UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL – INTERFACES ENTRE A REDE INTERSETORIAL

Cristiane Kenes Nunes

Pelotas, 2014

CRISTIANE KENES NUNES

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL – INTERFACES ENTRE A REDE INTERSETORIAL

Dissertação apresentada para fins de obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde junto ao programa de Pós Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Inserido na Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. E linha de pesquisa: Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Valéria Cristina Christello Coimbra

Co-orientadora: Profª. Drª. Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

N972a Nunes, Cristiane Kenes Nunes

Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces entre a rede intersetorial / Cristiane Kenes Nunes; Valéria Cristina Christello Coimbra, orientadora; Luciane Prado Kantorski, coorientadora. — Pelotas, 2014.

116 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde mental. 2. Criança. 3. Adolescente. 4. Serviços de saúde da criança. 5. Ação intersetorial. I. Coimbra, Valéria Cristina Christello, orient. II. Kantorski, Luciane Prado, coorient. III. Título.

CDD: 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Cristiane Kenes Nunes

Atenção psicossocial infantojuvenil – interfaces entre a rede intersetorial

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa:

Banca examinadora:

.....

Valéria Cristina Christello Coimbra (Orientadora)

Universidade Federal de Pelotas

.....

Luciane Prado Kantorski (Co-orientadora)

Universidade Federal de Pelotas

.....

Christine Wetzel (Titular)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

.....

Ana Cláudia Vieira (Titular)

Universidade Federal de Pelotas

.....

Ana Paula Müller de Andrade (Suplente)

Universidade Federal de Pelotas

.....

Michele Mandagará de Oliveira (Suplente)

Universidade Federal de Pelotas

"O caminho de reescrita da História da Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no contexto brasileiro está em seu começo. Há um longo caminho a ser percorrido. A política já deu a régua e o compasso, mas o traçado depende de operadores que não recuem frente aos desafios" (Maria Cristina Ventura Couto, 2012).

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a **Deus**, pelo dom da vida, por me dar sabedoria para mostrar e escolher os melhores caminhos, conforto nos momentos difíceis, força para nunca desistir e por me presentear estar ao lado de pessoas tão especiais, sem as quais certamente não teria sido possível este momento. "Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos" (Provérbios 16:3).

Ao meu marido e grande **Amor**, meu companheiro de todas as horas, meu suporte nos momentos de stress, que se alegra e vibra com as minhas conquistas, sempre me incentivando aos novos desafios. Enfim, minha fonte de motivação incondicional. Ao teu lado esta frase fica perfeita: "Sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade".

A toda **minha Família,** que mesmo a quilômetros de distância, acompanhou minha trajetória, comemorando minhas conquistas. Obrigada pelo incentivo constante para que continuasse nos momentos de adversidades, e pela compreensão das minhas ausências.

A minha querida **orientadora Drª. Valéria Coimbra,** por contribuir ricamente na minha formação, por ter me oportunizado os primeiros passos da pesquisa na Iniciação Científica, e por continuar a me acompanhar nesta jornada durante o mestrado. Obrigada pela confiança, amizade, ajuda e paciência na orientação; a você minha eterna admiração.

A minha querida **co-orientadora Drª. Luciane Kantorski,** por contribuir ricamente na minha formação, por acreditar neste projeto, pela competência e disposição em compartilhar seus conhecimentos e experiências; a você minha eterna admiração.

Aos **membros que compõem a Banca**, **Drª. Christine Wetzel, Drª. Ana Cláudia Vieira, Drª. Ana Paula Müller de Andrade e Drª. Michele Mandagará de Oliveira,** agradeço por aceitarem este convite, pelas contribuições e sugestões realizadas durante o exame de qualificação e defesa de Dissertação.

À minha **“amiga-irmã” Elitiele,** pela companhia afetuosa de sempre, pela disponibilidade e preciosa ajuda na realização da coleta de dados, por estar sempre presente e disposta a escutar minhas dúvidas, inquietações e desânimos. Obrigado pelo apoio e amizade.

Às minhas **amigonas Gabi Lobato, Ariane, Adriane, Daiane, Suélen, Sandra, Lia, Micaele, Mariana, Ana Paula,** obrigada pelos momentos que compartilhamos saberes, descontração, desorientação e bom humor; com certeza nos divertimos e amenizamos os momentos difíceis, tornando a caminhada mais leve.

Aos **amigos** que fazem parte do **Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Saúde Coletiva,** obrigada pela oportunidade de aprender e contribuir. Por todos os momentos de encontros oportunizados, pelas noites agradáveis de confraternização, pelas conversas, troca de saberes e dedicação à Saúde Mental, fonte de toda minha inspiração.

A todos os trabalhadores **do CAPSi** e da **rede intersetorial de São Lourenço do Sul/RS,** a vocês, seres humanos incríveis, todo o meu respeito, a minha admiração e eterno agradecimento. O acolhimento de vocês tornou esta pesquisa possível.

A minha **coordenadora Viviane Gomes** obrigada pela confiança, pela oportunidade do primeiro emprego, pela flexibilidade nos horários de trabalho quando precisava me ausentar para as aulas do mestrado, dedicação na escrita do projeto e coleta de dados. Tua compreensão foi crucial para a realização deste trabalho. **Amigas do Grupo SENAC/RS, Cândida, Mariana, Andreia, Flávia, Elitiele, Patrícia, Monique, Nélida, Henriete,** pessoas maravilhosas que sempre me acolheram, obrigada imensamente pelo conhecimento gentilmente partilhado e pelos momentos de descontração.

A todos que, por um lapso, me esqueci de mencionar, mas que colaboraram para que este momento fosse possível; divido com vocês a alegria desta experiência.

Resumo

NUNES, Cristiane Kenes. **Atenção Psicossocial Infantojuvenil – interfaces entre a Rede Intersetorial.** 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

Nos últimos anos, vem sendo reescrita a atenção em saúde mental voltada para crianças e adolescentes. A criança e o adolescente são sujeitos que vivenciam etapas do desenvolvimento humano peculiares e especiais e que merecem atenção, necessitando de estímulo para alcançar um desenvolvimento biopsicossocial satisfatório. Desse modo, teve-se como objetivo geral: Conhecer as ações intersetoriais de atenção à saúde mental a crianças e adolescente assistidos no CAPSi. E como objetivo específico: Identificar as potencialidades e desafios das ações em saúde mental voltadas para criança e adolescente a partir da rede intersetorial. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratório-descritiva, e se constitui um recorte do projeto de pesquisa intitulado "A intersetorialidade e o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil". A proposta de investigação foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob parecer nº 545.964/14, e todos os entrevistados concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados foi realizada entre os dias 12 de maio a 06 de junho de 2014, no município de São Lourenço RS, com os trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi); os familiares de crianças e adolescentes do CAPSi; os trabalhadores da rede intersetorial, por meio de entrevista semiestruturada e observação de campo, totalizando 380 horas. Para o procedimento de análise de dados, os resultados foram agrupados e analisados por meio de temáticas, através da análise operativa de Minayo (2013). O recorte de análise apresentado neste volume refere-se a conhecer as ações e parcerias intersetoriais no âmbito da atenção à saúde mental à criança e ao adolescente assistidos no CAPSi. E os sujeitos que participaram do estudo foram 26 profissionais da rede intersetorial. Os resultados evidenciaram que, para um cuidado efetivo, faz-se necessário o trabalho em rede, articulado aos demais setores e apoiados aos recursos do território, envolvendo, também, a comunidade e os diversos atores que nele se encontram. Entre os setores mencionados apresentam-se, como protagonistas, a educação, a assistência social, a saúde e a justiça, setores apontadas como parceiros na construção de ações intersetoriais voltadas ao segmento infantojuvenil. A intersetorialidade vista como espaço de compartilhamento de saber e de construção de novas formas de agir, possibilita, ainda, o enfrentamento dos problemas, envolvendo todos os atores responsáveis pelo cuidado, criando, assim, espaços de negociações e resultados mais significativos para o cuidado infantojuvenil.
Descritores: Saúde mental, Criança, Adolescente, Serviços de Saúde da Criança, Ação Intersetorial.

Abstract

NUNES, Cristiane Kenes. **Psychosocial Assistance to Children and Teenagers – interface among the inter-sectorial network.** 2014. 110 l. Dissertation (Masters) - Graduation Program from the Nursing School, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

In the last years, the mental health assistance keeps being focused on children and adolescents. The child and the adolescent are subjects that experience stages of human development that are peculiar and special, which deserve attention, and need the stimulus to achieve a satisfactory bio-psychological development. Thus, the general objective is: to know the inter-sectorial actions of mental health assistance to children and adolescents assisted at the CAPSi. The specific objective is to identify the potentialities and challenges of the actions in mental health that are focused on children and adolescents, throughout the inter-sectorial network. It is a qualitative, exploratory and descriptive research, which is constituted as a recut from the research titled "The Psychosocial Care Center of Children and Adolescents and intersectoral". The proposal of investigation was appreciated and approved by the Research Ethics Committee of the Nursing School from the Universidade Federal de Pelotas, under the sight nº 545.964/14, and all of the participants agreed to participate of the research under signature of the informed consent. The data collection was carried out between May 12th and June 6th of 2014, in the town of São Lourenço/RS, with the workers from the Psychological and Counseling Services to Children and Adolescents (CAPSi); the children and adolescents' relatives from CAPSi; the inter-sectorial network workers, throughout semistructured interviews and observation of field, which totalized 380 hours. For the procedure of data analysis, the results were grouped and analyzed through themes, throughout the operative analysis of Minayo (2013). The snippet of the analysis presented in this volume refers to know the inter-sectorial actions and partnerships in the scope of mental health assistance to the child and adolescent assisted at the CAPSi. The subjects that participated were 26 professionals from the inter-sectorial network. The results evidenced that, aiming a effecting care, it is necessary a network, articulated to the other sectors, and supported by the territory sources, which involves also the community and the several other actors that are there. Between the mentioned sectors, it is presented as protagonists the education, social assistance, health and justice, sectors pointed as links to the construction of inter-sectorial actions that embrace the children youth segment. The intersectorality as a space to share knowledge and construct new manners to act, enables much more the coping with problems, which involves the individuals responsible to the care, and creates new spaces of negotiation and more significant results to the children youth care.
Descriptors: Mental Health; Child; Adolescent; Child Health Services; Intersectoral Action.

SUMÁRIO

Apresentação..... 11

I Projeto de Pesquisa..... 13

II Relatório de Trabalho de Campo..... 79

III Artigo I: Atenção psicossocial infantojuvenil – interfaces entre a rede intersetorial..... 97

IV Artigo II: A intersetorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil..... 116

Apresentação

A presente dissertação foi elaborada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UPFel. Foi desenvolvida na área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde e Linha de pesquisa: Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Para que se entenda como se deu a escolha do tema, faz-se necessário uma apresentação pessoal da autora. Meu interesse na área de Saúde Mental surgiu, no primeiro semestre do curso de graduação, a partir da inserção no grupo de Pesquisa de Saúde Mental e Saúde Coletiva. A participação no referido grupo possibilitou-me aprofundar conhecimentos, compreender e experienciar novos saberes no campo da saúde mental, instigando-me ao interesse pela pesquisa e a iniciação científica, reforçou e consolidou esse desejo, quando fiz parte do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

Durante a minha trajetória acadêmica, também tive a oportunidade de participar da coleta de dados das pesquisas REDESUL e CAPSUL II e das fases subsequentes. Transcrições, construção dos relatórios foram experiências importantes, as quais me estimularam novas reflexões, permitindo compreender a importância de buscar novas formas de atuação na assistência em saúde mental.

Por fim, meu interesse pela saúde mental infantojuvenil surgiu no mestrado, ainda cursando disciplinas de preparação de metodologias, construção de projetos, e idealização do projeto de dissertação. Estava certa do tema, saúde mental, mas meu objeto ainda estava incipiente, e apesar de gostar muito da temática que trabalhava na graduação e na iniciação científica, resolvi conhecer outras áreas de pesquisa.

A partir de leituras e buscas, surgiu o desejo de focar meu estudo no campo da saúde mental infantojuvenil. Para tanto, realizei consulta bibliográfica para esse tema nos sites do Banco de Teses da CAPES, Scielo, BVS, entre outros. Dessa

forma, percebi como ainda está frágil a atenção à saúde mental da criança e do adolescente. Constatei uma menor atenção dedicada a esta faixa etária em relação às demais, evidenciando a necessidade de avançar no modo de cuidar e olhar para esta população, de se efetivar as políticas públicas, de ampliar os equipamentos da rede de cuidado, dar maior visibilidade e atenção à infância e adolescência.

A partir do contexto exposto, não foi difícil a minha decisão. Escolhi mergulhar nesse oceano de inquietações e questionamentos acerca da necessidade de interação entre a rede de serviços e as intervenções em conjunto para avançar e consolidar o cuidado, apoiadas na garantia dos direitos das crianças e adolescentes. Diante do exposto, acredito na relevância dessa discussão para contribuir na efetivação das novas propostas de assistência no campo da saúde mental infantojuvenil, bem como na contribuição de novas práticas produzidas nos serviços de assistência às crianças em sofrimento psíquico.

Assim, o Mestrado foi realizado na cidade de Pelotas/RS, tendo início no mês de março de 2013 e conclusão prevista para dezembro de 2014. Conforme o regimento do Programa, esta dissertação é composta das seguintes partes:

I Projeto de Pesquisa: Esta versão inclui as modificações que foram sugeridas pela banca examinadora no exame de qualificação.

II Relatório do Trabalho de Campo: Relata o caminho percorrido pela mestranda desde a escolha do tema e coleta dos dados até a elaboração do artigo e conclusão do Mestrado.

III Produção Científica:

Artigo I: Atenção psicossocial infantojuvenil – interfaces entre a rede intersetorial. Artigo de defesa que será submetido à avaliação na Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE), Qualis B1, após a aprovação pela banca examinadora e realizadas as alterações sugeridas.

Artigo II: A intersetorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil (requisito parcial para defesa de dissertação)

I PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PROJETO DE DISSERTAÇÃO

A INTERSETORIALIDADE E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

Cristiane Kenes Nunes

Pelotas, 2014

CRISTIANE KENES NUNES

A INTERSETORIALIDADE E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Inserido na Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. E linha de pesquisa: Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Valéria Cristina Christello Coimbra

Co-orientadora: Profª. Drª. Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2014

Banca Examinadora

Profª. Drª. Valéria Cristina Christello Coimbra

Profª. Drª. Luciane Prado Kantorski

Profª. Drª. Christine Wetzel

Profª. Drª. Ana Cláudia Vieira

Drª. Ana Paula Müller de Andrade

Profª. Drª. Michele Mandagará de Oliveira

Lista de Figuras

Figura 1- Modelo Esquemático - Círculo Hermenêutico Dialético 46

Lista de Quadros

Quadro 1 – Cronograma de desenvolvimento do projeto
Quadro 2 – Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto

Lista de Abreviatura e Siglas

CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

1 Introdução..... 21

2 Objetivos..... 29

2.1 Objetivo geral..... 29

2.2 Objetivos específicos..... 29

3 Revisão de Literatura..... 30

3.1 Políticas públicas de atenção à saúde mental e o cuidado à criança e ao adolescente..... 30

4 Referencial Teórico 35

4.1 Ações intersetoriais nas práticas em saúde mental voltadas à criança e ao adolescente..... 35

5 Metodologia..... 44

5.1 Caracterização do estudo..... 44

5.2 Instrumentos para coleta de dados..... 47

5.3 Cenário do estudo..... 47

5.4 Sujeitos do estudo..... 49

5.5 Critérios para inclusão do estudo..... 49

5.6 Procedimentos para a coleta de dados..... 50

5.7 Análise dos dados..... 51

5.8 Aspectos éticos..... 52

6 Recursos do projeto..... 53

7 Cronograma das atividades..... 55

8 Referências..... 56

Apêndices..... 65

Anexos..... 77

1 Introdução

Nos últimos anos vem sendo reescrita a atenção em saúde mental voltada para crianças e adolescentes. O ser criança requer cuidados especiais, e olhares especializados. Assim, assistir e cuidar dessa população, adoecida psiquicamente, demanda uma lógica que permita conceber a criança e o adolescente como sujeitos que vivenciam etapas do desenvolvimento humano peculiares e especiais e que merecem atenção, necessitando de estímulo para alcançar um desenvolvimento biopsicossocial satisfatório.

Historicamente, a concepção de criança e adolescente, por um longo período da existência humana, esteve ausente. Segundo Ariès (2012), o conhecimento sobre infância surgiu tardiamente, na Idade Média. Esse entendimento era desconhecido, o que se confirma através da arte medieval em que, até o século XII, não se fazia presente nenhuma expressão infantil, presumindo que essa ausência não fosse devido à falta de habilidade ou de competência, mas de que a infância não tivera lugar nesse período.

No entanto, por volta do século XVII, uma mudança do pensamento surgia entre a burguesia, e o termo infância ganha espaço e se aproxima ao sentido moderno; a ideia de infância passa a ser entendida como dependência. Isso significava que, quando a criança possuía algum tipo de autonomia, dispensava cuidados de sobrevida. Entre os cinco ou sete anos, ela demonstrava estar pronta para adentrar a vida adulta em toda sua dimensão (Áries, 2012; MOTA; SILVA, 2011).

Por volta do século XIII, surge um sentimento, no meio familiar, chamado de “paparicação”, destinado às crianças bem pequenas. Então, estas saem do anonimato e passam a figurar em cenas de retratos de famílias. Nesse período, a infância deixa de ser invisível e começa a ser observada (MOTA; SILVA, 2011).

Conforme Áries (2012), as crianças, nos séculos XIV, XV e XVI, eram vistas como um adulto em miniatura. O mesmo autor refere que o tratamento dispensado às crianças se igualava ao público adulto. O período da infância era breve, pois logo se misturavam aos mais velhos.

Dada à importância para a construção histórica a partir de como a sociedade olhava para a criança, é necessário o olhar também na ótica da atenção no campo da saúde mental, tema que até meados do século XVIII não teve tanta relevância para a sociedade e, por conseguinte, para questões da saúde (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013).

Embora o foco tenha sido, por muito tempo, a população adulta, é possível observar avanços favoráveis na atenção à saúde infantil, sendo notáveis as mudanças que impulsionaram e reorientaram a implantação de novas formas de cuidado, especialmente a partir da década de 80.

Apesar de tardio e recente, é possível marcar, como ponto de partida, a Constituição Federal de 1988, a qual representou um marco definitivo para o modelo de assistência à saúde infantil, que passa a ser considerada prioridade absoluta, estabelecendo seus direitos por intermédio da Lei 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e reestruturando, assim, as instâncias jurídica, política e social.

No campo da saúde mental, a promulgação da Lei 10.216 e a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ambas em 2001, possibilitaram a inserção das questões infantojuvenis na agenda pública, levantando relevantes problemas de saúde mental em crianças e adolescentes que haviam sido mantidos em silêncio.

A Lei 10.216 redirecionou o modelo assistencial, estabelecendo que o tratamento necessitasse ser realizado em serviços comunitários, bem como redirecionou o modelo de assistência em saúde mental dividido nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi – infantojuvenil e CAPSad – álcool e drogas. Nesse contexto, os CAPSi são serviços direcionados para o público infantil e adolescente, como dispositivos estratégicos para essas novas práticas de saúde (BRASIL, 2007).

Os serviços de atenção psicossocial diários, denominados CAPS, se definem, também, como equipamentos de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial, os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social (BRASIL, 2004).

Os CAPSi são serviços substitutivos que compõem a rede de atenção diária voltado a crianças e adolescentes, com grave comprometimento psíquico, incluindo, ainda, nessa categoria, os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e

todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004).

Conforme o Ministério da Saúde (2004), os CAPSi foram planejados inicialmente para as cidades com 200.000 habitantes ou mais. Devem apresentar uma composição multiprofissional, incluindo um psiquiatra, um neurologista ou pediatra, com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior entre as categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e cinco profissionais de nível médio técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Faz parte das atribuições desses serviços a responsabilidade pelo atendimento de pacientes e de suas famílias, segundo as necessidades de cada caso, desenvolvendo atividades terapêuticas diversificadas, com um horário de funcionamento integral, de segunda a sexta feira, das 7h às 18h. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas (BRASIL, 2004).

Já a III CNSM apontou a necessidade de ampliar as iniciativas da Reforma Psiquiátrica à população infantojuvenil, responsabilizando o país a cuidar e tratar os sujeitos passíveis de sofrimento mental. Ainda com a necessidade de estender as iniciativas da reforma psiquiátrica à população infantojuvenil, foi realizado o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, constituído pela Portaria 1.608/2004, que debateu questões referentes a crianças e adolescentes com transtornos psíquicos, e institucionalizados (BRASIL, 2005).

Essa nova lógica de cuidado recoloca a criança e o adolescente como sujeitos singulares que devem ser abordados a partir dessa condição. Isso requer um olhar humanístico, considerando que cada indivíduo traz consigo uma história, um jeito de ser; mesmo que tenham diagnósticos semelhantes, são pessoas únicas, e, como tais, devem ser tratadas e respeitadas (BRASIL, 2012).

Estes movimentos não só corroboraram para as reflexões acerca da atenção em saúde, como proporcionaram garantias de proteção integral à criança e ao adolescente, entendendo que ambos necessitam de cuidados e atendimentos especiais para garantirem sua proteção e seu desenvolvimento adequado (MACHINESKI; SCHNEIDER, 2012).

Apesar de serem notórios os avanços obtidos nas políticas de saúde referentes à infância e adolescência, ainda há um longo caminho a percorrer. A

atenção à saúde mental infantil, como parte integrante da assistência à saúde integral da criança, configura-se como um problema de relevância para a saúde pública e merecedora de reflexão de todos os que estão envolvidos com a atenção integral à saúde das crianças e adolescentes. (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 1999).

Ainda que seja significativo o impacto das ações que asseguram o cuidado ao público infantojuvenil, estudos epidemiológicos também representam grande importância para avaliar a magnitude dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, sendo muito úteis para determinar e auxiliar no planejamento de políticas públicas, organização dos serviços e estabelecimento de programas de intervenção e tratamento (BORDIN; PAULA, 2007).

Estudos epidemiológicos na área de saúde mental infantojuvenil, incluindo pesquisas em outros países da América Latina, revelam taxas de prevalência de problemas de saúde mental na infância e adolescência (BELFER, 2005). Sendo assim, estimativas atuais apontam que uma entre quatro a cinco crianças e adolescentes no mundo sofre de algum transtorno mental (PATEL; FLISHER; HETRICK et al, 2007).

No cenário brasileiro, há indicadores de que 10 a 20 % de crianças sofrem com algum tipo de transtorno mental e, dessas, 3 a 4 % necessitam tratamento intensivo (GUERRA, 2003; RIBEIRO, 2006; SANTOS, 2006; SPOSITO; SAVOIA, 2006; HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008). Como deficiências mentais mais frequentes nessa população, elencam-se o autismo, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade (BRASIL, 2005).

A faixa etária que mais procura os serviços de saúde mental infantojuvenil é, em sua maioria, entre 6 e 11 anos, do sexo masculino indicando a prevalência de um ou mais transtornos psiquiátricos e apresentando, como principais queixas mencionadas pelas famílias, dificuldades de aprendizagem e agressividade (ESPOSITO; SAVOIA, 2006; DELFINI et al, 2009; ZAVASCHI et al, 2009; HOFFMAN et al, 2008; SANTOS, 2006).

Os diagnósticos mais frequentes entre sujeitos do sexo masculino foram os de esquizofrenia, síndromes comportamentais, transtornos do desenvolvimento psicológico e transtornos do comportamento. Já no sexo feminino, houve mais diagnósticos de transtornos de humor e transtornos neuróticos (ESPOSITO;

SAVOIA, 2006; MONTEIRO et al, 2007; PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2010; HOFMANN et al, 2008).

Com base nesses dados, é importante reforçar que grande parte da população que vive em condições desfavoráveis, ou exposta a muitas situações de risco está, ainda, mais vulnerável e predisposta a desenvolver problemas de saúde mental, intimando a sociedade a promover prevenções precoces nessa área. (BORDIN; PAULA, 2007).

Em relação à situação atual da rede de saúde mental infantojuvenil no Brasil, no que concerne aos CAPSi, a partir de dados disponíveis em relação à expansão da rede, o número de CAPSi se encontra bastante inferior ao preconizado e, por isso, constitui-se um importante desafio a ser enfrentado.

Existem, atualmente, 149 (cento e quarenta e nove) CAPSi cadastrados e em funcionamento. Contudo, o parâmetro populacional instituído pela base normativa do Ministério da Saúde indica esses equipamentos para cidades de 200.000 habitantes ou mais, sendo assim, esse número deveria estar presente em, aproximadamente, 130 cidades no país, nas quais, certamente, a existência de CAPSi deveria ser maior do que um equipamento (SILVA, 2011).

Registros apontam para uma ampla criação e implementação de CAPSi a partir do ano de 2006, que contabilizava 75 serviços nesse período, para 149 serviços no ano de 2011. Embora tenha havido um crescimento significativo desses serviços, considera-se ainda um número inferior em relação à demanda, indicando a necessidade de ampliação, bem como maior qualificação (BRASIL, 2010).

Essa insuficiência de serviços de Saúde Mental se faz presente nos estados do Acre, Amazonas, Rondônia, Roraima e Tocantins, pois não possuem registro de nenhum CAPSi. Por outro lado, a distribuição de CAPSi, por estados brasileiros que mais se concentram, está nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Ceará (BRASIL, 2012; 2011; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Importa destacar, ainda, que faz parte das atribuições desses serviços o estabelecimento de parcerias com os demais serviços da rede de atenção em saúde, assim como com outros setores, como educação, assistência social, justiça, lazer, pois possibilita ampliação do cuidado para esta população que, muitas vezes, se encontra em situação de vulnerabilidade, e o seu cotidiano circula por espaços além da saúde (DELFINI, 2010).

É importante lembrar que o campo da saúde mental não implica só o setor saúde, mas também abrange outros campos, colocando-se a necessidade de uma integração intersetorial de iniciativas como na área da assistência social, educação e justiça (VASCONCELOS, 2001).

Ao examinar os dados oficiais sobre a realidade brasileira dos serviços públicos pode-se observar a existência de diferentes setores dirigidos à infância e juventude. E a constatação desses serviços é fundamental para a superação de uma atenção política e gestora estáticas, substituindo-as por intervenções positivas e significativas capazes de articular uma rede assistencial (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Dessa forma, Lauridsen-Ribeiro; Tanaka (2010) e Lima; Vilasbôas (2010) referem-se à intersetorialidade como a articulação de diversos setores que permitem compartilhar responsabilidades e saberes, possibilitando um olhar ampliado para solução dos problemas encontrados, garantindo a inclusão social, a cidadania e os direitos humanos.

Nessa perspectiva, Lauridsen-Ribeiro; Tanaka (2010) alertam para a importância de refletir sobre a saúde mental infantojuvenil como uma questão que vise, além da intervenção, da doença e seu tratamento, fatores sociais mais complexos, demandando uma articulação intersetorial, guiada para a construção e planejamento de políticas públicas de saúde mental cada vez mais efetivas na população.

Considera-se, ainda, que a intersetorialidade pode se tornar um dos eixos principais para a consolidação de um sistema de saúde mais efetivo. Que é possível construir uma interface ativa no trabalho em saúde mental, e, especialmente, com a Educação, a Assistência Social, a Justiça e os Direitos Humanos – setores historicamente relevantes na assistência às crianças e aos adolescentes (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2010; LIMA; VILASBÔAS, 2010).

Neste contexto, a intersetorialidade deve ser tanto um princípio da política de saúde mental quanto uma diretriz fundamental para a organização e operacionalização dos serviços, e não deve ser reduzida somente à presença de serviços, mas que se efetive através de ações pactuadas, compartilhadas e constatadas entre os distintos programas (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2010; COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008).

Em todas as propostas recentes para a atenção à saúde da criança e adolescente observa-se a valorização das ações intersetoriais. A perspectiva dessas ações, em conjunto na atenção à saúde infantil, deve ser pensada e concretizada, contemplando tanto medidas amplas, consoantes com a efetivação de direitos, quanto em mudanças nas formas de organizar e gerir os serviços de saúde e nos modos destes realizarem a atenção coletiva e individualizada nos diferentes níveis assistenciais (GAÍVA; MANDÚ, 2006).

Contudo, a intersetorialidade, no sistema de cuidados, ainda se constitui em um desafio central. A necessidade de integração e articulação efetiva-se entre os diferentes serviços e programas existentes com vistas às ações de saúde mental. Portanto, intersetorialidade não se reduz à simples presença de serviços, mas materializa-se quando uma linha de ação comum pode ser pactuada, partilhada e verificada entre diferentes programas (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Sendo assim, no que tange à intersetorialidade no cuidado à saúde mental para infância e adolescência, o principal problema brasileiro parece situar-se na desarticulação dos serviços públicos, e não na ausência absoluta de recursos. O sistema brasileiro possui uma base concreta para construção de caminhos eficazes em prol de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental para as crianças e jovens. O que requer nada mais é do que transformação desta matéria bruta, mas potencial, em realidade assistencial. Para isso depende-se de que as estratégias de cuidado à saúde mental infantojuvenil possam ser expandidas e articuladas nas diferentes ações setoriais (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Diante do exposto, este estudo tem como **pressuposto** que as crianças e os adolescentes vivenciam etapas do desenvolvimento humano peculiares e especiais, que merecem atenção, necessitando compreensão e estímulo para alcançar um desenvolvimento biopsicossocial satisfatório. E do ponto de vista legal, necessitam de acesso à saúde, à educação, proteção social, promoção e garantia de direitos e prevenção à violência.

Considerando a exposição acima, reforça-se que esta atenção à criança e ao adolescente deve ocorrer em espaços compartilhados e articulados com os diversos setores, sejam eles saúde, educação, assistência social e justiça. Estes setores, apesar de existentes, atuam muitas vezes de forma fragmentada e isolada, dialogando menos do que deveriam. Assim, as ações em saúde mental, voltadas

para a criança e adolescência, se realizadas em conjunto e ancoradas na articulação, constituem potencialidades importantes para os serviços.

Ainda, pretende-se colaborar com a expansão, consolidação e fortalecimento das políticas públicas no município estudado. Assim como propiciar subsídios para transformações do modelo assistencial e fortalecimento da atenção psicossocial, principalmente no que se refere ao cuidado ao público infantojuvenil.

Considerando a relevância do tema no campo da saúde, o presente estudo apresenta a seguinte questão norteadora: **Quais são as ações intersetoriais de atenção à saúde mental a crianças e adolescentes assistidas no CAPS i, bem como suas potencialidades e desafios dessa articulação?**

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral:

Conhecer as ações intersetoriais de atenção à saúde mental a crianças e adolescentes assistidos no CAPSi.

2.2 Objetivo específico:

Identificar as potencialidades e desafios das ações em saúde mental voltadas para crianças e adolescentes a partir da rede intersetorial.

3. Revisão de Literatura

Na revisão de literatura, será abordado tópico relacionado às políticas públicas voltadas à criança e ao adolescente.

3.1 Políticas públicas de atenção à saúde mental e o cuidado à criança e ao adolescente

A infância e a adolescência são etapas do desenvolvimento muitas vezes complexas que o ser humano vivencia na passagem para a idade adulta. É uma fase marcada por muitas mudanças, crises, adaptações ao novo corpo, adaptação ambiental e integração social (SANTOS; FERRARI; TONETE, 2009).

Diante desse fato, considera-se importante a necessidade de aprofundamento sobre as ações das políticas públicas voltadas para a saúde mental e que esse avanço possa contemplar e efetivar, também, as ações intersetoriais. Dentro dessa perspectiva, os serviços de saúde mental infantojuvenil, que hoje regem as políticas de saúde mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar (MACHADO, 2011).

A mesma autora ainda sugere que se possam ampliar essas ações, para acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida da pessoa em sofrimento mental, reconhecendo-a como um ser integral com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, construindo, assim, uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um.

No entanto, no cenário brasileiro, as políticas públicas de saúde, em especial as relacionadas à saúde mental infantojuvenil, têm-se evidenciado ainda de forma desigual comparada a dos adultos. Do ponto de vista das políticas públicas, relacionadas à infância e à adolescência, pode-se entender como um conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando-se um compromisso público que visa a dar conta de uma determinada demanda, em diversas áreas (JAEGER; MOTTA; ROCHA; et al, 2013).

Apesar disso, a construção dessa política ainda se configura como um dos maiores desafios para a Saúde Mental. Isso tem sido reiteradamente sinalizado por

pesquisadores e trabalhadores e traz à tona a lacuna existente no campo da saúde pública nesta área. Para tanto, faz-se necessário traçar diretrizes para promover um desenvolvimento saudável dessa população, por meio de uma rede intersetorial e corresponsável (MACHADO, 2011).

O reconhecimento da criança e do adolescente enquanto sujeitos de direitos constata-se como uma conquista recente da sociedade brasileira. As primeiras ações de proteção às crianças surgem no final do século XIX e início do século XX, destacando-se a Declaração Universal dos Direitos da Criança e dos Adolescentes, em 1959, a Constituição Federal em 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990. A partir dessa lei, muitas políticas públicas voltadas à proteção da criança foram criadas no âmbito da saúde, educação e assistência social que buscam promover estratégias de proteção à criança e ao adolescente assegurando-lhes proteção integral (JAEGER; MOTTA; ROCHA; et al, 2013).

Ao fazer referência sobre os direitos da criança e do adolescente, assim como a consolidação desses direitos, imprime-se um status de prioridade absoluta para esta população. Isso foi possível a partir da promulgação da Constituição da República, em 1988, e do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, que regulamentaram a teoria da proteção integral, atentando-se para a concepção da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e a afirmação da sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Devido a isso, incumbiram a família, juntamente com o Estado e a sociedade em geral, assegurar-lhes os direitos fundamentais.

A partir das mudanças do sistema jurídico brasileiro acerca dos direitos das crianças e dos adolescentes, passou-se a investir em educação; admitir a questão da criança abandonada e da pobreza como problema de assistência social (SAETA; SOUZA NETO, 2006). A criança, durante um longo período, esteve no rol dos desprovidos de importância; era vista como um ser improdutivo que o adulto tinha que alimentar e proteger. No entanto, o entendimento que se tem sobre infância foi se desenvolvendo no decorrer do tempo, não existindo, portanto, uma única ideia de infância na história da humanidade (LOPES; MACIEL, 2011).

Na idade média, a sociedade compreendia esta população apenas como adultos em miniaturas, pois era necessário prepará-los para esta fase da vida, sem espaços para a inocência e brincadeiras. A infância era um período curto, pois entravam na fase adulta sem absolutamente nenhuma transição. Inclusive a escola

negava as particularidades referentes às crianças, já que frequentavam o mesmo espaço de sala de aula adultos e crianças (ARIÈS, 2012).

Conforme ainda aponta Ariès (2012), as crianças recebiam um tratamento diferenciado somente até o momento de conquistar a independência física. Assim que tivesse capacidade de suprir suas necessidades mais básicas, a dependência não mais existia. Nessa época também era comum encarar com naturalidade o óbito de crianças por falta de cuidados.

O importante era a criança crescer rapidamente para poder participar do trabalho e de outras atividades do mundo adulto. Todas as crianças, a partir dos sete anos de idade, independentemente de sua condição social, eram colocadas em famílias estranhas para aprenderem os serviços domésticos. Os pequenos aprendiam os ofícios observando os mais velhos, ou outras crianças; trabalhavam como aprendizes, auxiliando e servindo adultos em casas de outras famílias. Nessa época, a criança aprendia através da prática; as atividades domésticas não eram consideradas ofensivas e constituíam uma forma comum de educação tanto para ricos, como para pobres. Era através do serviço que se transmitia a uma criança a bagagem de conhecimentos, a experiência prática e o valor humano que pudesse possuir (RODRIGUES, 2009; ARIÈS, 2012).

Do ponto de vista histórico, a infância surge somente a partir do século XVIII (1750). Até então, esse período de desenvolvimento humano não estava presente no corpus de conhecimentos. A participação das crianças na sociedade estava restrita e sem cuidados especiais às suas necessidades (AMARILHA, 2002). A construção da infância, pode-se dizer, começou a ter outros entendimentos entre os anos de 1850 a 1950, a partir do desenvolvimento das ciências humanas. No entanto, este conceito de infância se consolidou pelo discurso da psicologia, da pedagogia e da medicina, fazendo referência como algo a ser lapidado, elaborado, que deve ser construído para ser um futuro adulto bem formado (SILVA, 2014).

A concepção de infância que é dada na atualidade é muito diferente daquela concebida no passado. A partir da Idade Moderna é que se pode constatar uma concepção de infância mais próxima dos dias atuais (ARIÈS, 2012). A infância é uma palavra advinda do latim *infantia* que significa – “incapacidade de falar”. Esse conceito deriva do fato de se considerar que a criança era incapaz de falar, “incapaz de pensar”. A criança era percebida como um ser incompleto e dependente de um

tutor, o qual lhe cabia apenas a responsabilidade por sua subsistência (AMARILHA, 2002).

Já na Idade Moderna, a criança passa a ser prioridade, é o início do reconhecimento da infância como um estágio de desenvolvimento merecedor de tratamento especial (LOPES; MACIEL, 2011). Nesse período, as crianças se tornaram o centro das atenções dentro de suas famílias. A graciosidade e a inocência percebidas nos pequenos possibilitaram cada vez mais a aproximação dos pais com seus filhos. A partir desse momento, a morte dos filhos não é mais assistida com a naturalidade que era verificada na Idade Média, conferindo-se o início de uma preocupação não apenas com a saúde física, a higiene e com os cuidados com as crianças, mas ampliava-se para que fossem amparadas no seio familiar e que necessitassem de educação, amor e respeito (ARIÈS, 2012).

No final do século XVIII, a criança tornou-se alguém que precisava ser cuidada, escolarizada e preparada para uma performance futura, sendo indicado o ensino primário às classes populares com a finalidade de formar mão de obra. Já para o público burguês, foi instituído o ensino secundário que privilegiava uma formação que incentivava pensadores e, consequentemente, a sucessão dos grupos hegemônicos. Ainda para esta classe, foi difundido o ensino superior nas universidades (RODRIGUES, 2009).

A criança começa a ocupar seu lugar no mundo, na sociedade e na família. Não faz mais parte do mundo adulto, pois agora tem o seu espaço, porém, a partir de seu reconhecimento, surgiram também as limitações. As instituições escolares recomendavam que elas ficassem enclausuradas e excluídas da vida social adulta, impedidas de participar do que antes era comum em sua rotina (festividades, eventos, entre outras); para elas cabiam apenas atividades específicas para a idade (KULLER, 2008).

O termo adolescência também permaneceu ausente por um longo período da história, vindo a ser construído socialmente no século XX. Eram sujeitos sem direitos, movidos ao acaso e desprovidos de segurança e legislação (DIAS; SILVA, 2012). A figura do adolescente, no menino delineada com precisão por Ariès (2012), está delimitado entre a primeira comunhão e o bacharelado, e, na menina, o período ocorre da primeira comunhão ao casamento.

A palavra adolescência vem do latim *adolescere*, que significa crescer. Para as autoras Dias e Silva (2012), a adolescência também pode ser definida como um

período de grandes transformações corporais, assim como uma fase na qual os projetos de vida têm sua construção problematizada com a saída do mundo infantil e a entrada no mundo adulto.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), do ponto de vista etário, considera-se adolescente o indivíduo entre os 10 e os 19 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e, como adolescente, aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 2008).

Pensar o cuidado para as crianças e adolescentes implica refletir além das novas portarias e leis; deve-se estabelecer outras formas de cuidado articuladas que rompam a lógica da exclusão. Não é novidade que, nas últimas décadas, a atenção à saúde direcionada à criança e ao adolescente vem se tornando uma prioridade em muitos países e tem representado um desafio para os profissionais de saúde que se dedicam a esta população.

É dentro dessa concepção e atrelado às diretrizes da Reforma psiquiátrica que se faz necessário pensar em ideias voltadas para políticas públicas em saúde mental, mas direcionadas à assistência infantojuvenil, na qual se compartilham saberes e poderes, para enfrentar problemas diversos e dar uma resposta a uma necessidade ou situação, reescrevendo, assim, um novo capítulo nesta história a partir de novos princípios éticos e políticos na rede de atenção à criança e ao adolescente (MACHADO, 2011; SANTOS, 2013).

Vale sublinhar que as crianças e os adolescentes circulam por vários espaços sejam de convivência, como escolas, centros de esportes, dentre outros serviços, reforçando, assim, articulação da rede. Diante disso, é necessário que a saúde mental se articule com esses espaços para que o cuidado se dê integralmente. Na saúde mental, o território psicossocial deve atravessar todos os setores, pois não tem como falar do atendimento à infância e à adolescência sem pensar no cuidado intersetorial.

4. Referencial Teórico

4.1 Ações intersetoriais nas práticas em saúde mental voltadas à criança e ao adolescente

O cuidado à criança e ao adolescente, por um longo período, esteve distante das prioridades das políticas públicas, tanto no cenário brasileiro como em boa parte do mundo. O reconhecimento e inclusão na agenda das políticas públicas se fizeram urgente a partir da importância de garantir os direitos da criança e do adolescente conforme preconizado no ECA, e Constituição de 1988, despontando significativas mudanças no panorama das políticas de saúde mental infantojuvenil (NOGUEIRA, 2012).

Sendo assim, o desenho da rede de saúde mental para essa população deve priorizar um atendimento de foco territorial, comunitário e em concordância com a construção de uma rede de serviços que contemple ações focadas e integradas aos diversos setores (OLIVEIRA et al, 2012). Nesse contexto, ao pensar como tem se constituído o diálogo entre o CAPSi e as demais políticas setoriais, requer direcionar o olhar às ações voltadas à saúde mental na infância e adolescência articuladas ao que se propõe na perspectiva da atenção psicossocial.

Para tanto, faz-se necessário que as ações, nesse campo, além de priorizar a inclusão dos demais setores, articulem seus saberes, incluindo ações de cuidados diversificados, para que, num processo de diálogo intersetorial, garanta-se a integralidade dos cuidados, como pleiteia o paradigma da atenção psicossocial (ZANIANI; LUZIO, 2014).

No que se refere à intersetorialidade, os autores acima entendem como uma estratégia em que os diferentes setores sociais, com seus saberes e práticas articulam-se e se integram com vistas a orientar e garantir um cuidado efetivo. Assim como entendem que tais ações devem ultrapassar aquelas estabelecidas pela política de saúde e abranger todas as dispensadas pelas diferentes políticas setoriais, instituições e de serviços (educação, assistência social, cultura, esporte e lazer, justiça, etc.) que compõem a rede de relações do sujeito.

A intersetorialidade como um princípio fundamental para consolidar a rede de cuidados à criança e ao adolescente, além de representar uma prioridade na atenção em questão, deve destacar a necessidade de consonância em ações e parcerias entre os diversos setores envolvidos, o que demanda uma rede articulada e eficiente. Sendo assim, é essencial que os atores desse processo sintam-se e sejam capazes de atuar na rede, reconhecendo-se como integrantes e construtores dessa rede (OLIVEIRA; REIS, 2012).

Nesse cenário, a Política de Saúde no Brasil, no âmbito da legislação, requer uma organização de forma intersetorial, e, para a sua efetivação, deve englobar outros setores além da área da saúde, mas também a educação, a assistência social e o exercício pleno dos direitos. Nessa conjutura, percebe-se que essas políticas estão alinhadas aos objetivos do ECA, e empenhadas na tentativa de viabilizar e efetivar a proteção integral proposta nesse documento.

Diante disso, a década de 80 esteve marcada não somente pelo processo de democratização, mas também pela entrada de novos atores políticos, colocando os direitos sociais e a melhoria das condições de vida em pauta. A proteção à infância e à adolescência foi uma das bandeiras de luta em prol dos direitos humanos, presentes na Constituinte (MARQUES, 2010). Contudo, para que se almeje a tão desejada atenção à saúde da criança, são necessárias ações articuladas com as diferentes áreas dos saberes e de decisões que assumam atenção à saúde como uma política para o bem coletivo (FROTA et al, 2010).

Embora existam ações nessa direção, não há outra forma de pensar a atenção à saúde para estes sujeitos que não seja necessariamente intersetorial. As crianças e os adolescentes devem ganhar uma posição prioritária no campo dos direitos, sejam eles relacionados à saúde ou ao seu desenvolvimento pessoal e social, pois não há como fazê-las crescer e desenvolverem-se sem a necessária proteção social e integral (SANTOS et al, 2011).

Nesse sentido, conforme as autoras Santos et al (2011), além da proteção desses direitos providos pelas políticas públicas intersetoriais, carecem ainda de laços protetores familiares, proporcionando-lhes acolhimento, para enfrentarem a difícil tarefa de crescer e pertencer ao mundo.

Dentro desse contexto, sabe-se que a criança é um ser em formação e transformação, dependente em algumas fases de outras pessoas e do ambiente que a cerca. E a infância é um período em que transcorrem o crescimento e o

desenvolvimento da pessoa, seja física, psicossocial e emocionalmente. E este processo é intenso e dinâmico, fazendo, dessa fase, um acompanhamento necessário e importante, pois nele estão presentes elementos considerados como essenciais à saúde da criança (VIEIRA; LIMA, 2006).

A consolidação e o entendimento dessa etapa para a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes se apresentam como um principal desafio na atual reforma psiquiátrica. O ECA foi um grande impulsionador, já que defende e garante a proteção integral da criança e do adolescente, legitimando, claramente, que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência e discriminação (BRASIL, 2008).

Para tanto, torna-se indispensável a articulação das ações em saúde com outras áreas de políticas públicas. Essa preocupação do setor saúde com a promoção de políticas intersetoriais é observada através da vinculação deste conceito com a área da saúde e nos discursos em torno da promoção de saúde (SCHULZ, 2009; MONNERAT; SOUZA, 2010).

A ideia de promoção da saúde configura-se pela busca de uma melhor assistência para todos, e começou a ganhar destaque na 8º Conferência Nacional de Saúde em 1986, a qual apresentava como lema “Democracia e Saúde”; um marco para a afirmação do direito à vida e à saúde (BRASIL, 2006).

Teve continuidade na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, cujo tema defendia a Declaração de Alma-Ata para Cuidados Primários em Saúde, apontando a ideia de intersetorialidade. As demais II e III Conferência Internacional, em 1988 e 1991, respectivamente, também englobaram temáticas acerca da promoção da saúde, Políticas Públicas e cidades saudáveis, enfatizando a participação comunitária e a cooperação dos diferentes setores (WHO, 2008).

Nesse âmbito, ainda, vale ressaltar a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo tema foi “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Esse evento não apenas permitiu a convocação dos setores envolvidos com as políticas públicas, como também de todos aqueles que

têm indagações acerca da saúde mental. Esta convocação acerca da intersetorialidade tornou-se um avanço radical se comparado às conferências (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, a garantia da saúde implica, segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde, que a produção de saúde necessita de comprometimento e de corresponsabilização entre trabalhadores da saúde, usuários e território. Do mesmo modo, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros. Dessa forma, situa-se a intersetorialidade como a possibilidade de comprometimento dos diferentes setores com a questão da saúde (BRASIL, 2006).

Define-se, então, intersetorialidade como uma articulação dos distintos setores, em corresponsabilizarem-se pela garantia da saúde como direito humano, de cidadania, de mobilização na formulação de intervenções. Tal processo implica, ainda, a troca e a construção coletiva de saberes e práticas, propiciando aos setores envolvidos a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2006).

Dessa forma, defende-se e apoia-se que a articulação entre os diversos setores sociais responsáveis pelo cuidado, elencando o judiciário, a educação, a saúde e a assistência social ocorra como um esforço coletivo, essencial para que se construa uma política integrada e sólida.

Nessa perspectiva, a intersetorialidade é uma proposta desafiadora e ao mesmo tempo uma forma inteligente de trabalhar as políticas públicas. Para isso, convoca-se a participação de todos os sujeitos, consentindo-os a criar espaços de estabelecimento da comunicação nas decisões entre os diferentes setores, seja no âmbito da saúde, da educação, do trabalho, da habitação, da cultura, entre outros (BRASIL, 2007).

A intersetorialidade passa a ser entendida não apenas como uma nova lógica de gestão, mas como um princípio, ou um paradigma norteador, que ultrapassa um único setor da política social. Pode-se, ainda, elencá-la na categoria de estratégia, como um instrumento de otimização de saberes, de competências e de relações sinérgicas, a favor de um objetivo comum e como prática social compartilhada, que requer pesquisar, planejar e avaliar para a realização de ações conjuntas (PEREIRA, 2004).

Outros autores também contribuem acerca dessa temática, referenciando-a como uma articulação de saberes e experiências importantes para o planejamento, no que tange à realização e avaliação de ações. Dessa forma, o objetivo esperado repercutirá em resultados setoriais integrados nas diversas situações complexas, culminando num efeito sinérgico no desenvolvimento social e em impacto positivo nas condições de vida da população (JUNQUEIRA; INOJOSA, 2001).

A intersetorialidade também pode ser definida como um processo complexo, que defende a abertura de novos espaços de participação, incidindo no investimento do empoderamento e da inclusão de novos atores sociais no processo de decisão dos espaços públicos de política e de gestão (FEUERWERKER; COSTA, 2000).

Ainda de acordo com as mesmas autoras, a intersetorialidade representa uma nova forma de trabalhar, que pretende superar a fragmentação dos conhecimentos e das setorizações. Atuando dessa forma, produzem-se efeitos mais significativos na saúde da população e se constroem políticas públicas mais eficientes. A intersetorialidade assume, também, um enfoque de mobilizadora de sujeitos e práticas.

A partir desse ponto de vista, as práticas intersetoriais, além de possibilitar a abordagem e o atendimento articulados no que tange aos problemas e demandas da população, garantem com absoluta prioridade à infância e à adolescência a efetivação das políticas públicas (BRASIL, 2005; ANDRADE, 2006).

No campo jurídico, compete a proteção da infância e da adolescência, sendo que esse compromisso não prevê apenas garantir amparo, como em assumir providências legais àquelas pessoas que se encontram em condição peculiar de desenvolvimento, especialmente quando relacionadas a questões de violência doméstica e maus-tratos (RAPOSO, 2009). As situações que envolvem maus-tratos e violência em crianças e adolescentes necessitam de acolhimento humanizado, assistência, assim com em demais situações de risco como alcoolismo, uso de drogas, exigindo, dessa forma, a articulação da rede de proteção aos direitos desse público, seja através dos Conselhos Tutelares, Juizados da Infância e Juventude, Promotorias, Ministério Público (MARTINS; MORAES; SILVA, 2013).

Já no campo da Assistência Social, a proposta visa a proteger e amparar as crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social e tem por objetivo garantir proteção à família, amparo às crianças e adolescentes carentes, proteção da criança e do adolescente de todas as formas de exploração do trabalho,

contribuindo para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, bem como promovendo o acesso à escola, à saúde, à alimentação, ao esporte, ao lazer, à cultura, bem como à convivência familiar e comunitária (COELHO et al, 2012).

Monnerat e Souza (2010) discorrem que, na Educação, também são evidentes os esforços para empreender experiências intersetoriais. A necessidade de articulação se confirma com a persistência de indicadores negativos relativos à evasão escolar, elevadas taxas de analfabetismo, heterogeneidade em relação idade/série. O olhar da educação sobre a intersetorialidade infere no reconhecimento de que os problemas que afetam as famílias recaem diretamente nas condições de aprendizagem das crianças e adolescentes

A combinação de todos esses fatores apontados, voltados para a efetivação e concretização das ações propostas para essa parcela da população tem representado um desafio. Atualmente, o modelo de atenção baseado na articulação de setores diversos, que compõem o sistema de proteção social e através da articulação de parcerias como condição essencial, deve propor programas e ações para a promoção, garantia e efetivação do atendimento integral à infância e adolescência (RAPOSO, 2009).

Diante disso, fica evidente a necessidade de se construir e se fortalecer o trabalho em rede. Essa afirmativa vai ao encontro dos autores Comerlatto et al. (2007), que discorrem sobre a intersetorialidade ser trabalhada na perspectiva de rede, compartilhando poderes e saberes e construindo novas práticas e linguagens.

Bourguignon (2001) defende que cada política pública possui uma rede de serviços. E que o termo “trabalhar em rede” sugere a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, para garantir a atenção na sua totalidade aos segmentos sociais, vulnerabilizados, ou que se encontrem em situação de risco social e pessoal.

Segundo Junqueira; Inojosa e Komatsu (1997), os setores, sejam eles atuantes da saúde, educação, assistência social ou de direitos, tendem a tratar a população e suas demandas de forma fragmentada, e, solitária, o que faz deste modelo setorizado ineficiente, já que promove ações de caráter isolado. Nessa direção, a intersetorialidade é chamada para contrapor-se à setorização fragmentada, e na medida em que se opõe a esta lógica fragmentada, constrói ações integradas no atendimento à população (SCHUTZ, 2009).

Corroborando com as ideias dos autores Junqueira; Inojosa; Komatsu (1997), para a resolução dos problemas da população, não se deve partir de uma prioridade setorializada, mas sim definida de forma articulada com os saberes e ações dos vários setores. Para Junqueira (1998), a intersetorialidade, ao assumir a superação da fragmentação das políticas públicas, permite que a população seja pensada em sua totalidade.

Dentro desse contexto, a política de Saúde Mental também assume, em sua agenda, a proposta da intersetorialidade. A atenção à saúde mental de crianças e adolescentes vem sendo discutida recentemente em todo o mundo, e tem sido considerada como um dos principais desafios para a consolidação de um novo modelo de atenção voltado a essa população (DELFINI; REIS, 2012).

Segundo os autores Couto, Duarte e Delgado (2008), a existência de políticas de saúde mental infantil no Brasil, como também seu reconhecimento pelas instâncias governamentais de que a saúde mental de crianças e jovens é questão de saúde pública e deve integrar o conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) é fato recente. Contudo, a principal finalidade dessa política é a construção de uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade às necessidades das crianças e dos adolescentes.

Ademais, a dificuldade em incluir a saúde mental infantil no campo da saúde pública se deve ao fato de envolver os diversos setores, e, muitas vezes, esses setores agirem na solução dos problemas enfrentados sobre crianças e adolescentes de forma isoladas uns dos outros (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Diante disso, como ação principal, sugere-se uma “rede intersetorial potencial” que envolva os setores da rede pública ampliada na assistência à infância e adolescência, elencando-se a saúde em geral, a educação, a assistência social, a justiça e os direitos, bem como a construção de estratégias que assumam e assegurem a resolução de problemas, garantindo os direitos e qualidade de vida (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; COUTO; DELGADO, 2010).

Os autores Couto, Duarte e Delgado (2008) denominam de “rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantojuvenil” a articulação de diferentes setores, com níveis distintos de complexidade e graus diversificados de intervenção, com capacidade de responder às diferentes problemáticas envolvidas na saúde mental de crianças e adolescentes (DUARTE et al, 2010).

De acordo com Duarte et al (2010), os setores que devem manter parcerias com os CAPSi, e que compõem a rede intersetorial, são:

I – o Setor Saúde: abrangendo a rede básica de saúde, os serviços de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF), ambulatórios e hospitais gerais;

II – o Setor Educação: incluindo as Escolas regulares e especiais/Secretaria de Educação/ EJA;

III – Setor de Assistência Social: inserindo os CRAS/CREAS, APAE, moradias assistidas, abrigos voltadas para as crianças e adolescentes em estado de necessidade e;

IV – Setor de Justiça e Direitos: inserindo Varas da infância e juventude, Conselho Tutelar, Promotorias Públicas da Infância e Juventude, prestando atendimento em situação de risco pessoal e social, ou envolvida em conflitos de natureza jurídica.

Vale destacar que a parceria entre esses setores não se dá automaticamente. Consiste num processo permeado de desafios e impasses, que exige tomada de responsabilidade, realizado entre os demais parceiros, protagonizando um movimento de construção que possibilite minimizar os problemas que envolvem a atenção psicossocial de crianças e adolescentes, reduzindo-os significativamente (COUTO; DELGADO, 2010).

Concorda-se com as autoras Dimenstein e Liberato (2009), quando afirmam que a constituição de uma rede de serviços integrada entre si e com outros equipamentos sociais presentes nas comunidades é algo indispensável para o avanço da reforma psiquiátrica. E, por conseguinte, esse é um aspecto que pode apresentar também fragilidades e preocupação, pois, muitas vezes, a rede pode não se apresentar de maneira hábil, maleável e resolutiva, acolhendo e facilitando a circulação dos usuários em suas diferentes demandas.

Nesse contexto, surge talvez o maior desafio, enfrentar a intersetorialidade em rede, contudo, requer investir em uma rede diversificada, que instigue os equipamentos comunitários a oferecerem suporte e segurança aos usuários e familiares no próprio território, que os ajudem a atravessar seus problemas em conjunto e encontrar soluções (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

Essas recomendações vão ao encontro das políticas públicas e orientam que as ações em saúde mental infantojuvenil se desenvolvam integradas aos

serviços de saúde e com outros setores, partindo da premissa de somar forças, articular políticas e atividades, potencializando os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis, e, por fim, favorecendo a resolutividade das intervenções (BRASIL, 2005).

5 Metodologia

5.1 Caracterização do estudo

Trata-se de uma pesquisa de enfoque metodológico qualitativa, com abordagem hermenêutico-dialética. A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador compreender as diversas interpretações dos sujeitos frente aos aspectos de sua vida, bem como suas relações, história de vida, crenças, percepções e ideias, enfim, um universo de significados pouco conhecido e de grupos particulares (MINAYO, 2013).

Desse modo, o estudo de abordagem qualitativa realizado em serviços de saúde possibilita que haja uma compreensão de aspectos relacionados à dinâmica, às relações e sentidos subjetivos e simbólicos construídos pelos sujeitos a partir de sua prática. Trata-se de um método que necessita de uma revisão crítica do conhecimento sobre o objeto que está sendo estudado; o uso de técnicas adequadas para a coleta de dados; o desenvolvimento de conceitos; categorias e contextualização dos achados (MINAYO, 2013).

A observação é considerada um componente essencial em todas as fases que envolvem a pesquisa, estando na coleta de dados o seu papel mais relevante. Pode ser empregada de forma exclusiva ou associada a outras técnicas. A principal vantagem da observação é que os eventos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação (GIL, 2010).

A partir da observação, é possível estabelecer uma aproximação entre o pesquisador e o fenômeno pesquisado, permitindo notar inteiramente a ocorrência de um fenômeno. Permite, também, aproximar-se da perspectiva dos sujeitos, encontrar aspectos novos de um problema, bem como coletar dados em circunstâncias em que é impossível outras formas de comunicação (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

As anotações registradas em diário de campo são todas as observações e reflexões realizadas sobre as expressões verbais e ações dos sujeitos, descritas e comentadas, compreendidas como todo o processo de coleta e análise de informações, abrangendo a descrição de fenômenos sociais e físicos, explicações

levantadas sobre e a compreensão do contexto da situação estudada (TRIVIÑOS, 2008).

A entrevista é uma técnica apropriada para obter informações sobre o que os sujeitos sabem, creem, sentem, esperam ou desejam e uma forma de interação social, de diálogo, no qual uma das partes procura colher dados e a outra se apresenta como fonte de informação. Entre as vantagens de seu uso está a possibilidade de aquisição de dados relativos aos mais distintos aspectos da vida social, a eficiência na obtenção de dados em profundidade em relação ao comportamento humano, além de permitir a classificação e quantificação dos dados obtidos (GIL, 2010).

A presença do pesquisador na realização da entrevista semiestruturada deve promover todas as perspectivas possíveis ao entrevistado, para que este demonstre liberdade e espontaneidade indispensáveis, dando maior qualidade à investigação. Devem-se tomar por base alguns questionamentos sustentados por teorias que interessam à pesquisa, apresentando, em seguida, um vasto campo de interrogativas, que se manifestam na medida em que se recebem as respostas do informante. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas de forma literal, que garantirá maior fidedignidade das informações para posterior análise (TRIVIÑOS, 2008).

A seleção dos entrevistados no estudo se dará a partir da definição dos grupos de interesse, sendo definidos **os trabalhadores do CAPSi, os familiares, pais ou responsáveis das crianças e adolescentes que frequentam o CAPSi e os trabalhadores da rede intersetorial.**

O convite aos participantes da pesquisa partirá, inicialmente, da observação das atividades realizadas no CAPSi e a participação da pesquisadora em atividades realizadas em conjunto com os diferentes setores para discussão e resolução da demanda que envolve o CAPSi. Será, então, marcados a data, o horário e o local de maior disponibilidade ao participante. Também serão convidados a participar do estudo trabalhadores da rede indicados pela equipe do CAPSi.

As entrevistas serão gravadas, permitindo uma maior fidedignidade na sua reprodução para posterior análise. *A priori* serão realizadas duas questões iniciais que nortearão o desdobramento em mais questões.

Na abordagem qualitativa, a metodologia do circulo hermenêutico-dialético permite ao avaliador a tarefa de conduzir a avaliação de forma que cada grupo

confronte as suas construções com as demais, um processo que denominamos hermenêutico-dialético. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese. Nesse processo, na medida em que cada participante entra em contato com as construções dos demais, suas próprias construções se alteram (WETZEL, 2005).

O circulo hermenêutico- dialético permite que as primeiras entrevistas sejam menos estruturadas, deixando que o respondente fale livremente sobre o serviço. À medida que as entrevistas forem sendo realizadas, a sua análise permite que sejam identificadas questões que são colocadas nas entrevistas seguintes, de forma que serão cada vez mais estruturadas, não deixando, porém de permitir que todos os entrevistados possam colocar novas questões, se assim desejarem. Dessa forma, as entrevistas classificam-se como semiestruturadas, articulando as duas formas apresentadas (KANTORSKI; JARDIM, 2011).

O Círculo Hermenêutico Dialético (Figura 1) apresenta como o modelo esquemático é proposto pelos autores Guba & Lincoln (2011), traduzido por Wetzel (2005).

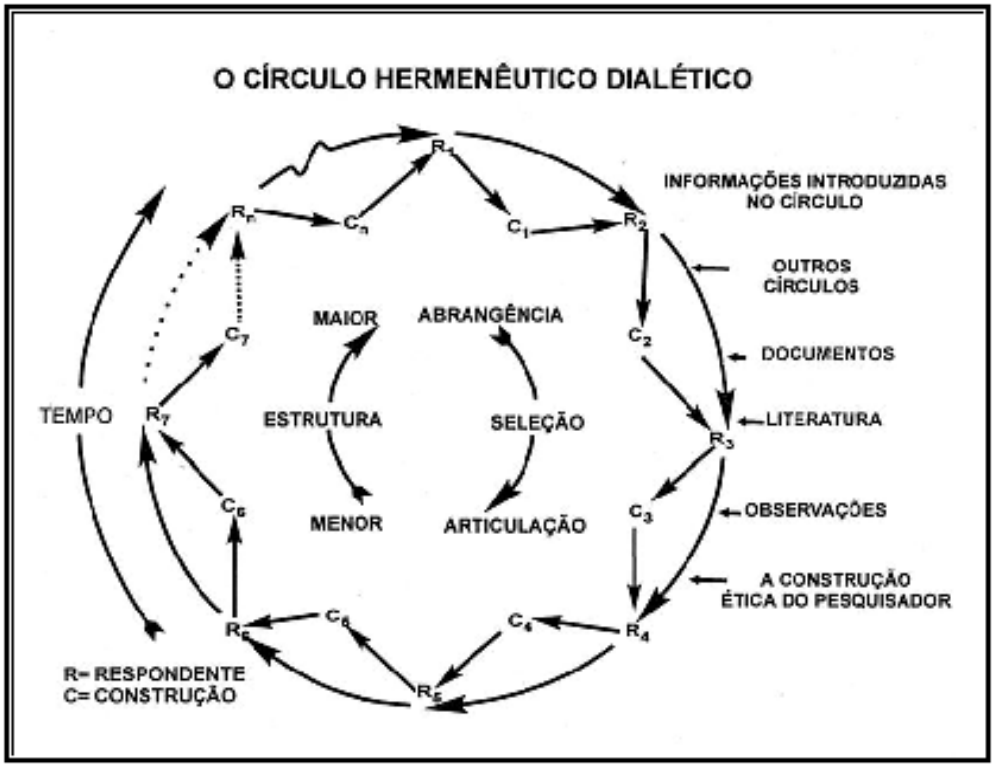


Figura 1- Modelo Esquemático- Círculo Hermenêutico- Dialético
Fonte: Traduzido por Wetzel (2005) a partir de Guba & Lincoln (2011).

Após a eleição de um respondente inicial (R1) – o coordenador do CAPSi, será realizada uma entrevista aberta para determinar uma construção inicial em relação ao foco da investigação. Os temas centrais oriundos das respostas de R1 serão analisados pelo pesquisador, que formulará uma construção inicial denominada C1.

Dessa forma, após cada entrevista realizada se procederá à análise dos dados. Quando um segundo respondente for entrevistado (R2), indicado pelo respondente inicial (R1), após colocar suas questões próprias, será convidado a criticar as construções da entrevista anterior. Assim, a entrevista de R2 irá gerar informações pessoais e também produzirá críticas às construções de R1, que também indicará o respondente 3 (R3).

O pesquisador completará a segunda análise (C2), de onde emergirão questões mais elaboradas, fundamentadas em duas fontes. O processo será repetido através da inclusão de novos informantes, sendo entrevistados todos os componentes do grupo de interesse.

Após a coleta dos dados através das entrevistas com cada grupo de interesse, será realizada uma análise prévia, de modo a organizar oficinas de validação a partir das informações obtidas. Depois de organizadas as construções dos grupos de interesse, procede-se a apresentação dos resultados provisórios para o respectivo grupo, promovendo o acesso ao conjunto das informações de modo que tenham a oportunidade de alterá-las ou garantir sua credibilidade.

Após a transcrição dos dados obtidos no trabalho de campo, serão organizadas e transcritas na íntegra as observações de campo e entrevistas e se iniciará a fase de organização e análise dos dados.

5.2 Instrumentos para a coleta de dados

Serão realizadas entrevistas semiestruturadas e observação de campo.

5.3 Cenário do estudo

Este estudo será desenvolvido no município de São Lourenço/RS. A escolha do local foi intencional, devido à história do município de São Lourenço/RS dentro do modelo da atenção psicossocial no estado do Rio Grande do Sul.

O município de São Lourenço do Sul/RS localiza-se no extremo sul do Brasil, às margens da Lagoa dos Patos. Conta com uma população de,

aproximadamente, 43.111 mil habitantes (IBGE, 2010). Apresenta um sistema de saúde municipal estruturado por 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 9 delas estratégias de Saúde da Família; uma Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; uma Unidade Sanitária; um Ambulatório Central, 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS AD e CAPSi) e 2 hospitais geral (DATASUS).

As ações de saúde mental no município tem início no ano de 1984. Neste período não se caracterizava como um serviço, apenas realizavam palestras de prevenção na comunidade. Entretanto, o encaminhamento dos “casos graves” ao hospital psiquiátrico, o custo elevado e a falta de ambulância para outras necessidades, e o conflito da comunidade com os “loucos da rua” tencionaram a Secretaria Municipal. As negociações evoluíram e, em 11 de agosto de 1988, foi inaugurado o CAPS Nossa Casa, como espaço de cuidado em saúde mental, primeiro CAPS do Rio Grande do Sul. (WETZEL; ALMEIDA, 2001).

Idealizada pelos profissionais, a rede de saúde mental de São Lourenço do Sul está composta pelo CAPS I - Nossa Casa, CAPSi - Saci (desde 2006) para a população infantojuvenil e o CAPS ad - Careta (desde 2003) para os dependentes químicos. Ainda faz parte da rede, a unidade psiquiátrica do Hospital de Caridade de São Lourenço do Sul. Todos esses serviços são cadastrados no SUS e atendem usuários do meio urbano e rural de São Lourenço do Sul e de municípios próximos (HECK et al, 2008).

A rede de saúde mental do município, além de incluir os demais estabelecimentos de saúde e espaços de assistência social (casa do carinho), mantém parcerias que extrapolam os espaços sociais, como: Secretaria Municipal, escolas, Conselho Tutelar; Sindicato Rural, Secretaria de Turismo, Secretaria de Educação, Secretaria de Cultura, Secretaria de Desporto, Entidades Comunitárias, famílias, tendo em vista o atendimento das demandas de usuários e sua inserção na comunidade local (CAPSUL, 2007; SMS SL, 2012).

O CAPSi – SACI tem como objetivo atender crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos, e/ou comportamentais, emocionais e/ou sociais com idade, aproximadamente, de 0 a 18 anos. Este serviço oferece atendimento regional, pois contempla, além do município de São Lourenço do Sul, outros municípios da região. Pode ser acessado através da demanda espontânea, das UBSs, do Conselho Tutelar, da Promotoria, do Ministério Público, de escolas e do hospital geral (SMS, 2012).

O CAPSi atende de segunda a sexta-feira, das 8h às 17:00h, nas modalidades Intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Os diagnósticos mais frequentes são: dificuldade de aprendizagem, conduta antissocial, uso de drogas, abuso sexual, maus tratos, dificuldades no relacionamento familiar, depressão, ansiedade, hiperatividade, agressividade, evasão escolar e autismo. A equipe é composta por um médico pediatra; um médico psiquiátrico; 4 psicólogos; 3 pedagogos; um enfermeiro; um assistente social; 3 estagiárias de Serviço Social; um técnico de enfermagem; um acompanhante terapêutico; dois burocratas; um para serviços gerais; um motorista (SMS, 2012).

As atividades desenvolvidas pelo CAPSi compreendem o acolhimento; atendimento Individual; atendimento em grupo; oficinas terapêuticas; atividades recreativas; atividades comemorativas; atendimento às famílias; atividades comunitárias; visitas domiciliares; reuniões de equipe; reunião com pais e/ou responsáveis, equipe do Conselho Tutelar, equipe da Casa da Criança, Diretores e Orientadores Educacionais. O serviço também possui parcerias intersetoriais com: escolas; Conselho Tutelar; Casa da Criança; Promotoria; Ministério Público; Delegacia de Polícia; e Hospital Geral (SMS, 2012), ou seja, o CAPSi possui uma rede intersetorial de saúde que atende as diretrizes das portarias.

5.4 Sujeitos do estudo

Os grupos de interesse deste estudo compreendem: os trabalhadores do CAPSi, os familiares, pai ou responsáveis das crianças e adolescentes que frequentam o CAPSi e os trabalhadores da rede intersetorial.

5.5 Critérios de inclusão para a seleção

Os critérios para seleção dos sujeitos da pesquisa serão especificados de acordo com os grupos de interesse, considerando os seguintes critérios para inclusão:

Os trabalhadores do CAPSi:

- todos os **trabalhadores** serão convidados a participar;
- ter idade maior de 18 anos;
- aceitar participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os **familiares** de crianças e adolescentes do CAPSi:

- ter idade maior de 18 anos;

- aceitar participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os **trabalhadores da rede intersetorial**:

- ter idade maior de 18 anos;

- atuar na rede intersetorial em questão;

- aceitar participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Critério de exclusão para os grupos de interesse:

- estar afastado do trabalho ou no período de férias no momento da coleta dos dados.

5.6 Procedimentos para a coleta de dados

Primeiramente, será realizado contato telefônico com a coordenadora do CAPSi do Município em questão, solicitando agendando de uma visita para informar sobre os objetivos da pesquisa. Após o agendamento, a pesquisadora deslocar-se-á até o município para apresentar o projeto à coordenadora do CAPSi da cidade de São Lourenço do Sul/RS. Na ocasião, entregará Carta de Anuência (Apêndice A) para assinatura de concordância da liberação da coleta de dados com os sujeitos do estudo e Carta de apresentação (Apêndice B) e projeto para apreciação.

Após, o projeto será encaminhado à Plataforma Brasil, para escolha do Comitê de ética em Pesquisa (CEP) para apreciação e parecer sobre a pesquisa. Posterior ao parecer favorável do CEP, a pesquisadora fará novo contato, para pactuar a ida ao campo com os demais pesquisadores.

O trabalho de campo será realizado por uma enfermeira mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, duas acadêmicas do curso de Enfermagem e bolsistas de Iniciação Científica. Todas com experiência em participação de coletas de dados, sendo previamente treinadas.

A primeira semana do trabalho de campo será dedicada à observação de todas as atividades desenvolvidas pelo serviço, concomitante à identificação dos sujeitos a serem entrevistados. Como essas atividades envolvem a observação de crianças, será solicitada aos pais ou responsáveis a permissão para participar da atividade, e solicitada assinatura de termo de autorização para observar (Apêndice

C), assim como a assinatura das crianças através do Termo de Assentimento (Apêndice D). Os dados observados partem de um roteiro de observação preestabelecido (Apêndice E), a partir do acompanhamento das atividades propostas, como observação das demandas dos usuários, das consultas individuais, das visitas domiciliares, da articulação com outros serviços, das relações entre equipe, usuário e com os outros setores. Através dessas informações, será construído o diário de campo, com registros de tudo que for considerado relevante para a pesquisa.

Durante esse período, será possível vivenciar cada atividade realizada pelos profissionais, trocas, vínculos estabelecidos, encaminhamentos realizados, casos referenciados, enfim, cada detalhe poderá ser observado, de modo a conhecer a realidade vivenciada no serviço.

Após definidos os sujeitos do estudo, serão convidados, e se aceitarem participar, será disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice F) em duas vias, para assinatura, sendo que uma cópia ficará com o participante e a outra em posse da pesquisadora. As entrevistas serão realizadas no local do serviço de cada sujeito do estudo, com horários previamente agendados. Será, então, aplicado o instrumento de pesquisa, por meio de entrevista semiestruturada, (Apêndice G; H e I).

5.7 Análise dos dados

A análise de dados se dará através da Análise Operativa proposta por Minayo (2013). Para a autora, fazer uma análise Operativa consiste em descobrir a essência do significado.

Segundo Minayo (2013), essa análise subdivide-se em três momentos distintos. Primeiramente, deve-se conhecer o banco de dados em questão, buscar apropriar-se das entrevistas e dos diários de campo, para posteriormente realizar a pré-análise que consistirá na escolha de documentos a serem analisados, por meio de leitura flutuante do conjunto de comunicações, ou seja, o contato direto com o material de campo; da constituição do corpus, que é a organização do material; da formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, delimitando os conceitos teóricos para orientar a análise e responder aos objetivos propostos.

A segunda etapa consistirá na exploração do material, que versará na reunião dos dados, definindo-se os aspectos a serem explorados. A última etapa

levará em consideração o tratamento dos dados obtidos e a interpretação do material baseada no referencial teórico e nas concepções pessoais sobre o tema (MINAYO, 2013).

5.8 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa cumpre as exigências éticas descritas na Resolução nº. 466/2012[1] do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Também está assegurado aos participantes o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, através dos artigos 89, 90 e 91 que tratam das responsabilidades e deveres, e nos artigos 94, 96 e 98, que se referem às proibições embasadas na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007) nº 311 de 08 de janeiro de 2007, através do Capítulo III[2].

A pesquisa terá início após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Salienta-se que a participação dos sujeitos na pesquisa é voluntária, e que poderá desistir a qualquer momento. A participação do sujeito será garantida, mediante um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado por eles em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra em posse do pesquisador.

Antes da realização da entrevista, será enfatizada a importância de ser devolvido o TCLE, visto tratar-se de pesquisa que envolve seres humanos. A Resolução 466/12 que discorre sobre o assunto visa a assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa.

---

[1] Resolução nº 466/2012 incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

[2] Cap. III: Responsabilidades e deveres: art. 89 - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. (das Proibições): Art. 94- Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 96- Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade; Art. 98- Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

O anonimato dos sujeitos será mantido através da identificação de todos por uma letra predeterminada pelo pesquisador, seguida por um número crescente de entrevistas.

O estudo envolverá entrevistas a partir de um questionário semiestruturado. Na entrevista serão respondidas questões acerca das ações intersetoriais de atenção à saúde mental a crianças assistidas no CAPSi, e as potencialidades e desafios dessa articulação; com os trabalhadores do CAPSi; familiares de crianças e adolescentes que frequentam o CAPSi e os trabalhadores da rede intersetorial (saúde, educação, assistência social e justiça).

Os participantes serão informados quanto aos procedimentos, riscos e desconfortos, os benefícios da pesquisa, assim como da não inclusão de nenhum tipo de método invasivo ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos, e que os resultados serão usados apenas para fins científicos. Os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade. Ainda, os dados serão armazenados na Faculdade de Enfermagem da UFPel por um período de 5 anos e depois excluídos.

6 Recursos do projeto

6.1 Recursos Humanos

Revisor de português

Tradutor de espanhol

Tradutor de inglês

6.2 Recursos Materiais

A tabela abaixo demonstra o planejamento de recursos materiais e financeiros para o desenvolvimento do projeto para os anos de 2013/14.

Tabela 1: Quadro demonstrativo dos recursos materiais e plano de despesas envolvidas para o desenvolvimento do projeto.

Recurso	Quantidade	Valor Unitário (R$)	Valor total (R$)
Folhas A4 (500 folhas)	04	14	56,00
Caneta	05	2	10,00
Lápis	04	1	4,00
Borracha	02	0,70	1,40
Encardenação/impressão	08	08	64,00
Livros	08	80	640,00
Gravador	03	150	450,00
Pen drive	01	35	35,00
Tradução de espanhol (resumo)	01	50	50,00
Tradução de inglês (resumo)	01	50	50,00
Revisão de português p/ folha	150	5	750,00
Impressão Final	06	75	450,00
Transporte (passagens)*	18	12	216,00
Alimentação*	30	20	600,00
Hospedagem*	15	450,00	450,00
Cartucho p/ impressora	03	30	90,00
Notebook	01	999,00	999,00
TOTAL			**4.914,40**

Os custos do projeto serão de responsabilidade da autora (Os gastos com transporte, alimentação e hospedagem serão subsidiados pelos projetos do CNPq e auxílio CAPES).

7 Cronograma das atividades

No cronograma abaixo, pretende-se descrever o planejamento das ações durante todo o processo de desenvolvimento e execução do projeto.

	2013				**2014**			
Atividades	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X		
Elaboração do Projeto	X	X	X	X				
Apresentação do Pré Projeto				X				
Revisão do projeto				X				
Qualificação					X			
Comitê de ética					X			
Fase de coleta/análise de dados*						X	X	X
Análise final dos dados e construção da dissertação							X	X
Construção de artigos							X	X
Defesa da dissertação								X

***OBS: Os dados só serão coletados após aprovação do CEP.**

8 Referências

AMARILHA, M. Infância e literatura: traçando a história. **Revista educação em questão**, Natal. EDUFRN; v.10/11 p.126-137, 2002.

ANDRADE, LOM. **A saúde e o dilema da intersetorialidade.** São Paulo: Hucitec, 2006.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família** (2ª ed.). Rio de Janeiro: LTC 2012.

BELFER, M.L, Rohde, L.A. Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. **Rev Panam Salud Publica**; v.18, n. 4-5, p. 359-65; 2005.

BORDIN, IAS; PAULA, CS. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: MELLO, MF. (org). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

BOURGUIGNON, JA. **Concepção de rede intersetorial**. 2001. Disponível em: http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm. Acesso em: Jan 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei no 10.216,** de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília; 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM**. Dispõe sobre a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem recente de porte, complexidade e abrangência populacional. Brasília (DF); 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** Brasília (DF); 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco legal:** saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 60. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf. Acessado em: jan 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde**. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 132 p.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados** - 10, Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília; 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS.** Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43&VMun=431880&VUni=.

_____. Ministério da Saúde. **CAPS dados atualizados**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_dados_atualizadosjulho.pdf.>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012.

CAPSUL – **Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil:** Relatório / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Ministério da Saúde; Coordenação Luciane Prado Kantorski. – Pelotas, 2007.

COELHO, MIS; SOUZA, CS; SILVA, HTL; COSTA, VA. (Orgs.). **Serviço Social e Criança e Adolescente:** a produção do conhecimento na FASSO/UERN (1990/2011). Mossoró: UERN; 2012, 337p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Resolução 311/207, de 08 de fevereiro de 2007. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4394> acesso em: nov 2013.

COMERLATTO, D; MATIELLO, A; COLLISELLI, L; RENK, EC; KLEBA, ME. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálysis.** Florianópolis. v. 10, n. 2, Jul/dez, 2007. 265-71.

COUTO, MCV; DELGADO, PGG. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E; TANAKA, OY. (org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 271-9.

COUTO, MCV; DUARTE, CS; DELGADO, PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev bras psiquiatr.** v. 30, n. 4, p. 390-8, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf. Acessado em: jul/2013.

DELFINI, PSS. **Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia Saúde da Família: articulações das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes** (dissertação de mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Publica da USP, 2010.

DELFINI, PSS, REIS AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-66, 2012.

DELFINI, PSS; DOMBI-BARBOSA, C; FONSECA, FL; TAVARES, CM; REIS, AOA. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil da grande São Paulo, Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, v. 19, n. 2, p. 226-236, 2009.

DIAS, MSL; SILVA, RSB. O histórico de institucionalização de crianças e adolescentes. **Tuiuti: Ciência e Cultura**, n. 45, p. 177-188, Curitiba, 2012.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental,** v. 1, n.1, jan/abr. 2009 (CD-ROM).

DUARTE, CS; COUTO, MCV; GRAEFF-MARTINS, AS; PEGORARO, R; DAHL, C; CAVALCANTI, MT. A rede ampliada de atenção à saúde mental da criança e do adolescente: Estudo piloto em quatro localidades do estado do Rio de janeiro. In:

LAURIDSEN-RIBEIRO E, TANAKA OY. (org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 271-9.

ESPÓSITO, BP; SAVOIA, MG. Atendimento especializado a adolescentes portadores de transtornos psiquiátricos: um estudo descritivo. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 8, n. 1, p. 31-40, 2006.

FEUERWERKER, LCM; COSTA, H. **Intersetorialidade na Rede UNIDA.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dezembro 2000.

FROTA, MA; MAIA, JÁ; PEREIRA, AS; NOBRE, CS; VIEIRA, LJES. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco** v. 1, n. 3, p. 129-32, 2010.

GAÍVA, MAMG, MANDÚ, ENT. Promoção da Saúde Infantil. In: GAIVA, MAM (org). **Saúde da criança e do adolescente:** contribuições para o trabalho de enfermeiros (as). Cuiabá: EdUFMT; 2006, p. 29-41.

GIL, AC. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010, 200 p.

GUBA, EG; LINCOLN,YS. **Effective evolution**. San Francisco (USA): Jossey Bass Publishers. 1989.

GUBA, EG; LINCOLN, YS. **Avaliação de quarta geração**. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2011. 318p.

GUERRA, AMC. Tecendo a rede na assistência em saúde mental infanto-juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In: GUERRA, AMC; LIMA, NL. (Org.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento** – uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 171-189.

HECK, RM; BIELEMANN, VLM; CEOLIN, T; KANTORSKI, LP; WILHICH, JQ; CHIAVAGATTI, FG. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 647-55, Out/Dez; 2008.

HOFFMAN, MCCL; SANTOS, DN; MOTA, ELA. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 633-642, 2008.

INOJOSA, RM; JUNQUEIRA, LP. Experiências Municipais: Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal. **Conferência Nacional de Saúde online.** 1997.

JAEGER, FP; MOTTA, RF; ROCHA, AO; PAULI, CG; HOFFMEISTER, FX; SCOTT, JB. **Políticas públicas e as situações de violência contra a criança**. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/188.%20pol%CDticas%20p%DAblicas%20e%20as%20situa%C7%D5es%20de%20viol%CAncia%20contra%20a%20crian%C7a.pdf .

JUNQUEIRA LA. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, nov./dez.1998, p. 11-22.

JUNQUEIRA, LA; INOJOSA, RM; KOMATSU, S. Descentralização e intersetorialidade: na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. Caracas: **UNESCO/CLAD**, 1998.

KULLER, JAB. **Infância: discutindo o termo pelo viés da história.** 2008. Trabalho Acadêmico. Faculdade de Pedagogia da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E; TANAKA OY. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 6, p. 586-92, 1999. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp

LAURIDSEN-RIBEIRO E, TANAKA OY. Organização de serviços no sistema único de saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO E, TANAKA OY. (org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p.147-169.

LIMA, EC; VILASBÔAS, ALQ. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cad saúde pública.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1507-19, Ago; 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/06.pdf. Acessado em: jul 2013.

LOPES, AKS; MACIEL, CLG. A evolução do conceito de infância e seu reflexo no tratamento jurídico oferecido à criança e ao adolescente. **Fides**, Natal, v. 2, n. 1, jan/jun. 2011.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, LA. **Construindo a intersetorialidade**. Disponível em: portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com. Acesso em: dez 2014.

MACHADO, LA. **Crianças e adolescentes:** uma proposta. 2011. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/08/lourdes-a-machado.pdf

MACHINESKI, GG; SCHNEIDER, FJ. **O cuidado em saúde mental na infância:** uma revisão de literatura. 2012. Disponível em: http://www.fag.edu.br/minhafag/php/arquivo/1322653507.pdf. Acessado em: ago 2013.

MACHINESKI, GG; SCHNEIDER, JF; CAMATTA, MW. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 34, n. 1, p. 126-132, 2013.

MARTINS, RAS; MORAES, JC; SILVA, GEC. **O serviço social inserido no programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) da UFTM e o compromisso com a efetivação do direito à saúde de crianças e adolescentes:** Um relato de experiência. In: III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. 7 a 9 de junho de 2013. Minas centro - Belo Horizonte / Minas Gerais.

MARQUES, EP. Infância e políticas públicas: a intersetorialidade como estratégia de atenção integral à saúde da criança. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 107-20, jan/jun, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407p.

MONNERAT, GL; SOUZA, RMG. Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **SER Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2010.

MONTEIRO, ARM; TEIXEIRA, LA; SILVA, RSM; RABELO, KPS; TAVARES, SFV; TÁVORA, RCO. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 523-29, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300014&lng=en&nrm=iso

MONTEIRO, KAC; RIBEIRO, MMC; BASTOS, A. Porta de Entrada para Adolescentes Autistas e Psicóticos numa Instituição. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 27, n. 2, p. 290- 303, 2007.

NOGUEIRA, RC. A brincadeira de “parir gatos” ou como se faz política de saúde mental infantojuvenil: recortes. In: FERREIRA, T; BPNTEMPO, VL. (Org.) **Crianças e adolescente: o cuidado em saúde mental o trabalho feito por muitos.** Curitiba, CRV, 2012.

OLIVEIRA, MFAPB; MUYLAERT, CJ; BASTOS, IT; REIS, AOA. Processos de Trabalho e Impasses institucionais em Saúde Mental. In: REIS, AOA; FONSECA, FL; ROLIM NETO, ML; DELFINI, PSS. (Org.) **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil.** São Paulo: Shoba, 2012.

OLIVEIRA, MFAPB; REIS, AOA. O trabalho oculto na rede de atenção psicossocial a crianças e jovens em sofrimento psíquico. In: REIS, AOA; FONSECA, FL; ROLIM NETO, ML; DELFINI, PSS. (Org.) **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil.** São Paulo: Shoba, 2012.

PATEL, V; FLISHER, A.J; HETRICK, S; MCGORRY, P. Mental health of young people: a global public-health challenge. **Lancet**; v. 369, n. 9569, p.1302-13, 2007.

PAULA, CS; DUARTE, SC; BORDIN, IAS. Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo: necessidade de tratamento e capacidade de atendimento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n. 29, v. 1, p. 11‑17, 2007.

PEREIRA, PAP. Como conjugar especificidade e intersetorialidade na concepção e implementação da política de assistência social. **Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, Cortez, n. 77, mar 2004.

RIBEIRO, PRM. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicol. Estud**., v. 1, n.11, p: 29-38, 2006.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista em Pauta**. v. 6, n. 23, Jul, 2009.

SANTOS, PL. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicol. Estudo**, Maringá, v.11, n.2, 2006.

SANTOS, LC; FERRARI, AP; TONETE, VLP. Contribuições da Enfermagem para o sucesso do aleitamento materno na adolescência: Revisão integrativa da literatura. **Cienc Cuid Saude,** v. 8, n. 4, p. 691-698, Out/Dez; 2009.

SANTOS, DCM; JORGE, MSB; FREITAS, CHA; QUEIROZ, MVO. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil **Acta Paul Enferm**; v. 24, n. 6, p. 845-50, 2011.

SANTOS, ACP. **A ausência de políticas públicas específicas direcionadas a atenção da saúde mental infanto-juvenil**. Monografia da Faculdade de Ciências Jurídicas e Ciências Sociais do UniCEUB Brasília, 2013.

SILVA, ME. Crianças invisíveis: reflexões sobre o percurso histórico de construção da política pública de saúde mental para crianças e adolescentes em Minas Gerais. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte; v. IV, n. 7, p. 61-78, 2011.

SILVA, RCO. **O sujeito na infância:** quando a visibilidade produz exclusão. Disponível em: http://www.antropologia.com.br/tribo/infancia/SUJEIT~1.pdf

SCHÜTZ, F. **A intersetorialidade no campo da política pública:** indagações para o Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação). Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2009.

SCHUTZ, F; MIOTO, RC. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 59-75, jan/jun, 2010.

RODRIGUES, LM. **A Criança e o brincar.** 2009. Trabalho Acadêmico. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ.

SMS, **Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Lourenço**. Disponível em: http://smsbes-sls.blogspot.com.br/p/caps-nossa-casa.html. Acessado em: 18/05/2013.

TANAKA, OU; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc saúde coletiva.** v. 14, n. 2, p. 477-86, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf. Acessado em: jun 2013.

TRIVIÑOS, ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2009, 176 p.

VASCONCELOS, EM. O Controle Social na reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil atual. In: Brasil. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

VIEIRA, MP; LIMA, RPG. A criança e o adolescente com doença crônica e seu desenvolvimento: implicações para o cuidado de enfermagem. In: GAIVA, MAM (org). **Saúde da criança e do adolescente:** contribuições para o trabalho de enfermeiros (as). Cuiabá: EdUFMT; 2006, p. 109-118.

ZAVASCHI, MLS (org). **Crianças e adolescentes vulneráveis:** o atendimento interdisciplinar nos centros de atenção psicossocial. Porto Alegre: Artmed, 2009.

WETZEL, C.; ALMEIDA, MDP. A construção da diferença na assistência em saúde mental no município: a experiência de São Lourenço do Sul/ RS. **Saúde Debate.** v. 25, n. 58, p. 77-87, Maio/Ago; 2001.

WETZEL C. **Avaliação de serviço em saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. 290p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

WHO. World Health Organization. **The world health report 2008:** primary health care now more than ever. Geneva, 2008.

ZANIANI, EJM; LUZIO, CA. A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 56-77, abr. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Carta de Anuência

Eu, Graziela de Araujo Vasques, coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - SACI, da Secretaria Municipal de Saúde, do município de São Lourenço do Sul/RS, venho por meio deste, autorizar a coleta de dados para a realização da Dissertação de Mestrado intitulada "A intersetorialidade e o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil", vinculada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, que tem por objetivo Conhecer as ações intersetoriais de atenção à saúde mental a crianças assistidas no CAPSi e Identificar as potencialidades e desafios das ações em saúde mental voltadas para criança a partir da rede intersetorial. A coleta de dados será realizada por mim, Enfermeira Cristiane Kenes Nunes sob a orientação da Profª. Drª. Valéria Cristina Christello Coimbra e Profª. Drª Luciane Prado Kantorski.

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Senador Pinheiro Machado 100
São Lourenço do Sul – RS
CEP 96170-000

Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - SACI

Pelotas 06 de fevereiro, 2014.

APÊNDICE B

Carta de Apresentação

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Prezado(a) Coordenador(a)

Eu, Cristiane Kenes Nunes, enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPel, venho por meio desta solicitar autorização para desenvolver a pesquisa **"A INTERSETORIALIDADE E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL"** junto ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPS Saci. A pesquisa tem como objetivo principal conhecer as ações intersetoriais de atenção à saúde mental a crianças e adolescente assistidos no CAPSi e identificar as potencialidades e desafios das ações em saúde mental voltadas para criança e adolescente a partir da rede intersetorial. Para a presente pesquisa, farão parte do estudo os trabalhadores do CAPSi, familiares de crianças e adolescentes que frequentam o CAPSi e os trabalhadores da rede intersetorial (saúde, educação, assistência social e justiça) que concordarem em participar deste estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ressalta-se assumir o compromisso ético com os envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, garantindo o anonimato, em consonância com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, especialmente o capítulo III, artigos 89, 90 e 91, e artigos 94, 96 e 98, e a Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Se autorizado, os dados serão coletados em 2014, iniciando a coleta possivelmente no mês de março do referido ano no serviço. Em anexo, encontra-se uma cópia do projeto, contendo as informações necessárias para sua apreciação.

A presente pesquisa tem como Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa 1: Saúde Mental e Saúde Coletiva. Este estudo consistirá em um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências, com ênfase em Enfermagem, pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. O estudo será desenvolvido pela mestranda

Cristiane Kenes Nunes, sob a orientação da Profª. Dra. Valéria Cristina Christello Coimbra e da Profª. Dra. Luciane Prado Kantorski.

Na certeza de contar com o apoio, de V. Sª., desde já agradeço colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Pelotas, ___de_____ de 2014.

_____

Enfª. Mestranda Cristiane Kenes Nunes

_____

Profª. Drª. Valéria Cristina Christello Coimbra

_____

Profª. Drª. Luciane Prado Kantorski

Ciente. De acordo.

Data:___/___/2014

_____

Coordenador(a)

APÊNDICE C

Carta de Autorização para Observação

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo para autorização de observação, caso queira e concorde com nossa observação nas atividades desenvolvidas no serviço a partir das consultas individuais, grupos, visitas domiciliares, encaminhamentos, articulações com os demais setores, referente a etapa da pesquisa intitulada "A INTERSETORIALIDADE E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL". Esclareço que este estudo tem como objetivos: Conhecer as ações intersetoriais de atenção à saúde mental a crianças e adolescente assistidos no CAPSi e Identificar as potencialidades e desafios das ações em saúde mental voltadas para criança e adolescente a partir da rede intersetorial. Para poder realizar esta pesquisa, peço a sua autorização, permitindo que a criança e/ou adolescente seja acompanhado(a) por mim durante as atividades, por algumas horas no serviço. Garantimos anonimato dos sujeitos em estudo. Caso você aceite e esteja de acordo com o que está sendo proposto, assine o seguinte termo abaixo:

Fui informado (a) de forma clara de como acontecerá a pesquisa. Declaro que aceito de livre vontade, permitir a observação do estudo. Fui também informado (a) de poder pedir resposta a qualquer dúvida que eu tiver em relação a pesquisa e de poder me retirar da mesma a qualquer momento, se desejar, sabendo que meu nome jamais irá aparecer. Enfim, fui garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa, assim como os direitos assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente serão respeitados.

LOCAL/DATA:_____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE _____

ASSINATURA DA PESQUISADORA _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com: Mestranda: Enfermeira Cristiane Kenes Nunes Cel: (53) 84341254 e Orientadoras: Prof.ª Dr.ª Valéria Cristina Christello Coimbra Cel: (53) 91195287 e Profª. Drª Luciane Prado Kantorski Cel: (53) 99832430.

APÊNDICE D

Termo de Assentimento

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de assentimento, caso queira e concorde em participar da pesquisa intitulada “A INTERSETORIALIDADE E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL”. Esclareço que este estudo tem como objetivos: Conhecer as ações intersetoriais de atenção à saúde mental a crianças e adolescente assistidos no CAPSi e Identificar as potencialidades e desafios das ações em saúde mental voltadas para criança e adolescente a partir da rede intersetorial.

Para poder realizar esta pesquisa, peço a sua participação no trabalho, aceitando ser acompanhado (a) por mim, por algumas horas durante as atividades no serviço. Seu nome não será divulgado e você poderá ter acesso aos dados sempre que quiser e tem a liberdade de desistir de participar a qualquer momento. Caso você aceite e esteja de acordo com o que está sendo proposto, assine o seguinte termo abaixo:

Fui informado (a) de forma clara de como acontecerá a pesquisa. Declaro que aceito de livre vontade, permitir a observação do estudo. Fui também informado (a) de poder pedir resposta a qualquer dúvida que eu tiver em relação a pesquisa e de poder me retirar da mesma a qualquer momento, se desejar, sabendo que meu nome jamais irá aparecer. Enfim, fui garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa, assim como os direitos assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente serão respeitados.

LOCAL/DATA:_____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE _____

ASSINATURA DA PESQUISADORA _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com: Mestranda: Enfermeira Cristiane Kenes Nunes. Cel: (53) 84341254 e Orientadoras: Prof.ª Dr.ª Valéria Cristina Christello Coimbra. Cel: (53) 91195287 e Profª. Drª Luciane Prado Kantorski. Cel: (53) 99832430.

APÊNDICE E
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

A presente pesquisa "**A INTERSETORIALIDADE E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL**" será realizada como parte da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. O estudo pretende Conhecer as ações intersetoriais de atenção à saúde mental a crianças e adolescente assistidos no CAPSi e Identificar as potencialidades e desafios das ações em saúde mental voltadas para criança e adolescente a partir da rede intersetorial. Para tanto serão realizadas entrevistas com os trabalhadores do CAPSi, familiares das crianças e adolescentes que frequentam o CAPSi e os trabalhadores da rede intersetorial (saúde, educação, assistência social e justiça). Gostaria de convidá-lo a participar dessa entrevista e informá-lo que todas as informações, dados obtidos na pesquisa e divulgação dos resultados será preservado (a) a sua identidade. Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com seres Humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os arquivos de áudio gravados e as transcrições serão armazenados em CD-ROOM e HD externo ficando em poder da pesquisadora e arquivados na sala do Núcleo de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, por cinco anos e após este período serão incinerados. Os benefícios para os sujeitos do estudo consistem na troca de conhecimentos com os pesquisadores bem como contribuir para a avaliação e elaboração de novas políticas públicas, proporcionando intervenções à Saúde Mental Infantojuvenil. Os riscos e desconfortos da pesquisa incidem nos questionamentos feitos aos participantes para responder ao objetivo do estudo, o que poderá mobilizar sentimentos e causar sofrimento psíquico, por isso, estará à disposição no caso de necessidade de assistência aos participantes da pesquisa, a psicóloga que integra o grupo de profissionais do CAPSi, durante a coleta dos dados bem como após a mesma.

Tendo em vista os itens acima apresentados pelo presente consentimento, declaro que as informações fornecidas estão claras e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, que fui informado (a) dos objetivos, da justificativa, riscos, benefícios e dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Do mesmo modo, fui igualmente informado (a) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso me traga prejuízo algum, da segurança de que não serei identificado (a), que a entrevista será gravada com meu consentimento e que responderei as questões de livre e espontânea vontade, que este documento será elaborado em duas vias ficando uma em meu poder e outra com a pesquisadora. Que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos. A coleta de dados será realizada por mim, Enfermeira Cristiane Kenes Nunes sob a orientação da Profª. Drª. Valéria Cristina Christello Coimbra e Profª. Drª. Luciane Prado Kantorski, em dias e horário pré-acordados entre os sujeitos do estudo e a pesquisadora.

Eu, _____, (nome do participante) de forma livre e esclarecida manifesto meu consentimento em participar da pesquisa e declaro estar ciente do que foi exposto acima.

São Lourenço do Sul, ____de_____ de 2014.

_____ _____

Participante da Pesquisa Assinatura da Pesquisadora

Profª. Drª Valéria Cristina Christello Coimbra. Cel: (53) 91195287/Email: valeriacoimbra@hotmail.com; Profª. Drª Luciane Prado Kantorski. Cel: (53) 99832430/ Email: kantorski@uol.com.br - Orientadoras da Pesquisa. Cristiane Kenes Nunes. Cel: (53) 84341254/Email: cris_kenes@hotmail.com - Pesquisadora.

APÊNDICE F
Roteiro de Orientação para Observação de Campo

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

A INTERSETORIALIDADE E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

• Observar os encaminhamentos (de que forma se dá o acesso do usuário no CAPS, formal, informal);
• Observar os Casos que surgem no CAPSi;
• Observar as parcerias (setores);
• Observar os atores envolvidos (Profissionais, coordenadores, etc.);
• Observar os pontos positivos (disponibilidade dos serviços, comprometimento, conhecimento para referenciar outros serviços);
• Observar as dificuldades (falta de profissionais, falta de interesse, isolamento dos serviços, escassez de recursos, equipe incompleta, rotatividade de profissionais);
• Observar as relações do serviço (coordenador, trabalhadores) com outros setores – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento;
• Observar atendimentos (oficinas, atendimentos individuais, grupos, visita domiciliar, entre outros);
• Observar as características dos usuários (por modalidade intensivo, semi-intensivo ou não intensivo – faixa etária, gravidade, condição social e econômica, etc.);
• Observar o funcionamento do serviço (características, horário, entre outros);
• Observar planejamento das ações no serviço (em que momento e espaço se planeja e com que periodicidade);
• Observar de que forma a identificação dos problemas no território orienta o planejamento das ações em saúde;
• Observar como se dão o acesso, o acolhimento dos usuários, como é definido quem é paciente a ser atendido no CAPS, o que se faz com aquele que não se enquadra nestes critérios;
• Observar como o serviço faz os movimentos de articulação no território;
• Observar como o serviço se organiza para fazer a comunicação com a rede de serviços de saúde mental;

• Observar que orientação é feita para quem não consegue atendimento no CAPS;
• Observar quais as dificuldades encontradas no atendimento, em que situações se encaminha e para onde se encaminha (setores presentes na rede)? Como ocorre este encaminhamento? (verbal, por escrito, por telefone, é feito contato entre os profissionais, alguém do CAPS acompanha, especificar);
• Observar quais as dificuldades encontradas no encaminhamento a partir do CAPS e quais as estratégias de superação;
• Observar quem são os usuários, a participação da família, a relação com a equipe;
• Observar a articulação dos usuários e familiares com a rede;
• Observar quem são os trabalhadores, formação, envolvimento com o serviço, atividades que assumem, em que circunstâncias e com que frequência de reúnem com as coordenações dos serviços oferecidos na rede;
• Observar se os profissionais têm afinidade com o que fazem e as dificuldades que encontram em seu cotidiano de trabalho;
• Observar como é o fluxo de comunicação e de negociação no interior da equipe e desta com trabalhadores dos demais setores;
• Observar como acontece o processo de articulação com a rede de saúde e a rede intersetorial, tais como: escola, associação comunitária, jurídico, assistência social, entre outros.

OBS: No decorrer das observações, anotar as percepções e impressões do observador sobre cada aspecto que foi observado.

APÊNDICE G

Roteiro de Entrevista (Familiares)

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Data da entrevista: _____

Entrevistado: _____

Idade: _____

Formação: _____

1. Como você chegou até o serviço? Quem o encaminhou?
   (Quem são as crianças que chegam aos serviços de saúde mental? De que sofrem? Quais são suas demandas)
2. Como você avalia o cuidado prestado e como você avalia sua participação neste processo?
   (Qual a sua participação no tratamento? Recebe suporte da equipe, rede intersetorial?)

APÊNDICE H

Roteiro de Entrevista (Trabalhadores do CAPSi)

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Data da entrevista: _____

Entrevistado: _____

Formação: _____

Tempo na função: _____

1. Quem são as crianças que chegam aos serviços de saúde mental? (De que sofrem? Quais são suas demandas)
2. Como você avalia a atenção à saúde Mental e como você avalia sua participação neste processo? (Como ocorre a interação do seu trabalho com o de trabalhadores de outros setores?)

APÊNDICE H

Roteiro de Entrevista (Trabalhadores da rede intersetorial)

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Unidade: _____

Data da entrevista: _____

Entrevistado: _____

Formação: _____

Tempo na função: _____

1. Quem são as crianças que chegam aos serviços de saúde mental? (De que sofrem? Quais são suas demandas)
2. Como você avalia a atenção à saúde Mental e como você avalia sua participação neste processo? (Como ocorre a interação do seu trabalho com o de trabalhadores de outros setores?)

ANEXOS

FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A intersetorialidade e o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
Pesquisador: Cristiane Kenes Nunes
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 27620714.2.0000.5316
Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 545.064
Data da Relatoria: 28/04/2014

Apresentação do Projeto:
O estudo tem como pressuposto que as crianças e os adolescentes vivenciam etapas do desenvolvimento humano peculiar e especiais que merecem atenção, necessitando compreensão e estímulo para alcançar um desenvolvimento biopsicossocial satisfatório. E do ponto de vista legal, necessitam de acesso à saúde, a educação, proteção social, promoção e garantia de direitos e prevenção à violência. Considerando a exposição acima, reforça-se que a atenção à criança e ao adolescente deve ocorrer em espaços compartilhados e articulados com os diversos setores, sejam eles (saúde, educação, assistência social e justiça). Estes setores, apesar de existentes, atuam muitas vezes de forma fragmentada e isolada, dialogando menos do que deveriam. Assim, as ações em saúde mental, voltadas para a criança e adolescência, se realizadas em conjunto e ancoradas na articulação constituem-se potencialidades importantes para os serviços.Trata-se de uma pesquisa de enfoque metodológico qualitativa e com abordagem hermenêutico-dialética cujos dados serão coletados por meio da entrevista e observação. A partir da observação é possível estabelecer uma aproximação entre o pesquisador e o fenômeno pesquisado, permitindo notar inteiramente a ocorrência de um fenômeno e aproximar-se da perspectiva dos sujeitos, encontrar aspectos novos de um problema bem como coletar dados em circunstâncias em que é impossível outras formas de comunicação (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). As anotações registradas em diário de campo são todas as observações e reflexões realizadas sobre as expressões verbais e

Endereço: Gomes Carneiro nº 01
Bairro: Centro **CEP:** 96.010-610
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3221-1522 **E-mail:** cepfeo@ufpel.edu.br

ações dos sujeitos, descritas e comentadas, compreendidas como todo o processo de coleta e análise de informações, abrangendo a descrição de fenômenos sociais e físicos, explicações levantadas sobre as mesmas e a compreensão do contexto da situação estudada (TRIVIÑOS, 2008). A entrevista é uma técnica apropriada para obter informações sobre o que os sujeitos sabem, creem, sentem, esperam ou desejam e uma forma de interação social, de diálogo, no qual uma das partes procura colher dados e a outra se apresenta como fonte de informação. Entre as vantagens de seu uso está a possibilidade de aquisição de dados relativos aos mais distintos aspectos da vida social, a eficiência na obtenção de dados em profundidade em relação ao comportamento humano, além de permitir a classificação e quantificação dos dados obtidos (GIL, 2010).Os sujeitos serão os trabalhadores do CAPSi, os familiares das crianças e adolescentes que frequentam o CAPSi e os trabalhadores da rede intersetorial. Cenário do estudo será desenvolvido no município de São Lourenço/RS. A escolha do local de estudo foi intencional, devido à história do município de São Lourenço/RS dentro do modelo da atenção psicossocial no estado do Rio Grande do Sul.Os critérios para seleção dos sujeitos da pesquisa serão especificados de acordo com os grupos de interesse, considerando os seguintes critérios para inclusão:

Os trabalhadores do CAPSi:

- Todos trabalhadores serão convidados a participar;
- Ter idade maior de 18 anos;
- Aceitar participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido;

Os familiares de crianças e adolescentes do CAPSi:

- Ter idade maior de 18 anos;
- Aceitar participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido;

Os trabalhadores da rede intersetorial:

- Ter idade maior de 18 anos;
- Atuar na rede intersetorial em questão;
- Aceitar participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido;

Critérios de exclusão para os grupos de interesse

- Estar afastado do trabalho ou no período de férias no momento da coleta dos dados.

A análise de dados se dará através da Análise Temática proposta Minayo (2013).

FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DA

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 545.664

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Conhecer as ações intersetoriais de atenção à saúde mental a crianças e adolescente assistidos no CAPSi.

2.2 Objetivos específicos:

Identificar as potencialidades e desafios das ações em saúde mental voltadas para criança e adolescente a partir da rede intersetorial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para conhecer e poder atuar de forma mais qualificada na atenção as crianças e os adolescentes em sofrimento psíquico e explorar a rede de atenção intersetorial.Contempla os princípios éticos da pesquisa com seres humanos em consonância com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Gomes Carneiro nº 01
Bairro: Centro
UF: RS Município: PELOTAS
CEP: 96.010-610
Telefone: (53)3221-1522
E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA

Plataforma Brasil

Distribuição do Protocolo: [illegible]

PELOTAS, 03 de Março de 2014

Assinador por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01
Bairro: Centro
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3221-1522
CEP: 96.010-610
E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

Página Única: 01

II Relatório do trabalho de campo

Relatório de campo

Este relatório é requisito para avaliação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico (PGEN-UFPel) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), com área de concentração em Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde. O mestrado teve início no mês de março do ano de 2013, com uma duração máxima prevista de 24 meses. A temática pesquisada foi “Atenção psicossocial infantojuvenil – interfaces entre a rede intersetorial”.

O projeto de pesquisa foi aprovado no exame de qualificação em fevereiro de 2014. A pesquisa é de natureza qualitativa, exploratória e descritiva. E teve como objetivo geral: Conhecer as ações intersetoriais de atenção à saúde mental a crianças e adolescente assistidos no CAPSi. E como objetivo específico: Identificar as potencialidades e desafios das ações em saúde mental voltadas para criança e adolescente a partir da rede intersetorial. A proposta de investigação foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob parecer nº 545.964/14, e todos os entrevistados concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura de consentimento livre e esclarecido.

Inicialmente, realizou-se contato telefônico com a coordenadora da Saúde Mental do Município em questão, solicitando-se agendamento para informar sobre os objetivos da pesquisa. Posterior à apresentação, apreciação e aprovação, obteve-se a assinatura de concordância da liberação para a coleta de dados com os sujeitos do estudo.

Após a qualificação, o projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil, para escolha do Comitê de ética em Pesquisa (CEP), apreciação e parecer. Com o parecer favorável do CEP, a pesquisadora realizou novo contato com a

coordenadora do CAPSi para apresentação do projeto, objetivos da pesquisa e pactuação da ida ao campo com os demais pesquisadores.

O trabalho de campo foi realizado entre os dias 12 de maio a 06 de junho, no município de São Lourenço RS, etapa em que a autora deste trabalho, juntamente com duas mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, esteve presente, como pesquisadora, realizando entrevistas com os trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi); os familiares de crianças e adolescentes do CAPSi; os trabalhadores da rede intersetorial e a observação de campo. Foram totalizadas 380 horas de observação por 3 pesquisadoras e registradas em diário de campo.

A primeira semana do trabalho de campo foi dedicada à etnografia prévia. O objetivo inicial incidiu na formação do vínculo e observação do espaço em que se desenvolveu a pesquisa. As três pesquisadoras do campo de São Lourenço do Sul/RS realizaram as observações e produziram registros em diários de campo, no qual foram relatadas suas impressões e descrito o cotidiano do serviço.

A observação das atividades desenvolvidas pelo serviço foi realizada concomitante à identificação dos sujeitos participantes do estudo. Durante esse período, observaram-se as atividades realizadas pelos profissionais, trocas, vínculos estabelecidos, encaminhamentos realizados, casos referenciados. Os dados observados partiram de um roteiro de observação preestabelecido, a partir do acompanhamento das atividades propostas, como observação das demandas dos usuários, das consultas individuais, das visitas domiciliares, articulação com outros serviços, relações entre equipe, usuário e com os outros setores.

Como essas atividades envolveram a observação de crianças, foi solicitada aos pais ou responsáveis a permissão para participar do estudo, e solicitada assinatura de termo de autorização para observação, assim como a assinatura das crianças através do Termo de Assentimento.

A coleta de dados ocorreu, também, por meio de entrevistas semiestruturadas que foram gravadas e, em seguida, transcritas na íntegra, bem como pelo registro em diário de campo. A coleta finalizou-se após saturação dos dados, tendo 51 sujeitos participantes, muito receptivos e atenciosos sempre demonstrando interesse em participar e contribuir com o estudo, respondendo a todos os questionamentos. A transcrição dos dados foi realizada pela própria pesquisadora e por duas graduandas, bolsistas de Iniciação Científica.

Por meio das entrevistas, buscou-se responder à seguinte questão que norteou a pesquisa: Quais as ações intersetoriais de atenção à saúde mental à criança e ao adolescente assistidas no CAPSi, e as potencialidades e desafios dessa articulação?

Para o procedimento de análise de dados, os resultados foram agrupados por meio de temáticas, através da análise operativa de Minayo (2013). A análise dos dados foi dividida em etapas: 1) Ordenação dos dados obtidos nas entrevistas. 2) Classificação dos dados, por meio de leituras exaustivas e repetidas das informações oriundas das entrevistas, retomada da revisão de literatura e constituição de um 'corpus' recortado e reagrupado de acordo com as categorias empíricas definidas. 3) Análise final (MINAYO, 2013)

O recorte de análise apresentado neste relatório, atendendo ao preconizado pelo programa de Pós Graduação, refere-se a conhecer as ações e parcerias intersetoriais no âmbito da atenção à saúde mental à criança e ao adolescente assistidos no CAPSi, a partir das entrevistas com 26 profissionais da rede intersetorial.

Além do estudo desenvolvido para a dissertação, durante o mestrado, na disciplina de Redação de Artigo Científico, foi construído um manuscrito objetivando descrever a capacidade de articulação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) dos Estados do Sul do Brasil com os setores da Rede Básica de Saúde, Escola, Secretaria de Educação, EJA, Conselho Tutelar, Assistência Social (CRAS/CREAS) e Justiça. Tal manuscrito utilizou dados oriundos do banco do Projeto CAPSUL II: Avaliação dos CAPS do Sul do Brasil (CAPSUL, 2012) financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e foi publicado em abril de 2014, em periódico Qualis B2, sob o título – "A intersetorialidade na Atenção Psicossocial Infantojuvenil".

Já o presente estudo teve como tema principal: "Atenção Psicossocial Infantojuvenil – interfaces entre os sistemas da rede intersetorial", resultando, assim, em um artigo que será submetido à avaliação do periódico Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE), Qualis B1, após as sugestões dos membros da banca, de acordo com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A seguir, será apresentada a contextualização no município cenário deste estudo.

Contextualização do município de São Lourenço do Sul/RS

São Lourenço do Sul/RS foi o município cenário deste estudo, devido à história do município dentro do modelo da atenção psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. A cidade é colonizada predominantemente pela população de origem germânica, localizada no extremo sul do Brasil. Seus limites geográficos estendem-se ao sul com os municípios de Turuçu e Pelotas, ao norte, com Camaquã e Cristal, a oeste, com Canguçu e a leste, as margens da Lagoa dos Patos. O município possui uma extensão geográfica de 2.036,13 km² e, aproximadamente, 44.000 habitantes (IBGE, 2013). A seguir, é apresentado um mapa com a respectiva cidade.

Figura 1 – Mapa do Município de São Lourenço do Sul

Fonte: Prefeitura de São Lourenço do Sul

A figura 2 apresenta imagens da cidade de São Lourenço do Sul.

Figura 2: Imagem da cidade São Lourenço do Sul/RS
Fonte: Disponível em http://www.saolourencodosul.rs.gov.br/albuns.php.
Acesso em: nov/2014.

As primeiras ações na área da saúde mental no município datam do início de 1984 a partir da mobilização dos trabalhadores insatisfeitos com o sistema de saúde oferecido nesse período (WETZEL, 2001). Importante destacar que este município foi um dos primeiros a implantar um local de assistência e acolhimento ao portador de sofrimento psíquico, pretendendo evitar internações em hospitais psiquiátricos (AFFELDT; VASQUES; JARDIM, 2012).

Para um município considerado de pequeno porte, é um exemplo de oferta de serviços de saúde, com uma rede intersetorial bem organizada e existe uma rede de atenção em Saúde Mental estruturada e integrada, composta, atualmente, por dois Hospitais Gerais, sendo que um deles possui 30 leitos de Atenção Integral em Saúde Mental, um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS NOSSA CASA), um CAPS AD III (PÉROLA DA LAGOA), um CAPS infantil (SACI); 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo nove delas com equipes de Estratégias de Saúde da

Família; uma em implantação; um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); um Ambulatório Central.

A rede de São Lourenço do Sul se destaca por contemplar a visão intersetorial, pois os profissionais que a compõem atuam de forma integrada, responsável e comprometida com as demandas do município. A resolutividade é a palavra de ordem em suas ações cotidianas, e o reconhecimento de um campo ampliado parece fazer de cada atendimento um compartilhar de responsabilidades, de pensar e planejar em conjunto, para que o cuidado do outro seja ainda mais efetivo. A rede intersetorial de São Lourenço do Sul está composta pelos setores da saúde, assistência social, educação e judicialização.

A seguir serão apresentadas a rede intersetorial do município e as parcerias do CAPSi.

Apresentação e descrição da rede intersetorial

A partir da inserção no serviço, observação de campo e participação das atividades realizadas no setor de saúde mental em conjunto com os demais setores, observou-se uma rede bem articulada.

Com a participação das pesquisadoras nas atividades realizadas no CAPSi, e fora deste, como reuniões do colegiado, reunião mensal da rede, reuniões para discussão de casos mais pontuais, foi possível interagir na dinâmica do próprio serviço e com os demais trabalhadores da rede, possibilitando aproximação e captação de informações importantes para responder às questões da pesquisa e o convite para participarem do estudo.

A aproximação com os sujeitos deste estudo se deu aos poucos, a partir da inserção e participação das pesquisadoras nas atividades realizadas em conjunto com CAPSi e os demais setores. O convite aos trabalhadores da rede intersetorial para a participação do estudo partiu inicialmente da observação das atividades realizadas no CAPSi e a participação da pesquisadora em uma reunião em que estavam presentes trabalhadores dos diferentes setores para discussão e resolução de uma demanda que envolvia uma menor usuária do CAPSi, com um filho de alguns meses, em conflito com a família. Estavam presentes CREAS, Conselho Tutelar, Casa da Criança e do Adolescente, CAPSi, ESF, PIM. Após apresentar a proposta de estudo e convidar esses trabalhadores para participar, foram marcados a data, o horário e o local de maior disponibilidade ao entrevistado. Também foram

convidados a participar do estudo trabalhadores da rede indicados pela equipe do CAPSi:

Conselho Tutelar; Casa da Criança e do Adolescente; Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Promotoria da infância e adolescência; Ministério Público da 2ª Vara da Infância e adolescência; Centro de Referência em Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS); Primeira Infância Melhor (PIM); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Estratégia de Saúde da Família Urbana e Rural, Coordenação de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Mental, Redução de Danos (RD); Secretaria Municipal de Educação, Escolas Municipais e Estaduais, Hospital Geral, CAPS AD III, CAPS I e CAPSi representados na Figura abaixo:

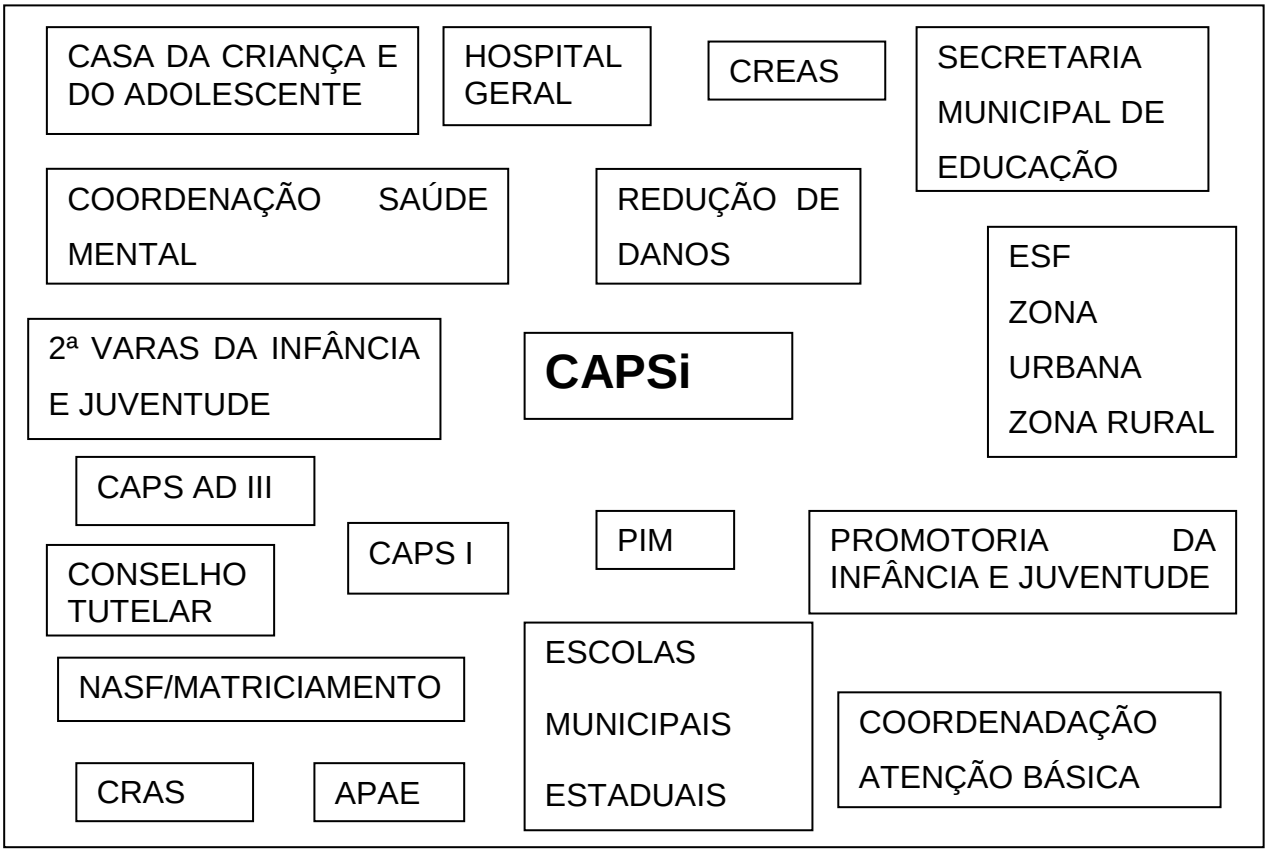


Figura: Rede intersetorial

Fonte: DC 01

Após a coleta dos dados, percebeu-se que os trabalhadores da rede intersetorial conseguem colocar em prática um modelo de saúde mental compatível com o modo psicossocial. Evidenciou-se durante a coleta, um grande comprometimento das equipes em trabalhar em rede, realizar parcerias com os

recursos na comunidade, mesmo quando escassos, na preocupação de estabelecer relações horizontais entre esses trabalhadores, por meio do diálogo, do encontro, do compartilhamento de responsabilidades, condições primordiais e indispensáveis à concretização de um cuidado integral.

A seguir foi realizada a caracterização dos sujeitos, representada na figura abaixo.

Identificação	**Profissão**	**Rede Intersetorial**	**Tempo de trabalho na Rede**
T 01	Assistente Social	CREAS	27 anos na rede e 2anos 5 meses no CREAS
T 02	Assistente Social	Conselho Tutelar	7 anos
T 03	Enfermeira	ESF Zona Urbana	2 anos e 6 meses
T 04	Enfermeiro	Coordenador AB	2 anos
T 05	Psicóloga	SME	4 anos
T 06	Assistente Social	Hospital Geral	18 anos
T 07	Psicóloga (Superior incompleto)	Casa da Criança e Adolescente	17 anos
T 08	Psicóloga	NASF	08 meses
T 09	Assistente Social	PIM	5 anos
T 10	Pedagoga	Escola Estadual	22 anos
T 11	Professora/Pós em educação Infantil	Escola Estadual	4 anos
T 12	Enfermeira	ESF Zona Urbana	6 meses
T 13	Professora	APAE	3 anos
T 14	Psicóloga	Coordenador SM	4 anos
T 15	Enfermeira	Hospital Geral	6 anos
T 16	Psicóloga	CAPS AD	11 anos
T 17	Juiza	2ª Vara da infância e adolescência	5 anos
T 18	Pedagoga	Escola Municipal	2 anos
T 19	Orientadora Pedagógca	Escola Municipal	1 ano
T 20	Assistente Social	CRAS	6 meses
T 21	Terapeuta Ocupacional	Redução de Danos	8 meses
T 22	Promotora	Promotoria Pública	5 anos
T 23	Enfermeira	ESF Zona Rural	6 anos
T24	Pedagoga	Escola Estadual	3 anos
T 25	Psicóloga	CAPS I Nossa Casa	1 ano e 2 meses
T 26	Orientadora Educacional	Escola Municipal Marina Vargas	12 anos

Tabela: profissionais da rede intersetorial

Fonte: DC 01

Caracterização do CAPSi e das crianças e adolescentes que chegam aos serviços que compõem a rede intersetorial

O CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil chamado SACI – Sistema de Atenção à Criança Inclusiva surgiu em 1994 chamado CISE, Centro Integrado de Saúde Escolar. Tinha sede própria e atendia somente os adolescentes escolares; se não estivesse na escola não teria acesso. Em 2003, devido ao corte de verbas, o CISE mudou para a Secretaria de Educação e, em 2005, virou CAPSi, devido à necessidade de expandir o atendimento às crianças não escolares. Assim, o atendimento foi ofertado a uma faixa etária de zero a 25 anos[3], mas, nos casos com menores de três anos de idade, geralmente eram encaminhados para acompanhamento ao Programa Infância Melhor (PIM). A partir da transformação de CISI para CAPSi, aconteceram três mudanças de local. O primeiro foi inaugurado na área central em frente à praça, e logo os profissionais tiveram que se mudar para outro lugar que ficava do outro lado da praça, também central. Recentemente ocuparam a atual estrutura, localizada no centro da cidade, mas um pouco mais afastada.

O CAPSi tem um formato de casa. O prédio foi adquirido recentemente, e é alugado pela prefeitura. A porta de entrada é bem na frente da rua e de difícil acesso para cadeirantes. Ao lado da entrada tem uma sala pequena onde são realizados os atendimentos individuais pelas psicólogas do serviço. Logo tem a recepção, com algumas cadeiras, mesas e arquivo com o prontuário dos usuários infantis. Seguindo a recepção, há três salas, uma que pode ser usada para atendimento em grupo, outra que é utilizada para atendimento individual, pela médica, e outra que também é utilizada para atendimento individual. Há uma sala de reuniões, com uma mesa grande no centro e um armário. No outro lado da recepção, tem-se acesso à cozinha, de tamanho pequeno. Ao lado da cozinha há um banheiro. Na frente do banheiro, há um espaço pequeno com um armário para o arquivo morto. Há outro banheiro no corredor também entre as salas, no entanto só é possível utilizar a pia. Atrás da casa, há uma lavanderia na qual são colocados alguns materiais velhos.

A estrutura é bem precária; as paredes são mofadas; o chão é sujo. Os profissionais estão tentando se acomodar no local, e relataram bastante

[3] Segundo as normas do Ministério da Saúde, a idade mínima e idade máxima para atendimento no CAPS i - 0 (zero) a 25 (anos).

descontentamento com a ambiência. Mas, apesar disso, são muito motivados pelo trabalho em saúde mental e muito acolhedores conosco. (Informações DC02)

Atualmente o serviço tem um total de 5000 crianças cadastradas, com, aproximadamente, 200 ativas e atende algumas cidades da região: Morro Redondo, Turuçu, Canguçu, Arroio do Padre e Cristal.

A equipe do CAPSi é composta por 18 profissionais: 01 Enfermeira; 01 médica Pediatra; 01 médica Psiquiatra; 04 Psicólogas; 01 Assistente Social; 03 Pedagogas; 02 Acompanhantes Terapêutica; 01 Técnico de Enfermagem; 02 Secretárias; 01 Auxiliar de Serviços gerais/cozinha; 01 Professor de música. As contratações, são na maioria, por vinculação celetista com a prefeitura, e concurso público. A recepção de novos casos é realizada diariamente e pode ser agendada pelo próprio usuário e familiar, por telefone ou por encaminhamentos e por livre demanda.

Figura: CAPSi SACI

Fonte: DC 01

Figura: CAPSi SACI

Fonte: DC01

O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira das 8h às 17h sem fechar ao meio dia. O serviço oferece café da manhã, almoço e café da tarde, refeições feitas pela profissional de serviços gerais.

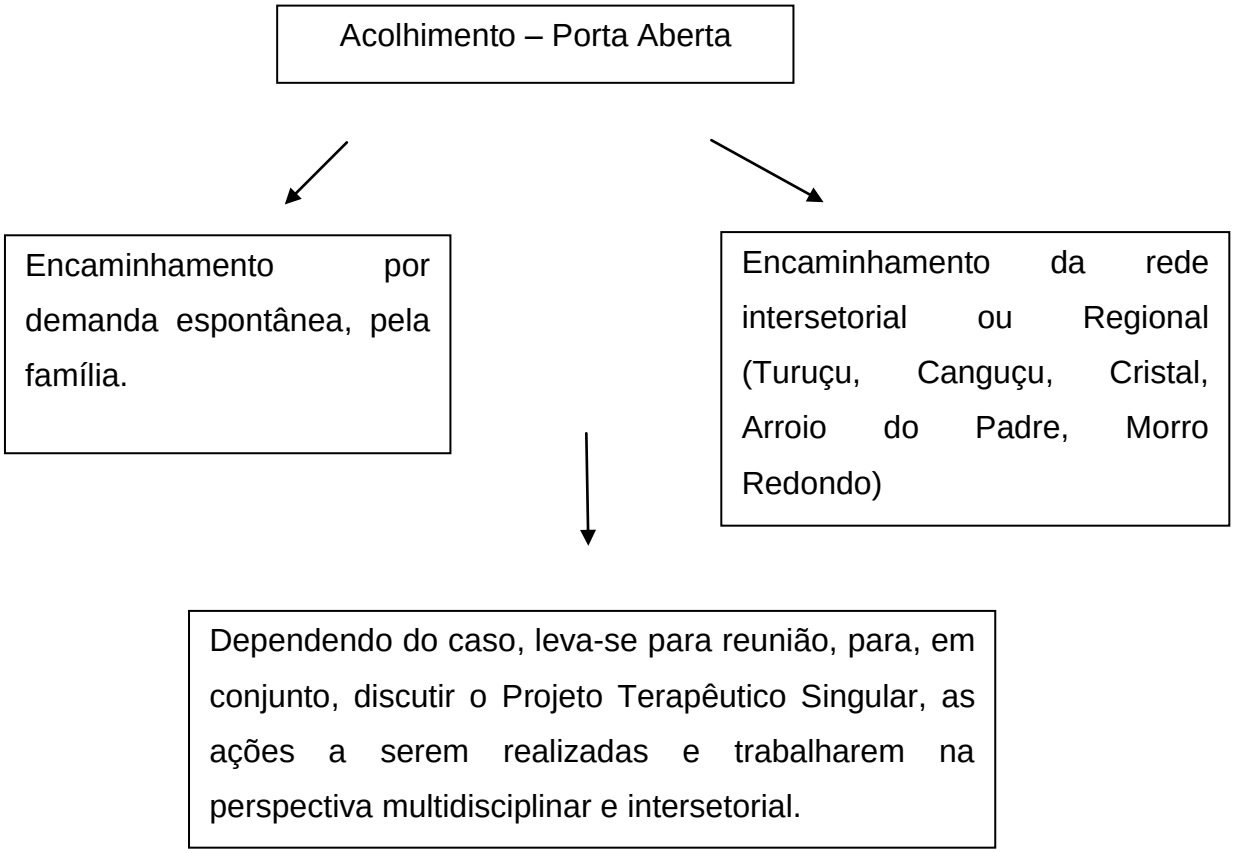
O público alvo compreende a faixa etária zero a 25 anos, sendo que, nos primeiros anos de vida (até 3 anos), se tem poucos registros, pois trabalham muito em conjunto com o PIM (Primeira Infância Melhor), sendo esses os responsável por acompanhar e monitorar as crianças com média de idade de 05 a 16 anos.

O CAPSi tem como objetivos principais: promover a reabilitação e a inclusão social; auxiliar na promoção de cidadania e construção coletiva do bem-estar; intervir precocemente na relação mãe-bebê, através da observação e participação direta; reduzir sintomas psiquiátricos através da farmacologia, grupos terapêuticos, apoio familiar, orientação educacional, recreação, psicoterapia individual e outros.

Relato de um profissional (DC 01): “os setores compreendem que devem estar todos envolvidos e implicados no cuidado integral, e que independente da demanda, compreendem que a responsabilidade é de todos. Cada um tem uma fatia de responsabilidade, a resolução é o objetivo”.

O atendimento ocorre sempre a portas abertas; todos os dias há alguém responsável pelo acolhimento.

FLUXO DO SERVIÇO



Segundo informações dos profissionais do CAPSi, os transtornos que mais aparecem são[4]: Ansiedade (41.1); Déficit de atenção (90); Transtorno de conduta (91); Depressão (34); Transtorno Fóbico (40); Transtorno de impulso – Automutilação (63); Autismo (24.0); Enurese (98.0); Encoprese (98.1); Alienação Parental; Transtorno da fala (80.0; 80.5); Gagueira (98.5); Taquifenia – Fala desordenada (98.6); (19); (41.9).

[4] Transtornos seguidos dos seus respectivos CID 10.

As atividades desenvolvidas no serviço são: acolhimento; atendimento individual; atendimento em grupo; oficinas terapêuticas; atividades recreativas e comemorativas; atendimento às famílias; atividades comunitárias; oficinas de argila; pintura em vidro; artesanato; esporte; música.

Cronograma de atividades dos serviços e de profissionais:

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
	-Oficina de criatividade Profissionais no turno: 2 psicólogas 1 acompanhante terapêutica 1 pedagoga 1 residente de psicologia 1 residente de enfermagem 1 técnico de enfermagem 1 Assistente social	-Oficina social – Oficina de argila Profissionais: 2 Pedagogas 2 Psicólogas 1 Enfermeira 1Técnico de enfermagem 1Médica Psiquiatra	-Oficina de pintura. Profissionais: 3 Pedagogas 2Psicóloga 1 Enfermeira	-Reunião de equipe Todos os profissionais	- Oficina de socialização Profissionais: 2 Pedagogas 2 Psicólogas 1 Enfermeira 1Técnico de enfermagem
	- Oficina de música - Oficina da futebol Profissionais no turno: 1 Médica Pediatra 1Enfermeira 2Psicólogas 1Pedagoga 1Residente educação física	- Oficina de recreação - Oficina de argila Profissionais no turno: 1 Médica Pediatra 1 Médica Psiquiatra 2Pedagogas 2 Psicólogas 1 Enfermeira 1Técnico de enfermagem	- Oficina de pintura - Oficina de socialização Profissionais no turno: 1 Médica Pediatra 3 Pedagogas 2 Psicólogas	- Oficina de socialização Profissionais no turno: 1 Médica Pediatra 3 Pedagogas 2 Psicólogas 1 Enfermeira	Profissionais no turno: 1 Médica Pediatra 1 Pedagoga 1 Psicólogas 1 Enfermeira 1 Assistente Social 1Técnico de enfermagem

Figura: Cronograma de atendimento
Fonte: DC02

A origem dos encaminhamentos para o CAPSi vem de serviços da rede intersetorial e elencam-se as denúncias via Promotoria e Judiciário, Conselho Tutelar, Escolas, demanda espontânea, pelas Famílias, Unidades Básica de Saúde, Municípios vizinhos, Internação Compulsória.

A população de crianças e adolescentes que frequenta os serviços da rede intersetorial é, na maioria, por negligência, maus tratos/violência, abandono, problemas de conduta, dificuldade de aprendizagem, uso de álcool e outras drogas, agitação psicomotora, risco de suicídio, automutilação, hiperatividade, falta de limites, déficit de atenção, crianças em situações de risco de vulnerabilidade, conflito familiar, alienação parental, vulnerabilidade social, Autismo, Síndrome Down, crianças que sofreram abuso sexual, agressividade na escola, síndrome do pânico, frequência irregular na escola, crianças que foram abandonadas pela família ou se encontravam em situação de risco com a família, deficiência intelectual, deficiência auditiva, transtornos bipolares, Transtorno de comportamento,Transtorno de impulso, violência doméstica.

A seguir, será apresentado o artigo "**A atenção psicossocial infantojuvenil interfaces da rede intersetorial.**" para defesa da dissertação de Mestrado.

WETZEL, C. & ALMEIDA, M. C. P. de. A construção da diferença na assistência em Saúde Mental no município: a experiência de São Lourenço do Sul – RS. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 77-87, maio/ago. 2001.

AFFELDT, AB; VASQUES, GA; JARDIM, VMR. O apoio matricial em saúde mental junto à Estratégia de Saúde da Família em São Lourenço do Sul/RS. J Nurs Health. 2012;2 Suppl:S240-8.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407p.

III Artigo I

Atenção psicossocial infantojuvenil – interfaces entre a rede intersetorial

Psychosocial Assistance to Children and Teenagers – interface among the inter-sectorial network

Atención Psicosocial Infantojuvenil – interfaces entre la red intersectorial

RESUMO

Este estudo objetiva conhecer as ações e parcerias intersetoriais no âmbito da atenção à saúde mental à criança e ao adolescente assistidos no CAPSi. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou, como técnica de coleta de dados, a entrevista semiestruturada e, para interpretação dos dados, a técnica de análise temática proposta por Minayo. Foram entrevistados 26 trabalhadores pertencentes à rede intersetorial do município de São Lourenço do Sul/RS. Os resultados obtidos apontam que, para cuidar dessa população, os trabalhadores apostam na perspectiva intersetorial. Entendem que as ações vão além do cuidado disponível e ofertado em cada serviço, requerem ampliar espaços, compartilhar responsabilização, e discutir em conjunto, garantindo um cuidado ampliado e efetivo. Conclui-se que, na rede de São Lourenço do Sul/RS, as ações em saúde mental infantojuvenil articuladas aos serviços de saúde e outros setores conferem maior potencial para a resolutividade das necessidades de crianças e adolescentes.

Descritores: Saúde mental, criança, adolescente, intersetorialidade.

ABSTRACT

This study aims to know the inter-sectorial actions and partnerships that approach mental health assistance to children and adolescents assisted at CAPSi. A qualitative research that used as data collection the semi-structured interview, and for analysis of data the technique of thematic analysis of Minayo. Twenty-six workers that belong to the inter-sectorial network

from São Lourenço do Sul/RS were interviewed. The obtained results pointed out that, to assist this population, the workers bet on the intersectorial perspective. They understand that actions are much more than the available and offered care in each service, and it requests improvement of spaces, responsibility, and discussion in group, which guarantees an amplified and effected care. It is concluded that in the network, the actions in mental health for children and teenagers, articulated to the services of health and other sectors, confer a major potential to the resoluteness of the children and adolescents' needs.

Descriptors: Mental health; child; adolescent; intersectoriality.

RESUMEN

Este estudio objetiva conocer las acciones y parecerías intersectoriales en el ámbito de la atención a la salud mental de niños y adolecentes asistidos en el CAPSi. Es una pesquisa cualitativa que utilizó como técnica de recolecta de datos la entrevista semistructurada, y para interpretación la técnica de análisis temática por Minayo. Fueron entrevistados 26 trabajadores pertenecientes a la red intersectorial del municipio de São Lourenço/RS. Los resultados obtenidos apuntan que, para cuidar de esta población, los trabajadores apostan en la perspectiva intersectorial. Entienden que las acciones van además del cuidado disponible y ofertado en cada servicio, requiere ampliar espacios, hacer la cuota de responsabilidad, discutir en conjunto, garantiendo un cuidado ampliado, efectivo. Se concluye que en la red, las acciones en salud mental infantojuvenil articuladas a los servicios de salud y otros sectores confiere mayor potencial para la resolución de las necesidades de niños y adolescentes.

Descriptores: Salud mental, niño, adolescente, intersectorialidad.

INTRODUÇÃO

A atenção voltada à saúde mental de crianças e adolescentes, bem como o seu reconhecimento como uma questão de saúde pública, é recente e tem sido considerada como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira[1].

Historicamente, a atenção em saúde mental dirigida ao grupo infantojuvenil foi marcada por uma lacuna histórica. Até o século XIX, apresentava-se desestruturada, sendo preenchida ao longo dos anos por instituições, na sua maioria de natureza privada ou filantrópica, tornando-se as únicas opções de cuidado disponível a essa população. Somente a partir de então passam a existir as primeiras mudanças na forma de compreensão da criança e de suas necessidades[2,3].

É importante ressaltar que o reconhecimento da criança como sujeito portador de direitos, ou seja, como cidadão, efetivou-se no Estado brasileiro com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através da Lei nº 8.069, de 1990, decorrendo do artigo 227 da Constituição de 1988[4].

O advento da Reforma Psiquiátrica contribuiu positivamente para um novo olhar sobre a assistência em saúde mental, focando em serviços de bases comunitárias, e ainda trata dos direitos e da proteção das pessoas com transtornos mentais, reformulando o modelo de atenção, da incorporação de novas possibilidades de convívio e inclusão de pessoas com sofrimento mental[5].

A partir desse novo modelo de atenção, os primeiros serviços públicos específicos para crianças e adolescentes, denominados Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi), foram implantados. Tais serviços foram propostos com o papel de promover a atenção comunitária em saúde mental de forma integral, além de organizar a rede de cuidado existente no seu território de abrangência, tornando-se, portanto, ferramentas estratégicas nessa proposta de reversão do modelo hospitalocêntrico[3].

Os CAPSi foram projetados para atender prioritariamente às demandas de transtornos psiquiátricos severos e persistentes, empregando alternativas de tratamento apoiadas em uma proposta terapêutica personalizada, articulada com diferentes setores. A política atual de saúde mental para crianças e adolescentes ressalta a importância de um sistema intersetorial que coordena cuidados entre a educação, saúde, assistência social e setores da justiça[(6)].

Diante desse contexto, as crianças e os adolescentes vivenciam etapas do desenvolvimento humano peculiares e especiais, que merecem atenção, necessitando compreensão e estímulo para alcançar um desenvolvimento biopsicossocial satisfatório. Do ponto de vista legal, precisam de acesso à saúde, à educação, à proteção social e garantia de direitos. Sendo assim, a atenção à criança e ao adolescente deve ocorrer em espaços compartilhados e articulados com os diversos setores.

Trabalhar intersetorialmente envolve a expectativa de maior capacidade de resolução, de efetividade, pois a partir das necessidades do outro é que se criam o espaço possível de interação e de ação. Pautar a articulações entre sujeitos e setores diversos é, portanto, integrar saberes, poderes e vontades diversas, imprimindo uma nova forma de trabalhar e de construir políticas públicas. É nesse sentido que se destaca a intersetorialidade como estratégia para articular serviços, pessoas e políticas[(5-7)].

Nessa perspectiva, o presente artigo teve como objetivo conhecer as ações e parcerias intersetoriais no âmbito da atenção à saúde mental à criança e ao adolescente assistidos no CAPSi.

MÉTODOLOGIA:

O estudo foi realizado com subprojeto da pesquisa “A intersetorialidade e o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil”. A proposta deste estudo foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas,

sob parecer nº 545.964/14. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes concordaram em fazer parte do estudo, mediante a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, realizada durante o mês de maio de 2014, no município de São Lourenço/RS. Os instrumentos utilizados foram observação e entrevistas semiestruturadas, e os sujeitos participantes foram 15 trabalhadores do CAPSi, 10 familiares de crianças e adolescentes e 26 trabalhadores da rede intersetorial.

O presente artigo dedica-se a analisar especificamente aspectos referentes à articulação entre os serviços da rede (saúde, educação, assistência social e justiça) nas ações voltadas à saúde mental infantojuvenil, a partir das observações e entrevistas com os 26 trabalhadores da rede intersetorial. A apresentação dos depoimentos foi identificada pela letra T, representando os trabalhadores, seguidos do número correspondente à ordem de realização das entrevistas.

Para a análise dos dados, elegeu-se a análise operativa de Minayo[8], obedecendo três etapas que consistem na pré-análise, com a escolha das informações, a leitura e exploração do material e, por último, a interpretação dos dados obtidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os arranjos intersetoriais: interconexões para efetivação do cuidado

Segundo os entrevistados, sempre que há necessidade de intervenção, o contato é feito entre os trabalhadores que compõem os diferentes dispositivos da rede. Além disso, a criança e o adolescente não ficam sem o atendimento necessário. A partir dos relatos, pode-se afirmar que os serviços atuam interconectados à equipe do CAPSi, às equipes da ESF, ao NASF, ao setor de assistência social e educação, compartilhando o cuidado, bem como propiciando a corresponsabilização entre as equipes de saúde e um cuidado de base territorial.

É notável o protagonismo desses arranjos intersetoriais para o enfrentamento das situações, especialmente quando se faz necessário envolver mais de um setor, como a educação, o suporte social, a justiça com a saúde. Os trabalhadores, em seus discursos, mencionam, também, o setor Justiça como um dispositivo facilitador nas intervenções realizadas em conjunto com os demais serviços da rede em prol da garantia à defesa do menor.

> *(...) a gente tem um bom trabalho com a escola, as gurias sempre nos passam situações, sempre tem alguma coisa. Elas tem bastante crianças com déficit de aprendizagem, elas nos mandam aqui pra gente da ESF, dar uma conversada e se acha necessário a gente encaminha. Porque agora com o NASF é assim, elas não ligam direto pra lá, primeiro passa por aqui, com a assistência, com o CREAS também, a gente tem uma boa relação, (...) o Conselho tutelar a gente já teve uma boa participação em algumas situações (...). Com o CAPSi tem um bom vinculo, com o CAPS I. Não tem assim problemas, sempre que a gente precisa dá uma ligadinha e se tem o retorno. (T12)*

> *(...) a gente penso em organizar melhor esta rede a partir do Matriciamento, porque no CAPSi a demanda é muito grande, também é um serviço regional, atende outros municípios (...) então a gente precisava priorizar para que lá seja atendido casos de CAPS mesmo, casos que são mais graves, persistentes, de transtornos mais severos (...) então a gente combinou com elas que a porta de entrada no SUS, fosse a então a Atenção Básica, o Posto de Saúde atenderia essas crianças, discutiria o caso com eles e se passasse dos limites do atendimento então a gente encaminharia para o CAPS i, já com (...) toda a história, um acolhimento bem feito já e fazendo rede pra gente poder compartilhar esse cuidado, que a gente pudesse pensar em ações de cuidado tanto da Atenção Básica quanto do CAPS infantil [...] (14)*

> *(...) o paciente vem muitas vezes encaminhado pela rede CAPS, encaminha pra cá os Postos de Saúde, o Matriciamento encaminho paciente pra cá, aí o paciente é internado ou não dependendo da necessidade, e aí a gente faz a contrarreferência do paciente depois, o tratamento de novo para o local de origem que mandou pra cá e a gente sempre tem contato, contato com o local de origem, para avisar ao paciente daqui, internado, no momento da alta também faz contato pra devolver ele para o serviço, depois que ele termina o período de internação. (15)*

> *(...) às vezes vem a coordenadora da Casa da Criança, com o Ministério Público e o Judiciário pra que a gente sente todos e consiga avaliar, está indo nos atendimentos, não está indo, o porquê, o Conselho Tutelar também vem junto, onde é que está sendo o problema, qual a dificuldade (...) às medidas socioeducativas quando for o caso, e aí sim se, quem cumpre aqui no município é o CREAS, e o CREAS, faz o acolhimento do adolescente junto com o responsável, vê a aptidão do adolescente, a disponibilidade pra procurar direcioná-lo para entidade que vai recebê-lo, prestar o serviço que seja mais adequado, que seja mais afim dos interesses dele, quando é possível já se insere no curso do PRONATEC ou dá encaminhamento escolar (...) (T17)*

> *(...) então hoje a gente precisa pensar todo momento eu não estou sozinha nessa rede, esse CAPS não é sozinho mais na rede, então ele pode e deve contar com os outros dispositivos,*

> *então a troca com o CAPSi e com os outros dispositivos, sejam da saúde mental, da saúde, seja da assistência social, quanto da educação, (...) sempre fazer esta tentativa de movimento, olha podemos contar com outras pessoas e hoje a gente consegue, pensar um pouco mais articulado (...) (25)*

Os profissionais que prestam o atendimento à criança e ao adolescente identificam, em seu território, outros dispositivos com os quais compartilham o cuidado. E parece indispensável envolver a participação de todos os trabalhadores da rede. Ao mencionarem, no setor Saúde, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como apoio matricial às equipes de Saúde da Família; a Primeira Infância Melhor (PIM), nas orientações e acompanhamento das famílias; a Atenção Básica como a porta de entrada e primeiro passo para a resolução da demanda, explicitam uma rede comprometida com o cuidado, conferindo interlocução entre as equipes da rede de saúde, de saúde mental e aquelas que atuam nos demais setores, como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência em Assistência Especializada Social (CREAS), Educação, além de serviços ligados à Justiça e ao Conselho Tutelar.

Cabe destacar o setor saúde como o local que antecede a resolução da demanda; é onde, na maioria das vezes, ocorre o primeiro contato, seja no território, por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde, ou pela busca do atendimento em outros serviços. No entanto, dependendo da complexidade da demanda, exige-se que os serviços de saúde, assistência social, educação, defesa e proteção atuem de forma articulada e intersetorial, permitindo a flexibilidade e a ampliação do fluxo em todas as dimensões do cuidado[(9)].

É nesse sentido que a atuação intersetorial se destaca como estratégia articuladora de serviços, pessoas e políticas. A incorporação da intersetorialidade nas políticas públicas ocasionou a articulação de distintos saberes técnicos, assumindo ganhos à população, reforçando que é preciso entender que as políticas setoriais (como a saúde) não solucionam tudo e necessitam se comunicar para evidenciar aquilo que podem ou não oferecer[(5)].

A rede de cuidados e atenção voltada à criança e ao adolescente, no que tange ao setor Justiça, também está representada por atores implicados e encarregados pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente.

Os trabalhadores relatam que os procedimentos legais e de proteção, referem-se às demandas dos Conselhos Tutelares ou da Justiça, e que a interação com esses órgãos, visam garantir os direitos da criança e oferecer suporte quando as circunstâncias não são adequadas, seja pela ruptura de laços familiares, ou situações em que seus direitos estão ameaçados ou violados, e dentro de suas esferas de atribuições, garantindo proteção integral, ou que seus direitos humanos possam ser resgatados ou restabelecidos[10].

A família também precisa oferecer segurança à criança e ao adolescente, assegurando-lhes o pleno desenvolvimento biológico, físico e social, no entanto, quando não se dispõem dessas condições necessárias, os órgãos superiores precisam ofertar suporte para que este direito humano seja atendido[10].

Esse setor, além de colaborar na organização da rede e participar do fluxo intersetorial, garante a pactuação de responsabilidades entre os gestores das políticas sociais básicas e demais profissionais dos serviços. Nessa perspectiva, a proposta de ampliar o compromisso coletivo é o carro chefe das ações realizadas em direção à atenção integral às crianças bem como de fomentar ações intersetoriais entre saúde, educação, assistência social e promoção dos direitos dessa população.

Perspectiva de articulação no cotidiano

A rede intersetorial do município, no que tange às ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes, mostra-se articulada com os demais setores. O discurso de responsabilização pelo cuidado compartilhado está presente em todas as entrevistas, e os

trabalhadores entendem que suas demandas devem ser discutidas e acolhidas por todos os profissionais dos serviços que compõem a rede.

Para isso, utilizam-se de distintas estratégias, como reuniões semanais no colegiado gestor, espaço para os profissionais (dos CAPS, ESF, Hospital) discutirem condutas e o plano terapêutico de alguns usuários inseridos na rede de saúde mental do município. As discussões que permeiam esse espaço são procedimentos e intervenções, na perspectiva do cuidado em liberdade e em rede e com responsabilização conjunta. Também realizam encontros mensais, nos quais, se fazem presentes, além do setor de saúde, os demais setores, e a finalidade desse encontro é a discussão de casos. Está explícito, na fala dos trabalhadores, que os encontros não decorrem apenas com data e hora marcada, pois, se aparecer uma situação que requeira a intervenção entre mais de um setor, estes se encontram para pensar junto e de que maneira será resolvida o problema.

> *(...) a gente se dá muito bem, a gente atende um caso aqui, a gente já liga pro CREAS ou CRAS ou ate mesmo pro CAPSi e geralmente a gente faz uma reunião, na semana passada mesmo a gente teve uma situação duma menina que foi acolhida na Casa da Criança e antes da gente fazer o acolhimento a gente fez uma reunião com toda a rede CAPSi, PIM, CREAS. E sentamos e conversamos, discutimos aquilo ali e todo mundo decidiu então que o melhor seria (...) (T2)*

> *(...) cada vez mais as pessoas estão vendo a importância da rede, porque a gente fala na importância da rede quente, (...) nosso objetivo é a família, é o bem estar da família, então a gente tem que se comunicar porque não adianta um serviço fazer uma coisa, o outro fazer outra, o outro fazer outra. A gente tem que sentar fazer uma reunião como a gente fez no CREAS e decidir o que é melhor (...) (T9)*

> *(...) porque eles já conversavam (...), mas através de casos pontuais então agora eles vão ir quinzenal ou uma vez por mês na unidade para conversar mais sobre saúde mental, falar qual é o papel, do apoio, que não é fazer por eles, mas junto ou discutir junto, para que eles possam fazer porque a ideia do apoio é essa que a gente possa ampliar as possibilidade de cuidado de saúde e que ela possa ser mais resolutiva em saúde menta (...) (14)*

> *(...) quando a gente fala em rede de saúde pública, uma rede tem que se comunicar, tem que ter seus pontos de contato, por isso é uma rede, no que toca ao contato com o judiciário (...) o pessoal sempre teve livre acesso, quanto a me ligar por alguma situação que não tava funcionando bem, que às vezes a gente pode dar alguma determinação de algum processo fazendo raciocínio que vai funcionar de alguma maneira e às vezes é preciso do retorno da equipe pra ver se tá funcionando ou não e para gente eventualmente se for o caso repensar uma outra estratégia (...) (T17)*

> *(...) a gente tem uma proposta do CRAS, uma proposta de trabalho permanente que é de tentar viabilizar, facilitar esse acesso, essa comunicação com os demais serviços [...] na*

> *última sexta feira do mês, a gente tem uma reunião com todos os serviços que compõem o território, nessa reunião vem o Posto de Saúde, vem a Escola, vem o CAPS I, o CAPSi, vem as Agentes de Saúde, vem as agentes do PIM, da Primeira Infância Melhor, (...) pra gente poder discutir, conversar sobre alguns casos, fazer algum acompanhamento mais sistemático, planejar algumas ações, então foi a forma que se encontrou de poder tá se aproximando desses espaços para trocar, para dialogar, para fazer um acompanhamento mais sistemático nas famílias,(...) então essa reunião é bem importante e fora essa reunião, sempre que necessário a gente faz contato por telefone, ou vai no serviço, já aconteceu da gente ir num serviço, por exemplo, pra discutir um caso mais específico então eu acho que a comunicação é bem boa, bem tranquila (...) (T20)*

Foi possível perceber, a partir das entrevistas dos trabalhadores, que a rede intersetorial é entendida como um conjunto de pessoas e não de serviços, na qual as trocas são construídas com base em vínculos estabelecidos a partir do diálogo entre os sujeitos envolvidos no processo, refletindo um sentimento corresponsabilização, de estrutura de rede completa e resolutiva[(11)].

No entendimento dos trabalhadores, o ato de cuidar vai além do cuidado disponível e ofertado em cada serviço; requer ampliar espaços, compartilhar responsabilização e discutir em conjunto; pensar junto. Para tanto, faz-se necessária uma rede única, articulada, territorializada e transdisciplinar.

Nessa perspectiva, a intersetorialidade é compreendida como uma estratégia em que os diferentes setores, com seus saberes e práticas, precisam se articular e se integrar com vistas a orientar e garantir um cuidado ampliado e efetivo, entendendo que as ações de cuidado voltadas à criança e ao adolescente ultrapassam aquelas implantadas pela política de saúde e incluem todas as dispensadas pelas diferentes políticas setoriais da educação, assistência social, cultura, esporte e lazer, justiça, dentre outras que compõem a rede de relações do sujeito[(12)].

Essas parcerias intersetoriais se efetivam quando revelam que há o reconhecimento, a necessidade da intersetorialidade, como uma estratégia potente para enfrentar os problemas de saúde, de pensar em rede para responder efetivamente à complexidade dos problemas que impactam a saúde dos sujeitos[(13)].

A realização de encontros, reuniões nos diversos espaços da rede, com os trabalhadores imprime e reforça a ideia de compromisso e estabelecimento de troca, avaliação da prática e compartilhamento de corresponsabilidade.

Também se acendem, nesses espaços, discussões de novas ações a serem implementadas, de possíveis alterações nas condutas traçadas, da necessidade de envolvimento de outros profissionais. Esses encontros possibilitam, ainda, conhecer as demandas de saúde da população de seu território. Através desse conhecimento, a equipe tem como criar recursos coletivos e individuais de cuidado, bem como dar suporte aos seus usuários e sua comunidade[14-11].

Diante disso, o serviço de saúde, articulado com os demais serviços da rede existentes no município, torna-se elemento fundamental para a continuidade do cuidado. O ponto comum entre os serviços da rede intersetorial é justamente o sujeito e a interlocução existente entre os setores.

A rede de serviços que acolhe o público infantojuvenil nas suas diversas necessidades, e que atua a partir da conversação entre os setores e desenvolve ações intersetoriais, torna o "problema" por aquele caso, aquele sujeito, responsabilidade de todos. Desse modo, dividir e compartilhar as responsabilidades e as próprias dificuldades fortalecem os setores e os seus profissionais[15].

Por isso, a necessidade de pensar na perspectiva da articulação em rede, no estabelecimento de parcerias intersetoriais, trabalhando para um mesmo objetivo. Logo, é urgente problematizar as ações no campo da saúde mental para infância e adolescência e sua necessária articulação, buscando construir práticas que envolvam outros setores.

Sendo assim, fica claro que não se trata, entretanto de um protagonismo exclusivo do CAPSi realizar qualquer intervenção, seja de uma criança ou adolescente de forma isolada. Os

diversos setores integrantes, independentemente da esfera que representam, estão imbuídos do compromisso com a proteção integral da criança e do adolescente.

O território como espaço ampliado de cuidado

No que diz respeito ao cuidado no território, a rede propõe pensar o cuidado voltado à criança e ao adolescente em seu território, abrangendo ações coletivas, e envolvendo instituições de educação, de associações, de lideranças comunitárias, dentre outros, como parceiros fundamentais na consolidação de um cuidado ampliado. Essas estratégias desenvolvidas no espaço do território se mostram eficientes, na continuidade do cuidado prestado e contribuem para enriquecer novas possibilidades de intervenções.

> *(...) a rede das demandas (...) não se restringe ao CAPS, a gente precisa da rede pra trabalhar, a gente precisa do hospital, a gente precisa da Assistência Social, a Assistência Social ta fazendo uns quantos cursos do PRONATEC, do SENAI (...) que vem qualificando para o mercado de trabalho. Há muito tempo a gente não dava alta no CAPS, a gente tem feito este movimento de tá devolvendo eles para o território, mas com combinações com o território, não simplesmente eles irem pra um CAPS e tá apto da alta e vai pra vida, mas tentar mediando pra onde um encaminhamento pra onde ele vai, fazendo contato com Posto de saúde que ele vai, pode tá acompanhando (...) (16)*
>
> *(...) no território, na parte da noite tem alguns colegas que fazem visita domiciliar pra alguns adolescentes, pra crianças ainda não teve, mas pra adolescente que usa algum tipo de droga, que foi encaminhado, foi pedido pra trabalhar em conjunto com o CAPSi, então tem alguns casos que a gente trabalha em conjunto (...) o uso da droga dentro da sala de aula, (...) agora a gente se aproximou no campo no bairro X com a escola, (...) a gente se aproximou da escola, no EJA, no primeiro grau pra abordar isso com as professoras e e quem sabe também com os estudantes (...) então a gente foi lá se aproximando para saber como é que tava a coisa lá, (...) (T21)*
>
> *(...) a gente faz essa aposta na atenção básica, nas estratégias de saúde da família, hoje no município, nós temos só duas unidades que ainda não são estratégias, (...) e todas tem o apoio do NASF, desde 2010 existe a equipe de matriciamento, mas hoje NASF, então a gente acredita muito na potência dessa escuta no território e também nos dispositivos para além da saúde porque senão a gente fica muito Saúde, Assistência, de pensar o que essas comunidades oferecem como recurso mesmo de vida para as pessoas, (...) tem muitas comunidades que tem lá um Centro que seja religioso, que seja um espaço comunitário, lideres comunitários que tem uma grande influência nas pessoas daquele território então a nossa aposta é pensar de onde vem aquela pessoa e o que aquele território disponibiliza pra ela pra se cuidar, pra se olhar enquanto uma pessoa daquela comunidade (...) (T25)*

Ao pensarmos no território como cenário de cuidado em saúde mental, pode ser entendido como um espaço geográfico, porém um espaço singular de trocas. Nesse sentido,

quando falamos em território, estamos falando em articular serviços com diferentes finalidades, para auxiliar na construção de territórios que permitam reinventar a vida em todos os seus aspectos do cotidiano[16].

Assim, os serviços de saúde mental têm o território como cenário fundamental para a reprodução e produção de novas trocas mais subjetivas, além de possuírem um protagonismo no estabelecimento de novas parcerias setoriais, formando uma rede capaz de ressituar o sujeito pela inclusão[17].

Diante do exposto, identificou-se que existem importantes espaços de articulações da rede intersetorial, destacando o território como um componente fundamental na organização dos serviços da saúde. Os trabalhadores ressaltam que as ações do CAPSi se dão a partir de espaços articulados, numa rede de atenção que extrapola o campo da saúde, integrando e interagindo com os recursos do território.

O território, segundo o estudo, apresenta-se como aposta central na atenção à criança e ao adolescente. Os trabalhadores da rede entendem que este espaço é o local ideal para contemplar mais facilmente as necessidades de saúde da população atendida, além de embasar saberes e práticas diversas. Esse dispositivo utiliza as tecnologias relacionais em saúde como acolhimento, vínculo, corresponsabilização. Na garantia do acesso e resolubilidade nas demandas desenvolve um trabalho mais próximo da comunidade[18-14].

Desse modo, ele surge como dispositivo facilitador na rede e provedor da articulação entre os níveis de atenção em saúde conforme evidenciado nos discursos dos trabalhadores. Também se confere a facilidade de comunicação entre as equipes dos setores envolvidos, e entre equipe e usuários/familiares, consolidando a formação de laços afetivos e a qualidade do atendimento[19].

Assim, esse território se revela um mundo de significados, utilizados como matéria prima para contribuir na produção do conhecimento e no fortalecimento do cuidado integral,

ao evidenciar esse recurso como apoiador e como ferramenta na produção de cuidado para a prática de trabalhadores no campo da saúde. Assim, nesse contexto, reflete o entendimento pelo qual os serviços analisados atuam de forma interconectada, constituindo-se uma rede integrada[19].

Dessa forma, o CAPSi expressa uma nova perspectiva de cuidado, uma vez que não se limita a ele. Essa nova forma de compartilhar o cuidado, no âmbito da saúde mental infantojuvenil, inclui uma rede articulada ao território, apostando em novas alternativas, já que permite ampliar as possibilidades de atuação do serviço para fora, respeitando as singularidades dos indivíduos e suas realidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde mental de crianças e adolescentes deve levar em conta suas características específicas, bem como respeitá-las como sujeitos de direitos. Nesse contexto, torna-se essencial, para o cuidado, o trabalho em rede, articulado aos demais setores e apoiado aos recursos do território, envolvendo, também, a comunidade e os diversos atores que nele se encontram.

Entre os setores mencionados, apresentam-se, como protagonistas, a educação, a assistência social, a saúde e a justiça, apontadas como parceiras na construção de ações intersetoriais voltadas ao segmento infantojuvenil. O papel fundamental dessa rede é garantir que a população infantojuvenil, independente da necessidade que apresentar, tenha o melhor suporte possível.

A intersetorialidade, como espaço de compartilhamento de saber e de construção de novas formas de agir, possibilita o enfrentamento dos problemas, o envolvimento de pessoas e a criação de espaços de negociações, produzindo resultados mais significativos para o cuidado infantil e juvenil.

Essa rede objetiva fomentar a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial; na organização de uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade, com ênfase no cuidado integrado e interconectado, superando o modelo de atenção vigente por históricos anos, para uma assistência que inclua essa população em todos os espaços que, por direito, lhe devem ser garantidos.

Finalizando, o estudo ressalta quão imprescindível é problematizar as ações no campo da saúde mental para a infância e a adolescência e sua necessidade de articulação com outros setores, devendo ir além das estruturas de que está composta a rede, articuladas a novos arranjos, aproveitando-se dos recursos do território e assegurando um cuidado contínuo. Os participantes deste estudo sobre a rede de atenção à Saúde Mental reconhecem que ela existe e é importante; sabem como trabalha e colabora compartilhando saberes, ações, objetivos e projetos.

A pesquisa objetivou conhecer as ações e parcerias intersetoriais para ampliação do campo da atenção psicossocial infantojuvenil, apontando que as ações em saúde mental infantojuvenil articuladas aos serviços de saúde e outros setores conferem maior potencial para a resolutividade das necessidades de crianças e adolescentes. Além disso, o estudo pode fornecer subsídios para a implementação de novas políticas e contribuir para a reflexão dos profissionais da rede intersetorial sobre suas práticas e serviços voltados para a população de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Delfini PSS, Reis AOA. O cuidado da criança e do adolescente em sofrimento psíquico: articulações entre CAPSi e Estratégia de Saúde da Família. In: Reis AOA, Fonseca FL, Neto

MLR, Delfini PSS. As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. São Paulo: Schoba; 2012, p. 241-55.

2. Leone C, Gallo PR. Saúde do jovem, início do século XXI, Brasil. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. (org.). Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

3. Hoffmann MCCL, Santos DN, Mota ELA. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Cad. Saúde Pública. 2008 Mar [cited 2014 Nov 25] ; 24(3): 633-642. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300017.

4. Faleiros VP. Políticas para a infância e adolescência e desenvolvimento. IPEA, políticas sociais – acompanhamento e análise, 2005.

5. Olschowsky A, Wetzel C, Schneider JF, Pinho LB, Camatta MW. Avaliação das parcerias intersetoriais em saúde mental na estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Jul-Set; 23(3): 591-9

6. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. Rev bras psiquiatr. v. 30, n. 4, p. 390-8, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf.

7. Machado LA. Construindo a intersetorialidade. Disponível em: portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com. Acesso em: dez 2014.

8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407p.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.104, p

10. Azambuja MRF. Interfaces entre os sistemas de saúde e justiça no âmbito do CAPSi. In: Zavashi MLS, cool. Crianças e adolescentes vulneráveis: o atendimento interdisciplinar nos centros de atenção psicossocial. Porto Alegre: Artmed; 2009, p. 101-18.

11. Antonacci MH, Kantorski LP, Willrich, JQ. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(4):891-8. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/

12. Zaniani EJM, Luzio CA. A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 56-77, abr. 2014.

13. Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues, AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 19(11):4361-4370, 2014

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 86, p

15. Alves MAG, Cadete MMM. Tentativa de suicídio infanto-juvenil: lesão da parte ou do todo? Ciênc Cuid Saúde, 20(1):75-84, 2015

16. Pinho LB, Bañon Hernández AM, Kantorski LP. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. Ciênc Cuid Saúde, 9(1):28-35; 2010.

17. Mielke FB, Olschowsky A, Pinho LB, Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. Rev Bras Enferm, Brasília, mai-jun; 65(3): 501-7; 2012.

18. Dombi-Barbosa C, Bertolino MMN, Fonseca FL, Reis AOA. Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenil atendida nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) do Estado de São Paulo. Revista Brasileira de Crescimento e

Desenvolvimento Humano, 19 (2), 262-268. Disponível em: www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v19n2/07.pdf.

19. Jorge MSB, Pinto DM, Vasconcelos MGF, et al. Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família. Acta paul. enferm. 2012 [cited 2014 Nov 20] ; 25(spe2): 26-32. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900005.

Artigo II

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online
ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

A intersetorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil

The intersectoriality in the psychosocial attention of children and adolescent

La intersectorialidad en la atención psicosocial infantil-juvenil

Luciane Prado Kantorski [1], Cristiane Kenes Nunes [2], Lilian Cruz Souto de Oliveira Sperb [3], Fabiane Machado Pavani [4], Vanda Maria da Rosa Jardim [5], Valéria Cristina Christello Coimbra [6]

ABSTRACT

Objective: To describe the capacity of articulation of the Centers of Psychosocial Attention of Children and Adolescent (CPACA) of the States of the South of Brazil with the sectors of Basic Health Network, School, Education Secretary, EJA, Guardianship Council, Social Assistance (CRAS/CREAS) and Justice. **Method:** Census and descriptive character, is a cut from the Research CAPSUL (2011), conducted with 25 CPACA, being 16 in the state of Rio Grande do Sul; 5 in Santa Catarina and 4 in Paraná, in the period of June 2011 to November 2012. In the analysis the basic statistic of descriptive analysis was used. **Results:** The CPACA needs attention and investment by public politics, to promote these actions of improvement are very important to the development of children and adolescents, once in this age they begin the social formation and the psychological maturity. **Conclusion:** To establish partnerships with the responsible bodies, to build an intersectoral network of mutual assistance. **Descriptors:** Mental health, Mental health services, Child, Adolescent.

RESUMO

Objetivo: Descrever a capacidade de articulação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) dos Estados do Sul do Brasil com os setores da Rede Básica de Saúde, Escola, Secretaria de Educação, EJA, Conselho Tutelar, Assistência Social (CRAS/CREAS) e Justiça. **Método**: De caráter censitário e descritivo é um recorte da Pesquisa CAPSUL(2011), realizada com 25 CAPSi, 16 no estado do Rio Grande do Sul; 5 em Santa Catarina e 4 no Paraná, no período de junho de 2011 a novembro de 2012. Na análise, utilizou-se a estatística básica de análise descritiva. **Resultados:** Os CAPSi precisam de atenção e investimento por parte das políticas públicas, promover essas ações de melhoria são de suma importância para o desenvolvimento das crianças e jovens, já que nesta faixa etária começa a formação social e amadurecimento psicológico. **Conclusão:** Estabelecer parcerias com os órgãos responsáveis, para que se possa construir uma rede intersetorial de assistência mútua. **Descritores:** Saúde mental, Serviços de saúde mental, Criança, Adolescente.

RESUMEN

Objetivo: Describir la capacidad de articulación de los Centros de Atención Psicosocial Infantil-Juvenil (CAPSi) de los Estados del Sur de Brasil con los sectores de la Red Básica de Salud, Escuela, Secretaria de Educación, EJA, Consejo Tutelar, Asistencia Social (CRAS/CREAS) y Justicia. **Método:** De carácter de censo y descriptivo, es un recorte de la Investigación CAPSUL (2011), realizada con 25 CAPSi, siendo 16 en el estado de Rio Grande do Sul; 5 en Santa Catarina y 4 en Paraná, en el período de junio de 2011 a noviembre de 2012. En el análisis se utilizó la estadística básica de análisis descriptiva. **Resultados:** Los CAPSi necesitan de atención e inversión por parte de las políticas públicas, promover esas acciones de mejoría es importante para el desarrollo de estos niños y jóvenes ya que en esta faja de edad comienza la formación social y maduración psicológica. **Conclusión:** Establecer asociaciones con los órganos responsables, para que se pueda construir una red intersectorial de asistencia mutua. **Descriptores:** Salud mental, Servicios de salud mental, Niño, Adolescente.

[1] Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da UFPel. Email: kantorski@uol.com.br [2] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGEnf/UFPel. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/CAPES. Email: cris_kenes@hotmail.com. [3] Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGEnf/UFPel. Email: lica.cso@hotmail.com [4] Acadêmica de Enfermagem da UFPel. Email: fabianepavani04@gmail.com [5] Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/UFPel. Email: vandamrjardim@gmail.com.[6] Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/UFPel. Email: valeriacoimbra@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A inclusão da saúde mental infantojuvenil é recente no campo na saúde mental. Até meados do século XVIII, a infância era um período da vida que tinha pouca relevância para a sociedade e, por conseguinte, questões da saúde. A criança era vista como um adulto em miniatura e não como um ser em crescimento e desenvolvimento, e por isso deveria receber o mesmo tratamento que era dispensado aos adultos, quando apresentasse necessidade de atenção à saúde.[1]

A situação começou a ser modificada em meados da década de 80, através da Reforma Psiquiátrica. Impulsionada pela mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde, com o objetivo de mudar a realidade da assistência, possibilitou redirigir o modelo de atenção para o psicossocial e instituir os serviços substitutivos em saúde mental.[2]

Nesta mesma ótica, a Constituição Federal de 1988 representou um marco definitivo para o modelo de assistência à saúde infantil, a qual passou a considerá-la prioridade absoluta, e estabeleceu seus direitos por intermédio da Lei 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), reestruturando assim as instâncias jurídica, político e social.[3]

Tais movimentos não apenas redemocratizaram o país como possibilitaram uma maior visibilidade às crianças e aos adolescentes que, sem distinção de raça, cor, ou classe social, merecem um enfoque na sua proteção integral.

A partir daí, intensificaram-se as discussões, destacando-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, que apontou a necessidade de estender as iniciativas da reforma psiquiátrica à população infantojuvenil; a realização do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil constituído pela Portaria 1.608/2004, que debateu sobre questões referente a crianças e adolescentes com transtornos psíquicos, institucionalizadas.[3]

Estes movimentos não só corroboraram as reflexões acerca da atenção em saúde, como proporcionaram garantias de proteção integral à criança e ao adolescente, entendendo que ambos necessitam de cuidados e atendimentos especiais para garantirem sua proteção e seu desenvolvimento adequado.[1]

No entanto a atenção à saúde mental infantojuvenil, ainda se constitui como um grande desafio na organização do atendimento cotidiano. Não há dúvidas que existem muitos desafios a serem superados. E todas estas mudanças só se tornarão efetivas se transformadas em práticas concretas, produzindo impacto na qualidade de vida da população.[4-5]

Esse novo modelo de atenção em saúde mental possibilitou a implantação de serviços substitutivos, denominados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre os quais se incluem os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Serviços que compreendem equipes interdisciplinares que devem conter, no mínimo, um psiquiatra, um neurologista ou um pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e pedagogo) e cinco profissionais de nível médio. Em diferentes modalidades de tratamento (intensivo; semi-intensivo e não intensivo). É de responsabilidades destes

profissionais o atendimento referente a transtornos psiquiátricos severos, priorizando um projeto terapêutico singular.[6-7]

É importante lembrar que o campo da saúde mental não implica só o setor saúde, mas também abrange outros campos, salientando-se a necessidade de uma integração intersetorial de iniciativas como na área da assistência social, educação e justiça.[8]

Nesta perspectiva, é importante refletir a saúde mental infantojuvenil como uma questão que vise além da intervenção da doença e seu tratamento, mas envolva fatores sociais mais complexos, demandando uma articulação intersetorial.

Dessa forma, a intersetorialidade pode ser entendida como articulação de diversos setores, a qual permite compartilhar responsabilidades e saberes, possibilitando um olhar ampliado para solução dos problemas encontrados, com a garantia da inclusão social, cidadania e direitos humanos.[9-10]

Considera-se que a intersetorialidade pode tornar-se um dos eixos principais para a consolidação de um sistema de saúde mais efetivo se construir uma interface ativa no trabalho em saúde mental, especialmente com a Educação, a Assistência Social, a Justiça e os Direitos – setores historicamente relevantes na assistência às crianças e aos adolescentes.[9-10]

Neste contexto, a intersetorialidade deve ser tanto um princípio da política de saúde mental quanto uma diretriz fundamental para a organização e operacionalização dos serviços, e não se reduza somente à presença de serviços, mas efetive-se através de ações pactuadas, compartilhadas e constatadas entre os distintos programas.[9,11]

Há que se destacar também a escassez de estudos que levam em conta os cuidados voltados a esta população bem como à articulação dos serviços de saúde. Todavia se faz necessário o desenvolvimento de pesquisas com esse foco e a finalidade de contribuir para a melhoria da atenção psicossocial infantojuvenil.[12]

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo descrever as articulações que se realizam entre os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da região sul do Brasil com os setores da saúde, assistência social, educação e justiça, com vistas a fortalecer e ampliar a reflexão e o debate sobre o tema.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo, parte da pesquisa intitulada Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL II). Este estudo de caráter censitário foi constituído por todos os coordenadores dos CAPS da Região Sul do Brasil, de um total de 308 CAPS cadastrados pelo Ministério da Saúde em 2011. A amostra total deste estudo foi constituída por 236 (76,62%%) coordenadores dos CAPS da Região Sul do Brasil - I, II, III, AD e i.

O recorte deste artigo é constituído pelos n=25 (71,42%) CAPSi que participaram do estudo, de um total de n=35 existentes na Região Sul do Brasil. No Rio Grande do Sul participaram n=16 (76,19%) CAPSi de um total de n=21. Em Santa Catarina participaram n=5

(83,33%) CAPSi de um total de n=6 e no estado do Paraná participaram n=4 (50%) de um total de n=8.

Os coordenadores responderam a um questionário estruturado autoaplicado, dividido em três módulos (I, II e III) através do sistema eletrônico FORMSUS. Os coordenadores, que não responderam ao questionário, foram contatados novamente (cinco vezes) e àqueles, que referiram dificuldades em responder, foi enviado através do correio eletrônico o questionário, que posteriormente foi transmitido ao sistema eletrônico FORMSUS por pesquisadores treinados e capacitados. Ainda, evitando um maior número de perdas possíveis, foram enviados pesquisadores treinados e capacitados a 23 cidades para entregar o questionário impresso aos coordenadores, que referiram, por contato telefônico, dificuldade em acessar a internet. Após, os dados foram inseridos no sistema eletrônico FORMSUS por pesquisadores treinados e capacitados. A coleta de dados ocorreu de junho de 2011 a novembro de 2012. Os critérios de inclusão foram: ser coordenador de um CAPS da Região Sul do Brasil; concordar em participar da pesquisa mediante aceite do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a construção deste artigo, foi utilizada a metodologia baseada na tríade (estrutura, processo e resultado) do modelo teórico de Donabedian e utilizadas como parâmetro as Portarias 336/2002 e a 3088/2011. Os dados obtidos foram analisados no programa estatístico Stata 12.0, utilizando-se a estatística básica de análise descritiva.

Para este recorte, foram utilizadas as variáveis quanto à presença de articulação com os CAPSi "rede básica"; "Escola/Secretaria de Educação/ EJA"; "Conselho Tutelar"; "Assistência Social (CRAS/CREAS)" e "Justiça". Quanto à utilização dos espaços frequentados pela comunidade, utilizamos as variáveis "Ginásio"; "Academia"; "Salão de Festas"; "CTG"; "Escola" e "Atelier de arte" e quanto à presença dos espaços de articulação para garantia dos direitos de cidadania do usuário, utilizaram-se as variáveis "Promotoria pública"; "Suporte jurídico" e "Implantação do Fórum Intersetorial".

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em 21 de março de 2011, ata nº 001/2011, protocolo interno n° 017/2011. Todos os sujeitos expressaram a autorização de divulgação, optando por participar da pesquisa, considerando a Resolução n°466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Crianças e adolescentes são sujeitos com necessidades particulares. Este momento da vida se constitui forma fundamental para o desenvolvimento das potencialidades de uma vida psíquica rica. E para haver uma maior inclusão dessa população usuária dos serviços de saúde mental infanto-juvenil, deve-se facilitar o acesso aos serviços especializados e sua utilização às famílias que precisam de orientação e direção no tratamento dos filhos.[13]

Segundo dados epidemiológicos mencionados pelo Ministério da Saúde, estima-se que no Brasil 10 % a 20% da população infantojuvenil sofram com transtornos mentais e desses 3% a 4% precisem de tratamento intensivo.[3]

Dessa forma, concorda-se com a criação de uma rede que estabeleça parcerias e laços com outros segmentos, necessitando do desenvolvimento de ações intersetoriais que englobem os campos da educação, lazer, esporte, cultura, entre outros, além do estabelecimento de parcerias com outras instâncias como o Ministério Público, a assistência social etc. Esta proposta de interlocução com outros campos não apenas estará convocando os diferentes atores sociais, como propiciará a viabilização de novas transformações sociais.[14]

Neste sentido, ao analisar as parcerias do CAPSi com os demais setores, ou seja, se existe uma rede intersetorial de cuidado que possa efetivar-se com a articulação das ações específicas de saúde mental infantojuvenil nos setores da saúde como a Rede Básica, compreendendo os serviços de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF), ambulatórios e hospitais gerais, Escola/Secretaria de Educação/ EJA, o Conselho Tutelar, que envolve as crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, a Assistência Social (CRAS/CREAS) voltada para as crianças e adolescentes em estado de necessidade, e Justiça competente para o atendimento às crianças e adolescentes envolvidos em conflitos de natureza jurídica.

Conforme os CAPSi que participaram do estudo (n=25) apresentado na tabela 1, foi mencionada a existência de articulação de 80% com a rede básica. Outro segmento que tem articulação com os CAPSi são as escolas/secretarias de saúde/Educação de Jovens e Adultos (EJA), que apresentam 76%, seguidos por Conselho Tutelar 45% e serviços de assistência social 24%.

Tabela1. Distribuição de CAPSi de acordo com a existência de articulação com outros setores. Brasil, 2011*.

Presença de articulação	Frequência	Percentual (%)
Rede Básica	20	80
Escola/Secretaria de Educação EJA	19	76
Conselho Tutelar	9	45
Assistência Social (CRAS/CREAS)	6	24
Justiça	3	12

Fonte: CAPSUL II, 2011.

*Algumas variáveis foram ignoradas pelos participantes.

Percebe-se que o serviço de maior articulação com o CAPSi é a rede básica de saúde. A atenção básica tem potencial para desenvolver ações de saúde mental, desde a detecção das queixas relativas ao sofrimento psíquico até a promoção de uma escuta qualificada, como também oferecer subsídios para lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando aos serviços especializados.[5]

A partir do dado apresentado, fica evidente que os CAPSi reconhecem a importância de se estabelecer parcerias com a rede básica, compartilhando responsabilidades, fortalecendo o cuidado e garantindo a continuação do tratamento.

A Atenção Básica, por meio do desenvolvimento de suas ações, pode estabelecer relações consistentes com a comunidade, operar mudanças e transformações sociais. Além

de ampliar a sua capacidade resolutiva dos problemas da saúde, permitindo a construção de um novo tipo de relação entre ela e a saúde mental.[14]

Recomenda-se que o atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico seja realizado no território e articulado com todos os recursos disponíveis. Neste sentido, faz-se necessário uma rede de atenção à saúde mental, a qual preconize a inclusão de outros recursos da sociedade, para que articulados possam responder às necessidades biopsicossociais dos sujeitos, e a escola é uma deles. Assim na perspectiva da pesquisa, foi referenciada a existência de articulação com este setor.[15]

Conforme o Ministério da Saúde, a partir da constatação da garantia dos direitos, tanto das crianças quanto dos adolescentes, ampliou-se o conceito de produção de saúde e, com isso, estão crescentes as parcerias com as escolas. Assim a escola representa um espaço de relações, sendo um ambiente privilegiado, já que desempenha papel fundamental na formação social e construção de cidadania. Através dos dados da pesquisa, pode perceber-se a parceria do setor educação com o setor saúde, auxiliando no enfrentamento das vulnerabilidades, que possam comprometer o desenvolvimento escolar, fortalecendo a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos escolares.[16]

Com a finalidade de garantir que sejam atendidas as necessidades previstas na Constituição Federal e no ECA, em benefício do público infantojuvenil, a nova forma de tratamento baseia-se numa rede de atendimento que acrescenta ainda os Conselhos Tutelares, Ministério Público, Varas da Infância e Juventude, além de políticas integradas atuando conjuntamente.[17]

Sugere-se ainda a inclusão da política de assistência social, visando a uma intervenção nos grupos de risco social em seu próprio ambiente, família e comunidade, indicando uma intenção de alargar o alvo a ser atingido no processo de desenvolvimento social Mendonça.[18]

Diante disso, as ações são mais eficazes se operadas em conjunto, aproveitando-se dos diversos recursos disponíveis, de forma que a articulação entre serviços se mostra necessária, atuando como única possibilidade para construção de uma rede de serviços capaz de responder à complexidade dos cuidados dessa população.[12]

Partindo de que os Centros de Atenção Psicossocial infantil são os responsáveis por desenvolver e oferecer um elenco diversificado de atividades terapêuticas, seja dentro, seja fora do serviço, denota-se que estes devem, por isso, investir mais nos tipos de atividades ofertadas, em vista de promoção em saúde e reinserção social da criança com transtorno mental. Somado a isso, a Portaria nº 224, de 30 de junho de 1992, aponta a comunidade, enquanto local de ação do CAPS, na compreensão de que o trabalho psicossocial deve ocorrer no campo social, visualizando o todo, e não focado num estabelecimento.[19]

A socialização da criança vem tornando-se uma ferramenta fundamental de avaliação da inserção desta na sociedade, com ela é possível perceber o quanto há participação nas redes sociais e inclusivas, nos espaços de convivência variados, que possibilitam a ampliação de situações, relações e experiências distintas.

Para que isso ocorra, é necessária a ampliação e diversificação dessas ofertas na sociedade, as quais apostem na construção da autonomia da criança, apoiem a família, invistam na participação em espaços sociais e coletivos e a sustentação disso.

Logo, para as crianças com sofrimento psíquico, a socialização ocorre por meio do CAPS infantil ou da escola na maioria das vezes. Esse fato está ligado ao poder socioeconômico, entretanto os espaços informais da comunidade, como a rua ou quadra esportiva próxima, poderiam vir a propósito disso, porém não são utilizados.[13]

A pesquisa mostra também que 60% dos Centros de Atenção Psicossocial Infantis da região sul do Brasil utilizam espaços da comunidade como os ginásios (40%) em primeiro lugar e seguidos pelos salões de festas (28%), conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição de CAPSi de acordo com a utilização dos espaços na comunidade. Brasil, 2011*.

Espaços na comunidade utilizados pelo CAPSi	Frequência	Percentual (%)
Ginásio	10	40
Academia	4	16
Salão de Festas	7	28
CTG	1	4
Escola	4	16
Atelier de arte	2	8

Fonte: CAPSUL II, 2011.

*Algumas variáveis foram ignoradas pelos participantes.

As atividades extras CAPS além de romperem o sistema de atribuir aos portadores de transtorno mental incapacidade de viver em sociedade, também mostram que o tratamento para eles não é o isolamento. Os resultados têm mostrado a possibilidade de conviver com as diferenças sem que haja segregação e exclusão.[20]

Em terceiro lugar, está presente a escola e a academia, duas ferramentas de socialização das crianças e consequente reinserção na sociedade. A escola, local essencial na vida das crianças e jovens, é um espaço capaz de reproduzir diferentes situações para a criança com sofrimento mental, e auxiliar no enfrentamento dos problemas, desenvolver potencialidades, como por exemplo, conhecer e se relacionar com outras pessoas, a criação de laços de amizade, descoberta de regras e de jeitos diferentes de agir.

Geralmente crianças com transtorno psíquico têm muito tempo livre, pois não exercem nenhuma atividade, evidenciando a inexistência de rotinas, horários, ou seja, nenhuma programação diária, isso acaba por agravar o quadro, ainda mais quando a criança não vai à escola. É nesse sentido que a escola deve fazer-se presente, reconhecendo o problema e possibilitando que o CAPSi interaja, e conjuntamente com ela, desenvolva atividades, aproveitando todo o potencial que a escola tem, em face de promover a sociabilização das crianças, independentemente de ser ou não usuária do serviço de saúde mental. Está na aliança entre essas instituições o começo da quebra do estigma e do preconceito presentes na sociedade.[13]

Ao encontro disso, a pesquisa traz que 16% dos serviços de saúde mental, voltados à criança no sul do Brasil, desenvolvem atividades em conjunto com a escola, o que

demonstra a necessidade de haver um aumento desse vínculo, CAPSi e escola, de maneira que produza os benefício citados.

Portanto, observa-se que ainda há pouca articulação, entre o serviços de saúde mental e outros espaços na comunidade, capaz de promover intervenções culturais, com estímulo à realização de novas habilidades e ao convívio social. Pode-se então considerar os Centros de Convivência e Cultura – importantes ferramentas da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade – como uma alternativa também a ser pensada no âmbito infantil, contribuindo para maior reinserção social das crianças.

Aos poucos, as transformações na comunidade se darão a partir do momento em que são dissolvidos os preconceitos, e há a reintegração do portador de transtorno mental à sociedade, o que dá condições de resgatar a própria dignidade.

Na tabela 3, são apresentados os espaços de articulação que os CAPSi referiram utilizar para garantir os direitos de cidadania aos usuários, sendo mencionados a promotoria pública, o suporte jurídico e a implantação do Fórum intersetorial.

Tabela 3. Distribuição de CAPSi de acordo com os espaços de articulação para garantia dos direitos de cidadania dos usuários. Brasil, 2011.

Espaços de articulação para garantia dos direitos de cidadania do usuário	Frequência	Percentual (%)
Promotoria pública	18	72
Suporte jurídico	11	44
Implantação do Fórum Intersetorial	2	8

Fonte: CAPSUL II, 2011.

*Algumas variáveis foram ignoradas pelos participantes.

Conforme os dados apresentados na tabela 3, evidencia-se que os CAPSi apresentam maior articulação com a promotoria pública e o suporte jurídico é de 72% e 44% respectivamente. A implantação do Fórum intersetorial não teve tanta representatividade, com 8%.

A política de saúde mental no Brasil vem apresentando nas últimas décadas um movimento de reformulações de suas práticas assistenciais, em consonância com as diretrizes preconizadas, estão envolvidos a promotoria e suporte jurídico encarregados de zelar pelo cumprimento dos direitos da população infantojuvenil. O trabalho conjunto com estas equipes é indispensável para o enfrentamento de situações de vulnerabilidade, responsabilizando-se pelos que necessitam de assistência.[21]

Ao analisar a tabela 3, pode constatar-se uma aproximação dos CAPSi bem significativa com estes setores, que demonstram conhecer a importância de acionar os serviços como garantia de cidadania dos usuários, seja para qualificar o cuidado, seja para garantia dos direitos segurados. Cabe destacar que apesar dos avanços advindos pelas conquistas da Reforma Psiquiátrica, ainda se evidenciam lacunas na compreensão da condição do público infantojuvenil enquanto sujeito de direito e em situação de vulnerabilidade, posto que, na maioria das vezes, recai nos adolescentes especialmente em conflitos com a lei uma condição repressiva, manicomial e de instituições.[22]

Dentro desta lógica, busca-se o fortalecimento de parcerias, trabalhar em conjunto, buscar soluções, evitando-se a transferência de problemas, tornando-se protagonistas no cuidado e corresponsáveis pela saúde e qualidade de vida dos sujeitos.

Ainda neste sentido, e não menos importante, reportaram o fórum Intersetorial como instrumento de garantia de cidadania, ainda que timidamente, é interessante perceber que de alguma forma compreendem seu valor para assegurar uma interlocução permanente. Os Fóruns visam à construção de um espaço de debate coletivo e têm como premissa estabelecer uma rede de atendimento capaz, independentemente de seus níveis de complexidade, da elaboração de princípios que possam nortear a construção de uma política pública de saúde mental que inclua discussões, responsabilidades, pactuação de ações intersetoriais, e incite a construção de parcerias capazes de responder pelo cuidado de crianças e adolescentes.[23]

Apesar de ainda incipientes as parcerias intersetoriais, é evidente a existência delas. Os serviços de saúde por si só não devem responder a toda demanda e às necessidades da população, apesar das limitações, se faz necessário a construção de parcerias com as demais redes, incluindo os diversos setores tanto dentro do setor específico da saúde, quanto de outros setores como assistência social, justiça, educação entre outras.[9]

É importante destacar que este estudo implicou a investigação de novas parcerias no campo da assistência em saúde mental infanto-juvenil, e os CAPSi são importantes ferramentas de trabalho principalmente se desenvolverem suas atividades em conjunto, fizer conexões com os demais setores, da saúde, assistência social, educação e segurança pública.[24-5] De todo o modo, confere-se um grande empenho das equipes para trabalhar em rede, realizar parcerias com os recursos na comunidade, mesmo quando escassos para a concretização de um cuidado integral.[12]

CONCLUSÃO

Percebemos com esses dados a importância dos laços intersetoriais com os centros de atenção infantojuvenis. Essas articulações são necessárias para que o cuidado seja integrado pelos setores da Rede Básica de Saúde, Escola/Secretaria de Educação/ EJA, Conselho Tutelar, Assistência Social (CRAS/CREAS) e Justiça. Desta forma, a atenção psicossocial não estará restrita a um só órgão responsável, e a união destes sistemas poderá facilitar e tornar ágil o processo de inclusão destas crianças e jovens nos serviços de saúde mental já que a responsabilização será mútua.

A pesquisa nos evidenciou uma aproximação bastante significativa com algumas esferas, demonstrando uma expansão positiva destes vínculos que estão formando-se, mas, ainda, cabe a cada setor participar de forma ativa e qualificada neste processo que está apenas começando.

Outro aspecto, que vale salientar, é a utilização dos espaços na comunidade pelos CAPSi que ainda são escassos. O direito à convivência comunitária é garantido pelo Estatuto

da criança e do adolescente e a falta de convívio social causará prejuízos importantes na vida destas crianças e jovens para uma vida em sociedade.

As atividades fora dos CAPSi precisam fazer parte do cotidiano das crianças e jovens, pois a integração na comunidade é um meio de demonstrar que todos podem conviver mutuamente, utilizando os mesmos espaços e interagindo de forma saudável. Essa convivência só vem desmistificar a saúde mental e expor à sociedade que as pessoas com transtornos psíquicos podem e devem fazer parte da comunidade onde vivem.

O caminho a percorrer ainda é árduo, e os CAPSi, locais de orientação e cuidado, precisam de atenção e investimento de ações por parte das políticas públicas. Neste sentido, a atenção deve ser redobrada, pois é nesta faixa etária que começa a formação social e amadurecimento psicológico.

Desta forma, cabe também aos coordenadores dos CAPSi procurar estabelecer parcerias com os órgãos responsáveis, para que se possa construir uma rede intersetorial de assistência mútua, e não de forma isolada, a fim de criar subsídios necessários para garantir um desenvolvimento benéfico às crianças e jovens.

A integração com todos os espaços da sociedade e setores públicos deve acontecer de forma mais natural, levando a todos os envolvidos as responsabilidades que lhes cabem com essas crianças e adolescentes. Os CAPSi são espaços imprescindíveis para a qualidade de vida de seus usuários, porém necessitam do respaldo da comunidade, desde espaços físicos até assistência jurídica, além do cuidado, atenção e principalmente respeito de todos da sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Machineski GG, schneider FJ. O cuidado em saúde mental na infância: uma revisão de literatura. 2011 [citado 09 ago 2013]; Disponível em http://www.fag.edu.br/minhafag/php/arquivo/1322653507.pdf.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental - Cadernos de Atenção Básica n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Caminhos para uma política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília: Ministério da Saúde: 2005: p. 76.

4. Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. Rev saúde pública.1999; [citado 10 ago 2013] 33(6):586-92. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n6/1044.pdf

5. Tanaka OY, Lauridsen-Ribeiro E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc saúde coletiva. 2009; [citado 24 jun 2013]; 14(2):477-86. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf

6. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. Rev bras psiquiatr. 2008; [citado 20 jul 2013]; 30(4):390-8. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf

7. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

8. Vasconcelos EM. O Controle Social na reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil atual. In: Brasil. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

9. Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. Organização de serviços no sistema único de saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OU. (org.). Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p.147-169.

10. Lima EC, Vilasbôas ALQ. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. Cad saúde pública. Rio de Janeiro, Ago 2011; [citado 23 jul 2013]; 27(8):1507-19. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/06.pdf

11. Couto MCV, Delgado PGG. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. (org.). Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 271-9.

12. Delfini PSS, Reis AO. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. Cad saúde pública. Rio de Janeiro, fev 2012; [citado 20 jul 2013]; 28(2):357-66. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/14.pdf

13. Falavina OP, Cerqueira MB. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. Revista espaço para a Saúde. Londrina, 2008 dez; [citado 15 jul 2013]; 10(1):34-46. Disponível em http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n1/Artigo%205%20-%20referente%20ao%2070-2008.pdf

14. Souza AC, Rivera, FJU. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. Rev tempus actas saúde colet. 2010; [citado 7 jul 2013]; 4(1):115-23. Disponível em http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/945/891

15. Delfini PSS, Dombi-Barbosa C, Fonseca FL, Tavares CM, Reis AOA. Perfil dos usuários de um centro de atenção Psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. Rev bras crescimento desenvolv hum. 2009; 19(2):226-36.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

17. Oliva JCGA, Kauchakje S. As políticas sociais públicas e os novos sujeitos de direitos: crianças e adolescentes. Rev katal. 2009; [citado 14 jul 2013]; 12(1):22-31. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rk/v12n1/04.pdf

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

19. Mendonça MHM. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. Cad saúde pública. 2002; [citado 12 jul 2013] 18, (suppl.):113-20. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13798.pdf

20. Tavares ML, Santana JO, Benini LE, Gonçalves PH, Kowalski M. Atividade física e qualidade de vida – a busca pela otimização do tratamento de pacientes psicóticos. Coleção Pesquisa em Educação Física. 2008; [citado 29 jun 2013]; 7(3):61-8. Disponível em http://www.fontouraeditora.com.br/periodico/vol-7/Vol7n3-2008/Vol7n3-2008-pag-61a68/Vol7n3-2008-pag-61a68.pdf

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

22. Vincentim MCG, Gramkow G. Que desafios os adolescentes autores de ato infracional colocam ao SUS? Algumas notas para pensar as relações entre saúde mental, justiça e juventude. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. (org.). Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p.337-351.

23. Couto MCV. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Brasil. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2001.

24. Távora RCO, Monteiro ARM, Tavares SFV, Lobo AS, Rios FA. Atendimento de crianças e adolescentes em CAPSi: visão dos familiares. Rev pesqui cuid fundam (Online). 2010 out/dez; [citado 10 ago 2013]; 2, (Ed. Supl.):697-700. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1096/pdf_260

25. Silva APAS, Pontes ERJC, Araújo OMR, Maggioni M, Barbieri AR, Tognini JRF. Adolescente vítima de agressão: desequilíbrio nas necessidades humanas básicas Rev pesqui cuid fundam (Online). 2013 abr/jun; [citado 28 jul 2013]; 5(2):3749-56. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2295/pdf_772

Recebido em: 11/09/2013
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 06/01/2014
Publicado em: 01/04/2014

Endereço de contato dos autores:
Luciane Prado Kantorski
Rua Victor Valpírio, nº 289, Três Vendas, Pelotas, RS, Brasil.
CEP 96020-250.