é muito crítico pegando porque a gente se preocupa mesmo, não é?! Mas aí eles não atendem. A gente já mandou ofício pra lá, já conversou, mas eles não atendem. Acho que os psicólogos tavam até de férias. Não tinha psicólogo nem pra adulto, nem pra criança. Lá tava mesmo bem complicado. A coordenadora de lá, que é a dona Vera, ela é muito boas, se a gente precisar, assim... a gente já precisou de enfermeiro para vir fazer palestra e foi ótimo, mas assim, essa parte assim de psicólogo é a que é mais crítica.

A comunicação é bem difícil

04 - Articulação da rede de saúde e de assistência

Depende. Em relação a que? As meninas são representantes de conselhos. Tipo, agora foi formado o conselho de drogas. A Socorro, que é assistente social, é.. representante do conselho de drogas. Acho que a Socorro e a Josy são representantes do conselho da saúde... não sei em qual meio, mas elas fazem parte do conselho. Aí as reuniões que tem elas vão. Elas ficam, conversam, mas nada assim que tem vínculos, da gente fazer um trabalho conjunto com eles não.

Contato com CAPS

A gente precisa muito por conta de palestras porque todo mês a gente tem que ter uma reunião com as famílias, aí pra ser só a gente aqui é uma questão meio chata porque eles já conhecem a gente. Aí a gente procura a ...o pessoal da secretaria de saúde. Quando a gente precisa, em relação a isso, e quando eles também precisam das meninas, a própria Mariana já foi muita palestra na educação e tudo, a gente vai e eles também vem. Nessa parte aí a gente não tem nada a reclamar não. Eles vem, quando precisa eles vem.

Até agora a gente não precisou não, só nessa parte mesmo do psicólogo no CAPS, o restante e como na secretaria de saúde não tem... na saúde em si não tem assistente social, ano passado só era eu no NASF, naquela parte de contratado que é tirado eu sai e aí não foi ninguém pra lá e eu vim pra cá, aí a demanda da saúde veio toda pra cá, de cirurgia, de exame, que é pra poder a gente dá o parecer, né?! Pra pessoa poder receber pela secretária de saúde... vem tudo pra cá e as meninas fazem, às vezes por que não tem, né?! Tem que ser o CRAS

05 - Encaminhamento

Não. A não ser que as meninas tenham feito, mas eu acho que não. Só a parte mesmo do que psicólogo que a gente tentou conversar, acho que nem foi feito nada escrito, mas.. nada formal, mas na época acho que a psicóloga tava de férias até.

Acho que sim, acho que a Mariana chegou a ir lá no CAPS pra saber, mas a psicóloga tava de férias.

Entrevista AS1 – MK

01

Assim, eu me formei em 2014, só que eu comecei a trabalhar agora. Assim, a chegada aqui foi uma equipe muito acolhedora, certo? Só que pelo que eu percebi a gente, como a gente não tinha experiência como profissional, como profissional mesmo foi o primeiro ano... Aí, Ruana, foi por conta da gente mesmo, que a gente pegou interesse. Em se interessar pra aprender. A gente aprendeu sozinha, sabe, assim?! Por força de vontade mesmo, mas tá dando certo, que a equipe foi toda mudada, foi toda nova.

02

A minha função aqui, como assistente social, é assim, a gente faz muito em relação aos atendimentos é encaminhamento BPC deficiente, BPC idoso, é recepção e acolhida de algumas informação pra encaminhar pro bolsa família, pra saúde. Outra coisa é, a gente faz visita de condicionalidades do Bolsa Família. O que são essas visitas? Tipo assim, de dois em dois meses vem uma lista das condicionalidades pra poder receber o Programa Bolsa Família, certo?! Aí essa relação a gente faz as visitas em quem está em efeito de suspensão. Por que que a gente faz? Porque essa pessoa já teve advertência, que foi só um aviso, já teve um bloqueio, aí passa um mês sem receber. Aí a suspensão já é a terceira fase que passa dois meses sem receber. E uma das condicionalidades pra poder continuar recebendo o programa é ter esse controle da frequência, sabe, de crianças de 6 a 15 anos e aí tem que ter a frequência de 85%... aí são basicamente mais esses atendimentos.

Aqui a gente trabalha muito em grupo. Assim, quando a gente faz um planejamento todo mundo se envolve, tira dúvida uma com a outra, sabe?!...Assim, nos três somos muito companheiras. Entrou todo mundo junto, e todo mundo ficou com vontade de aprender e acho que em relação a isso ficou bom.

03

Assim, como eu te falei, a assistência a gente pede muito a intersetorialidade, que a gente trabalha, né, com isso. Aí às vezes a gente precisa de uma palestra do profissional da saúde e em relação ao CAPS, já duas vezes que a gente convidou, vieram, mas assim, em relação a secretaria, assim, um enfermeiro não vem. Sempre assim, às vezes de ultima hora dizem que não podem vir fazer a palestra e a gente fica de mãos atadas, assim a intersetorialidade é muito difícil, mas o CAPS, as duas vezes que a gente convidou vieram.

04

Encaminhamento

Não, nunca precisei não, mas a Mariana, que é em relação a psicólogo, ela já fez

A dona Vera recebe a gente muito bem, a assistente social de lá.

A Socorro, que é a outra assistente social, tem mais contato, devido já ter estagiado. Aí convidam mais ela pra palestras.

Entrevista AS2– SC

01

É, eu trabalho já há 8 anos, sendo que como assistente mesmo tem 5 meses.

Eu vim aqui através de convite mesmo. A Ritinha me chamou pra trabalhar. Ritinha é a secretaria de assistência.

02

Hoje eu estou atuando mesmo como assistente, questão de visita. Mas já entrei como recepcionista, aí fui mudando. Ano passado fui coordenadora e esse ano como assistente.

03

Assim, a gente tem uma dificuldade no sentido que a gente pede profissionais para palestras, aí essa parceria não é muito forte, sabe?! Até firmam compromisso com a gente, aí depois acontece algo, imprevisto acontecem, né?!, mas eles não podem vim. Nesse sentido tem dificuldade de firmar parceria, nesse sentido. Não é difícil a comunicação, mas a gente vai procurar um profissional e a gente não encontra, assim, uma disponibilidade de vir. A gente sempre comenta isso entre a gente aqui, nas reuniões com a gente mesmo.

Trabalho junto

04

Eu mesmo assim, até então, não, por que... tem grupo de PAIF que eu acompanho, eu sempre costumo trazer profissionais de outras áreas para palestras com eles, e é nesse sentido que vejo a dificuldade, que às vezes não vem, mas as parcerias sempre dão certo, mas existem essas dificuldades assim, que às vezes não vem, deixam a gente na mão.

Eu acho que é, como é que eu digo, como é aquela palavrinha, é falta de interesse mesmo, com o serviço, de trabalhar em rede mesmo, de trabalhar em conjunto.

Eu vejo assim, por que eu já estagiei no CAPS, né?! E a gente ver, os profissionais não querem, não querem se dispor

05

Nunca precisei fazer encaminhamento não.

Entrevistada Psicóloga - MA

Conte-me como foi sua chegada nesta instituição (CRAS/CAPS).

A chegada foi tranquila. Fui contratada por indicação de outro psicólogo que já havia trabalhado aqui e que ficou contente quando mostrei interesse na vaga. Quando cheguei a equipe era praticamente toda nova, principalmente os técnicos, que assim como eu estavam na sua primeira experiência de trabalho enquanto profissionais.

Descreva-me como é seu trabalho dentro da sua equipe e que funções desempenha?

O trabalho na equipe é pautado na lógica do trabalho coletivo. Cada profissional tem suas atribuições, mas buscamos sempre que possível dialogar e pensarmos em ações que envolvam os mais variados tipos de protagonistas, sendo eles: profissionais da assistência, da saúde, da educação, etc, as famílias e quem mais demande dos nossos serviços. Que tipo de funções desempenho? Vamos lá, vou me ater as mais corriqueiras, tá?! Recepção e acolhimento das famílias; atendimento individualizado e coletivo; encaminhamentos para as redes que em algum momento dialogam conosco; relatórios sociais; referenciamento dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, sou responsável especificamente pelo SCFV 02 a 6 anos; visitas domiciliares; palestras, geralmente os diretores e coordenadores sempre solicitam a presença de psicólogo nas escolas; acompanhamento das famílias inseridas no PAIF; planejamento das atividades a serem desenvolvidas no SCFV; facilitação do planejamento; participação em conselhos municipais; acompanhamento de crianças e adolescentes que estejam cumprindo medida socioeducativa; preenchimento de relatório qualitativo e quantitativo, entre outras atividades. Se quiser ir perguntando alguma coisa mais específica...

Do seu ponto de vista, como ocorre o trabalho entre a rede saúde/assistência?
(Dependendo do campo de trabalho do profissional)

Ocorre de modo insatisfatório. Percebo que é uma comunicação muito a base de interesses porque vejo muito os profissionais focados nas palestras, em gente para facilitar a palestra, mas o acompanhamento dos usuários não acontece do modo que idealizo. Por que vejo um certo descaso, não sei explicar bem, mas muitos profissionais não se disponibilizam nem pra um acolhimento e isso me deixa preocupada e bastante pensativa a esse respeito. Chego a me assustar com o modo com que alguns

profissionais tratam os usuários, mas pode ser que não tem mais ninguém que se importe muito com isso.

A rede de saúde/assistência da qual você participa se articula com a rede de assistência/saúde do município? Se sim, como ocorre essa articulação? Se não, por que você acredita que não aconteça?

Como já foi dito antes, ocorre de modo insatisfatório e até de modo forçado. Eu vejo assim, principalmente na questão da saúde mental, a maioria dos profissionais com os quais pude ter contato, colocam a saúde mental e os ditos “transtornos”, que de fato provocam altos transtornos em todos os setores das redes de políticas públicas, como algo de propriedade dos psicólogos e dos psiquiatras. Já ouvi dizerem que por ser uma questão complexa e por ser “coisa” mesmo de psicólogo e psiquiatra não se envolvem muito. Parece assim um bicho de sete cabeças. Quando chega algum caso que demanda atendimento psicológico, ou que apresente laudo ou que os familiares cheguem relatando sobre algum tipo de dificuldade relacional já enquadram o caso como “do psicólogo” e eu procuro romper um pouco com isso e compartilhar o caso com a equipe toda, já que quando atendemos, tem o foco na matricialidade da família. Mas voltando para a articulação...o que tem acontecido é que muitas famílias tem chegado ao CRAS em busca de atendimento para as crianças, faixa etária de 4 a 12 anos, e chegam já tendo passado pelo CAPS. No CAPS se recusam a atender crianças, e os próprios profissionais deixam isso bem claro, não atendem. E eu comecei a fazer atendimento das crianças que estavam chegando no CRAS porque identificava demanda e na cidade não havia nenhum serviço disponível para o atendimento das crianças, principalmente. Atendo porque pra mim é injustificável muitos serviços baterem as portas na cara dos usuários e os deixarem sem opção para escapar minimamente da angustia de não saber lidar com a demanda da qual se queixam. Só que o que começou a acontecer é que os próprios profissionais do CAPS não prestava atendimento e informavam que no CRAS tinha psicólogo para prestar atendimento e isso gerou uma demanda enorme para um profissional. Porque começou pelo CAPS e depois as escolas estavam encaminhando todos os casos apontados como sem jeito ou que provocavam desajustes na configuração da escola. Daí que parei um pouco, vi que não ia conseguir trabalhar do modo que desejo com uma demanda tão absurda. Expus todas essas questões em reunião da assistência social, conversei com a coordenadora do CAPS, fui atrás de conversar com psiquiatra e psicóloga do CAPS, mas não consegui contato com nenhum

dos dois e me impus sobre alguns encaminhamentos informais que vinham me chegando. Daí que também os demais profissionais se preocupam mais em manter contato com profissionais de outras redes para a questão das palestras. Do meu ponto de vista, é uma articulação que acontece sem acontece.

Em caso de ocorrência:

Como são feitos os compartilhamentos dos casos? Eu procuro atualizar o portuário do usuário, a partir do portuário da família, e encaminhar relatórios para os profissionais envolvidos no encaminhamento, mas dificilmente recebo compartilhamento de volta.

Em que situações e frequência?

Ah! As famílias procuram o CAPS ou o NASF e eles informam que no CRAS tem psicólogo para atender. Geralmente é assim e a frequência é bem alta.

Vocês recebem algum tipo de retorno?

Dificilmente! Recebemos mais cobranças e ofícios do conselho tutelar, do casos compartilhados com o CREAS, mas os casos que acabo atendendo e referenciando, que devia ser compartilhado com a rede de saúde, ainda não recebi.

Entrevista Enfermeiro- ES

01 Conte-me como foi sua chegada nesta instituição (CRAS/CAPS).

Cheguei aqui há mais de 5 anos. Sou concursado.

02 Descreva-me como é seu trabalho dentro da sua equipe e que funções desempenha?

Eu faço acolhimento, acompanho os casos que são da nossa responsabilidade, facilito atividades nos grupos, dou palestras quando solicitam. O trabalho dentro da equipe é cada profissional tentando executar suas competências e acompanhar os pacientes da melhor forma possível.

03 Do seu ponto de vista, como ocorre o trabalho entre a rede saúde/assistência? (Dependendo do campo de trabalho do profissional)

Ocorre de forma fragmentada

04 A rede de saúde/assistência da qual você participa se articula com a rede de assistência/saúde do município? Se sim, como ocorre essa articulação? Se não, por que você acredita que não aconteça?

Se articula. Quando chamam para palestras, quando a gente encaminha mesmo que informalmente alguns casos, mas nem a própria rede de saúde se articula bem. Uma problemática que vejo é sempre os atendimentos com as crianças. Antigamente o psiquiatra atendia, mas o de agora não recebe mais nenhuma criança e a psicóloga também não atende e aí a gente manda pro CRAS e lá atendem, mas é complicado e a meu ver, essas crianças deviam ser atendidas porque é tão ruim ver que a família tá desesperada atrás de atendimento e chega aqui e não atendem, muito mais por falta de interesse do que por outras coisas. Por que a psicóloga trabalha com os grupos e fazer acompanhamentos individuais, mas diz que não tem material pra atender criança. A gente encaminha pra onde sabe que tem psicólogo, mas como tá sempre mudando de psicólogos nas outras instituições, é bem difícil fazer alguma coisa.

05 Em caso de ocorrência:

Como são feitos os compartilhamentos dos casos?

A gente informa que tem psicólogo no CRAS e lá eles recebem os atendimentos, e aí geralmente as referências e as contra referências vem pra psicólogo ou pra psiquiatra.

Em que situações e frequência?

Em varias situações, quando percebo que a criança precisa muito, quando a família vem desesperada atrás de atendimento. Os adultos atendemos aqui, os com transtornos graves, porque aqui também é um CAPS do tipo II, é pra atender os adultos.

Vocês recebem algum tipo de retorno?

Às vezes. Quando os psicólogos das outras instituições recebem eles querem retorno informações e até cobram isso dos profissionais daqui eu faço o que posso.