



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA

A INTERSETORIALIDADE NO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: caminhos para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí

TERESINA - PI

2023

SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA

A INTERSETORIALIDADE NO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: caminhos para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí como requisito para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas

Orientadora: Prof^a Dr^a Sofia Laurentino Barbosa Pereira

TERESINA - PI

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Divisão de Representação da Informação

- L732i Lima, Sayonara Genilda de Sousa.
 A intersetorialidade no Sistema de Proteção Social : caminhos para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí / Sayonara Genilda de Sousa Lima. – 2023.
 190 f.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências Humanas e Letras, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Teresina, 2023.
 “Orientadora : Prof.^a Dra. Sofia Laurentino Barbosa Pereira.”
1. Sistema de Proteção Social. 2. Intersetorialidade. 3. Infâncias - Juventudes. 4. Transtorno mental. I. Pereira, Sofia Laurentino Barbosa . II. Título.

CDD 361.1

Bibliotecário: Gésio dos Santos Barros – CRB3/1469

SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA

A INTERSETORIALIDADE NO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: caminhos para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí como requisito para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.
Área de concentração: Estado, Sociedade e Políticas

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sofia Laurentino Barbosa Pereira.

Data da defesa: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Sofia Laurentino Barbosa Pereira
ORIENTADORA

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – PPGPP UFPI

Prof.^a Dr.^a Lucia Cristina dos Santos Rosa
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – PPGPP UFPI
EXAMINADORA INTERNA

Prof.^a Dr.^a Dalva Rossi
Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP SP
EXAMINADORA EXTERNA

AGRADECIMENTOS

*“Sonho que se sonha só
É só um sonho que se sonha só
Mas sonho que se sonha junto é realidade.”
(Preludio - Raul Seixas)*

Esta realidade só foi possível porque tive ao meu lado muitas pessoas queridas que sonharam junto comigo. A todos e todas a minha gratidão!

Em primeiro lugar, ao Pai Celestial, que esteve ao meu lado em todos os momentos deste e de todos os percursos da minha vida, guiando-me e iluminando o meu caminho.

Aos grandes amores da minha vida: Painho e Mainha, Expedito e Socorro, por serem meu alicerce, meu apoio, meu tudo. Por vocês e para vocês sempre buscarei ser melhor a cada dia.

Aos meus melhores amigos, meus irmãos: Erick e Mona, a quem dedico os mais belos desejos, pensamentos e com quem divido as alegrias e aprendizados a todo instante do meu dia.

Aos meus cunhados Simone e Vinicius obrigada pelo incentivo e apoio, vocês são muito valorosos para nossa família.

Ao meu parceiro na vida, meu esposo, Kênio, meu incentivador e apoiador, companheiro de todas as horas, que segura minha mão e, principalmente, vai junto comigo. Nessa trajetória e em todas as outras, ele acredita mais em mim do que eu em mim mesma.

Aos meus avós, Mundinha (*in memoriam*), Cândido (*in memoriam*), Luis e Mercês. A vocês atribuo minha perseverança, pois é fundamentada nas suas histórias de luta que eu almejo sonhar.

À minha orientadora, professora doutora Sofia Laurentino Barbosa Pereira, exemplo de competência, dedicação e amor. A professora Sofia, antes mesmo do meu ingresso no mestrado, foi e é uma grande incentivadora e apoiadora do meu trabalho. Ser sua orientanda foi uma honra, aprender mais ainda com você, uma dádiva. Sou muito grata por essa oportunidade. Obrigada por todo o conhecimento compartilhado, pela leveza das orientações, pelas sugestões que acalentavam, por favorecer minha chegada até aqui. Obrigada por ser parte imprescindível dessa conquista.

À professora Lucia Rosa, que me acompanha desde a graduação, o meu carinho e admiração. Seu apoio me oportunizou chegar até aqui. Grata e lisonjeada eu sou por essa possibilidade de aprender cada dia mais com você. Obrigada por ser inspiração.

À Professora Dalva Rossi minha afeição e respeito por aceitar, de forma tão zelosa, colaborar com essa minha trajetória, compartilhando seu conhecimento e agregando suas contribuições a esse estudo.

Às professoras Guiomar Passos, Solange Teixeira, Dalva Mâcedo, Cirlene Oliveira, Iracilda Braga, Teresa Costa; e ao professor Osmar Júnior por terem me oportunizado momentos incomparáveis de aprendizado nessa caminhada, o que possibilitou ampliar meu olhar acerca da pesquisa.

Ao CAPSi Dr. Alexandre Nogueira, seus profissionais, suas infâncias e juventudes, por serem a inspiração desse estudo. Com vocês vivenciei a experiência profissional mais árdua e significativa até aqui, o que me levou até a pesquisa. Obrigada por todo o conhecimento compartilhado e por me possibilitar o entusiasmo necessário para percorrer esse caminho.

Aos profissionais do Sistema de Proteção Social de Teresina, cuja participação tornou essa dissertação possível. Obrigada por tão gentilmente aceitarem cooperar com esse estudo. Espero ter cumprindo a missão de apresentar subsídios que possam colaborar com o trabalho de vocês.

À minha turma de mestrado, que mesmo sem contato físico, devido ao ensino remoto trazido pela Pandemia, mostrou-se muito parceira, com trocas constantes e auxílios mútuos. Em especial: Gabriel, Diego e Ana Benedita, Adriana Marreiro, Jordoa, Scarlet com quem dividi constantemente os desafios, as angústias, o conhecimento e as conquistas dessa trajetória.

Aos meus colegas do CAPS II Sul pelo encorajamento diário. Suas palavras de estímulo me ajudaram a chegar até aqui.

E não podia faltar minhas paixõezinhas, Tutu e Sansa, meus gatinhos, fiéis companheiros que nunca deixaram a solidão me encontrar.

E aqueles que não citei, mas que estão guardados no meu coração, que influenciaram positivamente essa conquista.

A todos e todas, o meu muito obrigada!

*“Eu vim de lá, eu vim de lá, pequenininho
Mas eu vim de lá, pequenininho
Alguém me avisou
Pra pisar neste chão devagarinho.”*

(Alguém me Avisou - Dona Ivone Lara)

RESUMO

A presente dissertação objetivou compreender como ocorre a articulação intersetorial entre as Políticas Sociais que compõem o Sistema de Proteção Social para o cuidado às infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina-Piauí, com destaque para as Políticas de Saúde Mental, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico. Para atender tal objetivo, este estudo desenvolveu-se no campo das ciências sociais aplicadas, ao intentar compreender uma realidade social a partir do olhar dos sujeitos e das suas experiências sociais, tendo como tipo de pesquisa a explicativa com abordagem qualitativa, realizada por meio de pesquisa bibliográfica, documental e de campo, na qual a coleta de dados ocorreu através de entrevista semiestruturada e grupo focal. Diante disso, a amostra da pesquisa de campo envolveu cinco políticas públicas, sendo elas: Saúde Mental, Atenção Básica, Assistência Social, Educação, Sociojurídico; ilustradas por onze cenários: Caps i Dr. Alexandre Nogueira (Gestão Municipal), Gerência de Saúde Mental do município de Teresina, Unidade Básica de Saúde Américo de Melo C. Branco - Santa Isabel, Gerência de Proteção Social Básica da Semcaspi, Cras Leste IV, Creas Leste, Divisão de Educação Inclusiva da Semec, Centro Municipal de Atendimento Multidisciplinar (Cmam), 1ª Vara da Infância e Juventude, Conselho Tutelar Leste, Ministério Público, com a participação de quinze sujeitos, dos quais dez participaram da entrevista semiestruturada, e cinco do grupo focal. Os achados demonstraram que as Políticas Públicas são historicamente regulamentadas, planejadas, financiadas e executadas de forma fragmentada. Apreendeu-se que o lugar ocupado pelas infâncias e juventudes com transtorno mental no sistema de proteção social de Teresina é determinado pelas necessidades e demandas que são postas pelas famílias aos profissionais, conforme a setorialização dos serviços. Nesse caminho de fragmentação e ações pontuais identificou-se, entre os resultados, a ausência de planejamento de ações intersetoriais voltado para esse público com embate nos desafios que perpassam o “apagar incêndio” até a discussão sobre a “rede furada”. Portanto, conclui-se que a efetividade da intersetorialidade para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental esbarra na forma como os serviços são organizados e na setorialização das Políticas Públicas impostas pelo projeto neoliberal. Todavia, enfatiza-se a potência dessa estratégia, e, como exemplo, tem-se a Rede, Instituições e Articulações (RIA), em Teresina, na materialização da pactuação, do planejamento e da execução de ações conjuntas entre as Políticas Públicas, que precisa ser resgatada e institucionalizada pelos profissionais e gestores.

Palavras-chave: Intersetorialidade; Sistema de Proteção Social; Infâncias; Juventudes; Transtorno mental.

ABSTRACT

This dissertation aimed to understand how the intersectoral articulation occurs between the Social Policies that make up the Social Protection System for the care of children and youth with mental disorders in the city of Teresina-Piauí, with emphasis on the Mental Health, Social Assistance, Education and Social-Legal Policies. To meet this objective, this study was developed in the field of applied social sciences, by trying to understand a social reality from the perspective of the subjects and their social experiences, having as type of research the explanatory research with a qualitative approach, carried out through bibliographic, documentary and field research, in which the data collection occurred through semi-structured interviews and focus groups. Therefore, the field research sample involved five public policies, namely: Mental Health, Basic Care, Social Assistance, Education, Socio-legal; illustrated by eleven scenarios: Caps i Dr. Alexandre Nogueira (Municipal Management), Mental Health Management of the municipality of Teresina, Basic Health Unit Américo de Melo C. Branco - Santa Isabel, Basic Social Protection Management of Semcaspi, Cras Leste IV, Creas Leste, Inclusive Education Division of Semec, Municipal Center for Multidisciplinary Care (Cmam), 1st Court of Childhood and Youth, East Guardianship Council, Public Ministry, with the participation of fifteen subjects, of which ten participated in the semi-structured interview, and five in the focus group. The findings showed that public policies are historically regulated, planned, financed, and executed in a fragmented way. It was understood that the place occupied by children and teenagers with mental disorders in the social protection system of Teresina is determined by the needs and demands that are put forward by families to professionals, according to the sectorialization of services. In this path of fragmentation and punctual actions, we identified, among the results, the lack of planning of intersectoral actions aimed at this public with challenges that go from "putting out the fire" to the discussion about the "pierced network". Therefore, we conclude that the effectiveness of intersectorality for the care of children and teenagers with mental disorders is hindered by the way services are organized and the sectorialization of Public Policies imposed by the neoliberal project. However, we emphasize the power of this strategy, and, as an example, we have the Network, Institutions and Articulations (RIA), in Teresina, in the materialization of the pactuation, planning and execution of joint actions among the Public Policies, which needs to be rescued and institutionalized by professionals and managers.

Key words: Intersectorality; Social Protection System; Childhood; Youth; Mental Disorder.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do tempo das ações voltadas para infâncias e juventudes com transtorno mental no Brasil.....	40
Figura 2 – Representação do Sistema de Garantia de Direitos.....	47
Figura 3 – Mapa do Brasil.....	60
Figura 4 – Rede de Atenção Psicossocial (Raps).....	80
Figura 5 – Divisão administrativa do município de Teresina.....	94

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caps infantojuvenil habilitados no Brasil.....	59
Gráfico 2 – Usuários regulares do Caps i Dr. Alexandre Nogueira.....	95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Cenários/Sujeitos da pesquisa.....	22
Quadro 2	– Principais marcos das ondas de inovação institucional de direitos sociais no Brasil.....	29
Quadro 3	– Como as infâncias e juventudes têm sido concebidas, priorizadas e tratadas no âmbito das Políticas Públicas de saúde mental vigentes.....	50
Quadro 4	– Saúde mental infantojuvenil nas Conferências Nacionais de Saúde Mental.....	61
Quadro 5	– Principais marcos legais sobre intersetorialidade e rede na Política de Saúde.....	66
Quadro 6	– A intersetorialidade na Política de Saúde Mental.....	75
Quadro 7	– Rede de Atendimento das Infâncias e Juventudes de Teresina.....	97
Quadro 8	– Cenários da pesquisa.....	97
Quadro 9	– Configuração organizacional dos serviços que foram cenário da pesquisa.....	99

LISTA DE SIGLAS

AEE	Atendimento Educacional Especializado
Apae	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
ASA	Ação Social Arquidiocesana
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Caps i	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
Climepp	Clínica Médico Psicológica do Piauí
CF/88	Constituição Federal de 1988
Cmam	Centro Municipal de Atendimento Multidisciplinar
Cmeis	Centro Municipal de Educação Infantil
Cnes	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
Cras	Centro de Referência de Assistência Social
Creas	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
Conanda	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
Conass	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
Febem	Fundação Estadual de Bem-Estar do Menor
FMS	Fundação Municipal de Saúde
Funabem	Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
Gasm	Gerência de Atenção à Saúde Mental
GSM	Gerência de Saúde mental
HAA	Hospital Areolino de Abreu
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
NOB	Normas Operacionais Básicas
Noas	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OSC	Organizações da Sociedade Civil
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde

Raps	Rede de Atenção Psicossocial
RIA	Rede, Instituições e Articulação
Saad	Superintendência das Ações Administrativas Descentralizadas
SAM	Serviço de Atendimento ao Menor
Same	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SDU	Superintendência de Desenvolvimento Urbano
Semcaspi	Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas
Semec	Secretaria Municipal de Educação e Cultura
SGD	Sistema de Garantia de Direitos
Suas	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAi	Unidade de Acolhimento Infantojuvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA AS INFÂNCIAS E JUVENTUDES COM TRANSTORNO MENTAL	31
2.1 Sistema de Proteção Social brasileiro: bases históricas e conceituais	31
2.2 O lugar ocupado pelas infâncias e juventudes com transtorno mental no Sistema de Proteção Social brasileiro: primeiros caminhos	36
2.3 Caminhos na perspectiva do direito: conquistas para as infâncias e juventudes com transtorno mental após 1988	44
2.3.1 A Reforma Sanitária e a construção do SUS	44
2.3.2 O Estatuto da Criança e do Adolescente e o Sistema de Garantia de Direitos	49
2.3.3 A Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental: percursos, avanços e desafios para o cuidado do segmento infantojuvenil.....	52
3 A INTERSETORIALIDADE COMO DIRETRIZ POLÍTICA NOS CUIDADOS COM AS INFÂNCIAS E JUVENTUDES COM TRANSTORNO MENTAL	72
3.1 A intersectorialidade como orientação das políticas sociais	72
3.1.1 A intersectorialidade na Política de Saúde	73
3.1.2 A intersectorialidade no Estatuto da Criança e do Adolescente com o Sistema de Garantia de Direitos.....	78
3.1.3 A intersectorialidade na Política de Saúde Mental.....	79
3.2 O desafio da intersectorialidade como um caminho para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental	88
4 ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS NO CUIDADO DAS INFÂNCIAS E JUVENTUDES COM TRANSTORNO MENTAL EM TERESINA-PIAUI: a compreensão das vivências dos(as) profissionais das políticas de Saúde, Saúde Mental, Assistência Social e Sociojurídica	91
4.1 Percurso histórico da assistência à saúde mental infantojuvenil em Teresina-Piauí	91
4.2 O Sistema de Proteção Social para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí: cenários e sujeitos da investigação	100
4.3 Necessidades e demandas de natureza intersectorial no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí	108
4.3.1 O lugar ocupado pelas infâncias e juventudes com transtorno mental no Sistema de Proteção Social de Teresina-Piauí	108
4.3.2 A peculiaridade do cuidado intersectorial ofertado às infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí	113
4.3.3 As políticas públicas que integram o diálogo	118

4.4 A concretude da articulação intersetorial: ações, atividades e intervenções desenvolvidas no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí	121
4.4.1 Entre ausências e possibilidades: o planejamento das ações intersetoriais na realidade do Sistema de Proteção Social para infâncias e juventudes com transtorno mental.....	122
4.4.2 A realidade das ações, atividades e intervenções intersetoriais para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental	125
4.5 Potencialidades e desafios na gestão e execução do trabalho intersetorial no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí	130
4.5.1 Desafios: do “apagar incêndio” à “rede furada”	130
4.5.2 Potencialidades: do diálogo ao planejamento.....	137
4.5.3 Um olhar da e sobre a gestão das Políticas Públicas de Educação, Assistência Social e Saúde Mental	141
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS.....	154
APÊNDICE A	164
ANEXO A	176

1 INTRODUÇÃO

A construção de uma política para as infâncias e juventudes com transtorno mental, que considere suas singularidades e esteja de acordo com os princípios estabelecidos pela Reforma Sanitária, pela Reforma Psiquiátrica e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tem sido um desafio para o Sistema de Proteção Social brasileiro.

O cenário revela que, historicamente, existe um embate entre projetos societários tanto na Política de Saúde (projeto da reforma sanitária *versus* o projeto privatista) como na Política de Saúde Mental (projeto antimanicomial *versus* o projeto manicomial), o que demonstra uma relação entre os agentes estatais e os agentes privados no processo de definição dessas políticas.

Essa relação entre o público, que tem a capacidade do uso de recursos públicos, e o privado, com interesses particulares, também pode ser visualizada no processo de construção das políticas para as infâncias e juventudes, sendo elas: políticas asilares e de contenção de ameaças no início da República; política de controle social dos anos 30 com o favorecimento da benemerência privada; política populista e convênios com a rede privada; política de repressão da ditadura militar, que privilegiou a internação e ampliou os convênios privados, e o período de transição para a democracia com as parcerias público/privadas em defesa da cidadania (FALEIROS 2009).

Observa-se que, neste contexto, a diretriz pública muitas vezes direcionou o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental para as instituições privadas e/ou filantrópicas (instituições asilares, Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais – Apae, Associação Pestalozzi), ficando as instituições públicas à margem deste cuidado ao não instituírem uma rede de assistência na perspectiva do direito.

Com base neste hiato, os cuidados em saúde mental infantojuvenil no Brasil foram incluídos tardiamente no rol de políticas públicas de direito, ganhando visibilidade apenas no ano de 2001, com a promulgação da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001) e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), as quais trouxeram ao debate os problemas gerados pelo sistema de institucionalização do público infantojuvenil e reivindicaram um novo modelo efetivo para o cuidado deste público, baseado na criação de uma rede de cuidados comunitários que possibilitasse a atenção integral. Foram incluídos neste panorama os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps i) destinados às crianças e aos adolescentes em sofrimento psíquico intenso, regulamentados pela Portaria nº 336/2002, que deveriam figurar como ordenador dessa rede de cuidados (COUTO; DELGADO, 2015).

Contudo, a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps i) como serviços da Política de Saúde Mental não pode, por si só, atenuar o lapso nas Políticas Públicas de cuidado às infâncias e juventudes com transtorno mental, no atendimento das suas amplas demandas, pois esse público necessita de atendimento integral e contínuo, que não deve se limitar a uma única Política Pública, requerendo a construção de serviços estruturados em uma rede de proteção social vasta e efetiva, que envolve as diversas políticas públicas e a sociedade (no caso das crianças, sobretudo as famílias), mas sem que isso resulte na desresponsabilização do Estado, como vem ocorrendo historicamente no não cuidado com esse público.

Em vista disso, estabelece-se como **objeto de estudo** desta dissertação a compreensão de como são realizadas as articulações intersetoriais entre as Políticas Sociais que compõem o Sistema de Proteção Social para infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina-Piauí, com destaque para a Política de Saúde Mental em articulação com outros setores da Saúde, Assistência Social, Educação e Sociojurídico.

O despertar da pesquisadora aconteceu nesse panorama, no qual se entende que para atender às necessidades das infâncias e juventudes com transtorno mental, é imprescindível conhecer como isso acontece na realidade de Teresina, desvelando as particularidades regionais e locais para que esses sujeitos possam ser vistos na sua integralidade e que, para isso, é estratégica a articulação intersetorial entre Políticas Sociais que estruturam o Sistema de Proteção Social brasileiro.

A inclinação pela temática proposta soma-se à experiência da pesquisadora, que atua na Rede de Atenção Psicossocial de Teresina desde 2012. Neste período, além de trabalhar na função de assistente social na Fundação Municipal de Saúde, atuou como Ativadora de Rede¹ do município em 2016 e 2017, colocação proposta pelo Ministério da Saúde para favorecer as boas práticas em Saúde Mental.

¹ A função de Ativadora de Rede tinha por objetivo apoiar, orientar e subsidiar as equipes locais na construção de uma linha de cuidado que atravessasse os dispositivos da atenção psicossocial, da atenção básica e intersetorial no território de referência, além de buscar fortalecer a atuação da RAPS e promover a discussão, o aperfeiçoamento e a implantação da Política Nacional de Saúde Mental no âmbito do SUS. Esta era uma colocação que estava contemplada no Projeto Engrenagens, do Ministério da Saúde, que foi proposto para estimular a articulação e integração entre os dispositivos que disponibilizam cuidado em saúde mental. Ressalta-se que este projeto foi proposto e desenvolvido pelo Ministério da Saúde dentro de outro projeto, o Percursos Formativos na RAPS, que propunha ações de formação no âmbito de intercâmbio das experiências, tendo como linha de formação, entre outras, a Saúde mental na Atenção Básica, em que, na oportunidade, a pesquisadora participou e realizou o intercâmbio na cidade de Embu das Artes-São Paulo, ocasião relevante, que favoreceu, inclusive, a implantação da Rede, Instituições e Articulação (RIA) no município de Teresina-Piauí, como resultado do conhecimento adquirido. Com isso, destaca-se a importância de investimentos por parte do Ministério da Saúde, enquanto órgão público, na formação dos (as) profissionais da RAPS, o que favoreceu a qualificação dos processos de trabalho.

Além disso, nos anos de 2018 a 2020 esteve como gestora do Caps i Dr. Alexandre Nogueira, o que proporcionou vivenciar a elaboração de estratégias² de cuidados à saúde mental ofertados ao segmento infantojuvenil, juntamente com a equipe técnica. Com essa experiência foi possível verificar ainda mais a importância da intersetorialidade na oferta de cuidado integral a esse público, através da organização dos Fóruns Intersetoriais da Saúde Mental Infantojuvenil, sediados pelo Caps i Alexandre Nogueira, mas, principalmente, das demandas por articulações intersetoriais, as quais eram originadas não só desse serviço, como também de outras Políticas Públicas.

Por isso, estudou-se não só as ações realizadas pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil que se localiza no município de Teresina, mas também dos serviços que compõem o Sistema de Proteção Social, voltados para este público, como a saúde mental, em articulação com outros serviços de Saúde, a Assistência Social, a Educação e o Sociojurídico. A escolha por essas Políticas Sociais Básicas deu-se por se tratar das linhas de ação da Política de Atendimento do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990), operacionalizada pelo Sistema de Garantia de Direitos instituído pelo Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes (CONANDA, 2006).

Este estudo também se justificou ao reconhecer a crescente demanda das infâncias e juventudes que buscam cuidado em Saúde Mental. Lima (2014) informa, com base em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a prevalência de transtorno mental em crianças e adolescentes é comum. De acordo com o relatório intitulado “A Situação Mundial da Infância 2021 – Na minha Mente: promover, proteger e cuidar da saúde mental das crianças”, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em quase todos os países as questões de saúde mental afetam diretamente as infâncias e juventudes. Estima-se que 13% dos adolescentes entre 10 e 19 anos vivem com um transtorno mental diagnosticado, percentual que deverá ser agravado com os efeitos da Pandemia da Covid-19. Neste caso, contabiliza-se que quase um em cada cinco jovens de 15 a 24 anos, em 21 países, frequentemente se sentia deprimido.

Destaca-se que, em um breve levantamento bibliográfico (APÊNDICE A) sobre a temática, foi possível constatar nos arquivos da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (Quadro A1):

- Não foram encontradas dissertações e/ou teses utilizando os seguintes descritores:
1) infância e juventude; saúde mental; intersetorialidade; 2) intersetorialidade;

² Dentre as estratégias apresentam-se: o atendimento individual, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, atendimento as famílias, matriciamento, intersetorialidade, entre outros.

sistema de garantia de direitos; transtorno mental; 3) intersectorialidade; sistema de proteção social; saúde mental infantil.

- Foram localizados três arquivos com a utilização dos seguintes descritores: infância e juventude/criança; saúde mental; sistema de garantia de direitos. Dos arquivos encontrados, dois são dissertações, e um é tese, nas áreas de Serviço social, Psicologia e Direito.
- Com a utilização dos descritores criança; saúde mental; intersectorialidade/rede foram achados dezoito arquivos, em que treze são dissertações, e seis são teses, prevalecendo a área de conhecimento da saúde pública.

Já nos arquivos do *site* da Scielo (Quadro A2):

- Não foram encontrados resultados para os seguintes descritores: 1) infância e juventude/criança; saúde mental; sistema de garantia de direitos; 2) infância e juventude; saúde mental; intersectorialidade; 3) intersectorialidade; sistema de garantia de direitos; transtorno mental; 4) intersectorialidade; sistema de proteção social; saúde mental infantil.
- Com os descritores criança; saúde mental; intersectorialidade foram localizados três artigos, respectivamente nas áreas de conhecimento de enfermagem, saúde coletiva e psicologia.
- E oito artigos, em sua maioria na área de conhecimento de enfermagem, com os descritores criança; saúde mental; rede.

O levantamento nos arquivos da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e no *site* da *Scielo*, ao considerar as combinações de descritores relacionados à temática dessa investigação, identificou escassos estudos publicados sobre este tema. Demonstra-se que os estudos relacionados estão alocados nos temas criança, saúde mental e intersectorialidade, porém, não foram vistas analogias com o Sistema de Proteção Social, que também é tema desta investigação. Verificou-se, também, nos arquivos do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, que não há tese ou dissertação realizada sobre o tema, revelando a existência de poucos estudos também na realidade local.

Além disso, os arquivos encontrados apresentam-se, em sua maioria, na perspectiva das Ciências da Saúde, e a pesquisa aqui proposta intenciona compreender tal tema a partir do olhar

das Ciências Sociais Aplicadas, no viés das Políticas Públicas, como uma análise significativa que colabore para o fortalecimento da intersetorialidade e do cuidado integral às infâncias e juventudes com transtorno mental.

Ressalta-se que essa discussão está aliada às diretrizes do Sistema de Proteção Social e, conseqüentemente, do Sistema de Garantia de Direitos para a criança e o adolescente, conforme recomendado na última reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, a IX Reunião, ocorrida no ano de 2012, que teve como tema: “Desafios para o Campo da Infância e Juventude no Âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”, a qual pretendeu qualificar, entre outras discussões, a interface da RAPS com o sistema de garantia de direitos.

Sendo assim, evidencia-se que as infâncias e juventudes, nesta investigação, são caracterizadas de maneira plural, pois compreende-se que infâncias e juventudes são constituídas de diferentes formas, e essa constituição depende do contexto social e cultural que estão inseridas, assim, são vistas como construções sociais. Conseqüentemente, não se considera que haja “uma” infância e “uma” juventude, mas sim infâncias e juventudes.

Diante disso, as infâncias e juventudes estudadas são dos segmentos acometidos com transtorno mental, público que passa a ter mais visibilidade nas Políticas Públicas com a Reforma Psiquiátrica e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Cabe enfatizar, nesse contexto, que a Reforma Psiquiátrica é tida como um processo social complexo, que busca construir uma nova maneira de olhar e cuidar da pessoa com transtorno mental, cujas práticas inovadoras possibilitem o convívio social e a integralidade do cuidado por meio da lógica da construção de uma rede intersetorial que garanta os ideais de cidadania para esse público (AMARANTE, 2007). E a garantia de direitos para as infâncias e juventudes é uma conquista proporcionada pelo ECA, que passa a disponibilizar os elementos legais para a proteção integral desse público (BRASIL, 1990), a qual deve ser realizada pelo Sistema de Garantia de Direitos, cuja orientação é de que o trabalho aconteça de maneira intersetorial para a devida efetivação dos Direitos Humanos desse público (CONANDA, 2006).

Nota-se que tanto a Reforma Psiquiátrica quanto o Sistema de Garantia de Direitos apresenta a intersetorialidade como um caminho possível para o cuidado integral com as infâncias e juventudes com transtorno mental. Compreende-se, nessa direção, que o potencial da intersetorialidade está na possibilidade de construir uma visão ampla dos processos complexos da sociedade, tendo como pressuposto o acúmulo dos diferentes setores (MONNERAT; SOUZA, 2014).

Portanto, a intersetorialidade, neste estudo, foi analisada na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e do Sistema de Garantia de Direitos, os quais direcionam seu cuidado para as

infâncias e juventudes, alicerçados na cidadania e na integralidade da atenção, que permite reconhecer, no dia a dia dos serviços, que cada pessoa é um ser complexo e social, e que as unidades prestadoras de serviço são um sistema indissociável (NASI *et al.*, 2009).

E nessa concepção de sistema indissociável tem-se a preocupação de direcionar as políticas de assistência às infâncias e juventudes a atuarem como um Sistema de Proteção Social que deverá integrar e articular um conjunto de políticas sociais, de maneira organizada e planejada, de modo a ampliar a proteção social para esse público. Portanto, as Políticas Sociais que compõem o Sistema de Proteção Social aqui estudado estão considerando a configuração do Sistema de Garantia de Direitos, mais especificamente os eixos da defesa, com as instituições sociojurídicas, e o eixo da promoção, com as Políticas Sociais Básicas. Logo, frisa-se a Política de Saúde Mental em articulação com outros setores da Saúde, com a Assistência Social, a Educação e o Sociojurídico.

Cabe destacar que a concretização das parcerias intersetoriais tem aparecido de maneira frágil e descontínua devido à tradição segmentada que caracteriza as intervenções estatais e ao fato de cada programa ser encarado como ação de um determinado setor (MONNERAT; SOUZA, 2014). Aqui se destacam os ajustes que o ideário neoliberal tem imposto ao sistema de proteção social brasileiro, ao atribuir como alternativa para as políticas sociais ações de cunho específico e focalizado (SOARES, 2001), conferindo-lhe um formato fragmentado. A intersetorialidade, com base nos argumentos neoliberais, assume um significado estrito e reducionista, empobrecendo a capacidade política de produção de pactuações coletivas para o acesso aos direitos da cidadania, limitando sua atuação para a formulação de respostas às intervenções dentro de um cenário de escassez de recursos (BIDARRA; DOURADO, 2020). E esse é um desafio que pode tornar complexa a concretização da intersetorialidade como estratégia de cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental.

Ademais, o **cenário** desta investigação foi o município de Teresina, capital do Piauí, a qual dispõe de dois dos três serviços³ de assistência em saúde mental específicos para o público infantojuvenil do Estado: o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil Martinelli Cavalca, de gestão Estadual, e o Caps i Dr. Alexandre Nogueira, de gestão municipal.

Tendo em vista este cenário e compreendendo a importância da intersetorialidade como propulsora do cuidado integral desse público, o presente estudo apresenta a seguinte **questão central**: como se realiza a intersetorialidade no Sistema de Proteção Social para infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina-Piauí, especialmente na Política

³ O Piauí possui três CAPSi: dois em Teresina e um na cidade de Paulistana.

de Saúde Mental, em articulação com outros serviços da Saúde, da Assistência Social, da Educação e do Sociojurídico?

Indaga-se, ainda, por meio de **questões norteadoras** em torno desse problema central:

1. Quais necessidades, no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental, requerem articulação intersetorial entre as Políticas de Saúde Mental, outros serviços de Saúde, Assistência Social, Educação e Sociojurídico no município de Teresina-Piauí? 2. Quais ações, atividades e intervenções de natureza intersetorial são realizadas em articulação entre as Políticas de Saúde Mental e outros serviços de Saúde, Assistência Social, Educação e Sociojurídico no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina-Piauí? 3. Quais as potencialidades e os desafios encontrados na realização do trabalho intersetorial nos cuidados voltados para as infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina?

Com esse direcionamento coloca-se como **objetivo geral** compreender como ocorre a articulação intersetorial entre as Políticas Sociais que compõem o Sistema de Proteção Social para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina-Piauí, com destaque para as Políticas de Saúde Mental, a Assistência Social, a Educação e o Sociojurídico.

E para atender ao objetivo geral tem-se os seguintes **objetivos específicos**:

- Caracterizar as necessidades e demandas que requerem articulação intersetorial entre as Políticas de Saúde Mental, a Assistência Social, a Educação e o Sociojurídico no município de Teresina-Piauí, no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental;
- Descrever as ações, as atividades e as intervenções de natureza intersetorial planejadas e realizadas em articulação entre as Políticas de Saúde Mental, a Assistência Social, a Educação e o Sociojurídico, no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina-Piauí;
- Identificar as potencialidades e os desafios encontrados na gestão e execução do trabalho intersetorial voltado para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina.

Para atender tais objetivos a **metodologia** desse estudo, localizado no campo das ciências sociais aplicadas, que buscou compreender a realidade social a partir do olhar dos sujeitos e das suas experiências sociais, foi do tipo explicativa com abordagem qualitativa.

A pesquisa explicativa teve como proposta identificar os fatores que determinaram ou contribuíram para a ocorrência dos fenômenos, pois esta aprofunda o conhecimento da realidade, ao explicar as razões das coisas (GIL, 2008). Com isso, buscou-se aprofundar o conhecimento da realidade das infâncias e juventudes com transtorno mental, por meio da pesquisa de campo, que coletou dados de fontes primárias, mediante fonte oral dos sujeitos, a partir da observação participante, da entrevista semiestruturada e de grupo focal. E dados de fontes secundárias como a pesquisa bibliográfica em artigos científicos e livros produzidos sobre a temática e documental nos arquivos institucionais dos serviços pesquisados e nas legislações vigentes da área.

Uma vez que a abordagem norteadora desse estudo foi a qualitativa, o empenho se deu em encontrar significados, mais do que descrições, encontrar interpretações, mais do que coleta de informações, encontrar sujeitos e suas histórias para, assim, reconhecer suas singularidades e a importância da sua experiência social, pois parte da realidade destes, a eles irá retornar de forma crítica, sendo assim, realizadas pela via da complementariedade, e não da exclusão (MARTINELLI, 1994).

Salienta-se que esta investigação não esgota toda a análise possível acerca da concretude da intersetorialidade no sistema de proteção social para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí, pois, considerando a amplitude dos serviços e dos (as) profissionais que compõem esse sistema de proteção social, investigou-se apenas uma amostra desse cenário.

Dessa forma, ao indicar que no município de Teresina estão localizadas as sedes do Caps i Martinelli Cavalca, de gestão estadual, e do Caps i Dr. Alexandre Nogueira, de gestão municipal, e que cada um desses serviços possui uma trajetória e uma organização, o que pode trazer diferenças na disposição deles, decidiu-se pelo Caps i Dr. Alexandre Nogueira, de gestão municipal, serviço que surge dentro de uma configuração com sede e profissionais próprios, e no qual ocorreu a vivência da pesquisadora. Assim, o cenário da pesquisa de campo no âmbito da Política de Saúde Mental foi o Caps i Dr. Alexandre Nogueira, serviço voltado especificamente para o cuidado da Saúde Mental das infâncias e juventudes com transtorno mental. Também foi investigada a Gerência de Saúde Mental do município de Teresina, por avaliar que esse é o espaço responsável pela gestão e pelo planejamento da política pública.

Na Saúde pública elegeu-se a Atenção Básica, representada por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), serviço territorial considerada porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na política de Assistência Social optou-se por averiguar o Centro de Referência da Assistência Social (Cras) e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas), por serem serviços de base territorial, localizados em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinados à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência, responsáveis, respectivamente, pela prestação de serviços, programas e projetos de proteção social básica às famílias e por intervenções especializadas da proteção social especial (BRASIL, 1993). Além desses serviços, foi pesquisada a Gerência de Proteção Social Básica da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas (Semcaspi), por ser esta a responsável pela gestão dos serviços de Cras, que se encontram disseminados em quase todo o território de Teresina.

O Sociojurídico aqui apresentado diz respeito ao eixo da defesa do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, o qual se caracteriza pela garantia do acesso à justiça, situando-se os órgãos judiciais, as defensorias públicas, os conselhos tutelares, entre outros. Para este estudo a proposta foi verificar a atuação da 1ª Vara da Infância e Juventude, do Ministério Público e do Conselho Tutelar de Teresina.

Entre os serviços da Política de Educação do município de Teresina elegeu-se a Divisão de Educação Inclusiva da Semec, pois ela é responsável por gerir as setenta salas de Atendimento Educacional Especializado (AEE), voltadas para o ensino de alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e os com altas habilidades/superdotação, e, também, o Centro Municipal de Atendimento Multidisciplinar (Cmam), que funciona por meio de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Educação (Semec) e a Fundação Municipal de Saúde (FMS), recebendo alunos da Rede Municipal que apresentam transtornos e dificuldade de aprendizagem, cujos cuidados ofertados são na perspectiva de melhora no desempenho escolar do público infantojuvenil.

A opção pela 1ª Vara da Infância e Juventude, pelo Conselho Tutelar e pelo Centro Municipal de Atendimento Multidisciplinar (Cmam) tem a ver com a experiência da pesquisadora, pois enquanto gestora do Caps i Dr. Alexandre Nogueira, deparou-se inúmeras vezes com solicitações dessas instituições.

Ressalta-se, perante esses cenários, a utilização da divisão administrativa do município de Teresina em Superintendências das Ações Administrativas Descentralizadas (SAADs), uma vez que cada território descrito é contemplado com serviços como Cras, Creas, UBS e Conselho Tutelar. Diante disso, os serviços estudados foram aqueles que estão na mesma zona do Caps i Dr. Alexandre Nogueira, considerado o ordenador da rede de cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental, situado na zona leste de Teresina, no bairro Morada do Sol, por acreditar

que a proximidade e, possivelmente, a acessibilidade entre os serviços possibilitou observar o número de situações que requerem articulação intersetorial entre os dispositivos da rede de atendimento. Por conseguinte, para afinar a escolha dos serviços de base territorial utilizou-se a opção por aqueles que realizam atendimento na mesma área do Caps i Alexandre Nogueira: Creas Leste, Cras Leste IV, a UBS Américo de Melo C. Branco - Santa Isabel e o Conselho Tutelar Leste.

Já os sujeitos deste estudo foram os profissionais que compõem a equipe gestora e multidisciplinar dos serviços elencados nos cenários da pesquisa, profissionais que atuam diariamente no processo de execução, implementação e avaliação das políticas públicas. Buscou-se definir uma amostra desses sujeitos, que reflita a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo, de modo a adotar os seguintes critérios: utilizar instrumentos que compreendam as diferenças internas e as homogeneidades; escolher o local que tenha a informação que se pretende investigar na pesquisa; privilegiar os sujeitos sociais que têm o conhecimento que se pretende apreender; definir o grupo social relevante para responder à pergunta central da pesquisa; não desprezar informações; entre outros (MINAYO, 2008).

Desse modo, cenários e sujeitos da pesquisa podem ser visualizados no quadro a seguir:

Quadro 1 – Cenários/ Sujeitos da Pesquisa

Política Pública / Setores	Serviços	Sujeitos / Participantes
Saúde Mental	Caps i Dr. Alexandre Nogueira (Gestão Municipal)	1 Assistente Social 1 Enfermeiro(a) 1 Terapeuta Ocupacional 1 Nutricionista 1 Psicólogo(a) 1 Fonoaudiólogo 1 Educador Físico 1 Psiquiatra
	Gerência de Saúde Mental do município de Teresina	1 Profissional Gestor
Saúde Pública / Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde Américo de Melo C. Branco - Santa Isabel	1 Profissional
Assistência Social	Gerência de Proteção Social Básica da Semcspi	1 Profissional Gestor
	CRAS Leste IV	1 Profissional
	CREAS Leste	1 Profissional
Educação	Divisão de Educação Inclusiva da Semec	1 Profissional Gestor

	Centro Municipal de Atendimento Multidisciplinar (CMAM)	1 Profissional
Justiça	1ª Vara da Infância e Juventude	2 Profissionais
	Conselho Tutelar Leste	1 Profissional
	Ministério Público	1 Profissional

Fonte: Sistematização da autora (2023).

Assim, considerando o quadro acima, demarcou-se uma **amostra** de cinco políticas públicas que compõem o sistema de proteção social para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental. Dessas políticas públicas elencou-se um total de onze serviços, resultando numa somatória de dezenove sujeitos de pesquisa que participaram da entrevista semiestruturada, sendo três representando os gestores, e oito os profissionais que atuam diretamente nas Políticas de Atenção Básica na Assistência Social, na Educação e no Sociojurídico; já o grupo focal é composto por oito profissionais do Caps i Dr. Alexandre Nogueira. No entanto, durante o processo de coleta de dados um profissional da Justiça não participou da entrevista semiestruturada, e três profissionais do Caps i não participaram do grupo focal.

Para essa seleção definiu-se como **critérios de inclusão**, no caso dos serviços, aqueles que compõem o Sistema de Proteção Social e estão voltados para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental. Para os(as) profissionais elencou-se como critérios aqueles que integram os serviços anteriormente definidos, que aceitassem participar da investigação e tivessem tempo de trabalho superior a dois anos, com enfoque naqueles que tinham maior tempo de serviço. Nas Gerências de Saúde mental, de Proteção Social Básica e na Divisão da educação inclusiva foram selecionados aqueles que ocupavam cargo de gestão no período proposto. Já para os(as) profissionais do CAPS infantil, além desses critérios, definiu-se também que fosse um trabalhador de cada categoria profissional de nível superior.

Para a **coleta de dados** realizou-se uma pesquisa de campo com o objetivo de apreender informações e conhecimentos acerca do problema para o qual se procurava uma resposta. Para isso, foram realizadas pesquisas bibliográfica e documental sobre o tema, com a utilização de instrumentais de coletas de informações.

A **pesquisa bibliográfica** da temática em questão foi desenvolvida durante todo o estudo com base em autores como Irene Rizzi (2009), Vicente de Paulo Faleiros (2009), Irene Bulcão (2002), Reis *et al.* (2016), Couto e Delgado (2016), Paulo Amarante (2007), Bidarra e Dourado (2020), Potyara Pereira (2014), Monnerat e Souza (2014), entre outros. Já a **pesquisa documental** possibilitou a análise das legislações vigentes sobre a temática, dos relatórios de

atividades e de gestão que compõem o acervo documental público do Caps i Alexandre Nogueira, os quais auxiliaram na compreensão sobre a intersectorialidade na realidade local. Pondera-se que os relatórios de gestão do Caps i Dr. Alexandre Nogueira que foram analisados datam dos anos de 2018, 2019 e 2020, não tendo registro dos anos seguintes, os quais apresentam em sua estrutura informações descritivas e quantitativas sobre a composição da equipe, a rotina do serviço, as ações e parcerias, os projetos realizados, entre outras mais bem especificadas no Anexo B deste trabalho.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a observação participante, a entrevista semiestruturada e o grupo focal. Evidencia-se que a coleta de informações no campo aconteceu após autorização do Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí – UFPI (ANEXO A), que aprovou o projeto de pesquisa, via Plataforma Brasil, com CAAE nº 59006322.9.0000.5214 e parecer nº 5.520.31, de acordo com os aspectos éticos e legais da pesquisa. Após isso, os sujeitos foram formalmente convidados e informados sobre a natureza da investigação, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e o incômodo que esta poderia lhes acarretar e, após esses esclarecimentos e a devida concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES B, C e D) elaborado conforme a Resolução de nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Diante disso, a **observação participante** aconteceu por meio do contato direto da pesquisadora com os eventos observados para obter informações sobre a realidade dos sujeitos em seus próprios contextos. Nesse processo, o observador também é parte do contexto de observação e estabelece uma relação diante dos observados. A observação participante possibilita apreender situações que não são obtidas apenas por perguntas, já que a observação será realizada diretamente na própria realidade (MINAYO, 2001). Dessa forma, considerando a experiência da pesquisadora na Rede de Atenção Psicossocial de Teresina, pondera-se que ela é parte do contexto que foi pesquisado, pois as questões aqui propostas surgiram da relação com as vivências e observações no cenário de pesquisa.

A **entrevista semiestruturada** difere das demais entrevistas por não se colocar totalmente aberta ou fechada, obedecer a um roteiro previamente elaborado, o qual é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador, apresentar-se como um apoio na sequência das questões, facilitando a abordagem e a cobertura dos pressupostos (MINAYO, 2008). Esse instrumento foi utilizado para entrevistar dez profissionais atuantes em Políticas de Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde), Assistência Social, Sociojurídico e Educação, além da Gerência de Saúde Mental, de Proteção Social Básica e da Divisão de educação inclusiva,

conforme roteiros elaborados com questões a partir dos objetivos da pesquisa (APÊNDICES E e F).

O **grupo focal** é um tipo de entrevista em grupo que deve ser planejado para obter informações, interações entre os participantes, de modo a gerar consenso ou explicitar divergência, devendo ser aplicado mediante roteiro, sob a coordenação de um moderador, cujo valor fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e na interação com outros indivíduos (MINAYO, 2008). O grupo focal foi planejado inicialmente para acontecer em dois encontros, com a periodicidade de um encontro por semana e a participação de oito profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Dr. Alexandre Nogueira. Entretanto, aconteceu em apenas um encontro, com duração de cinquenta minutos, com a participação de cinco profissionais, em que todas as questões do roteiro do grupo (APÊNDICE G) foram atendidas. Os(as) profissionais foram sensibilizados por meio de um encontro presencial acordado com a Coordenação do Caps i, no dia destinado à reunião técnica da equipe, a fim de não afetar o processo de trabalho do serviço. Na ocasião da sensibilização foi realizada a apresentação e os esclarecimentos necessários acerca do objetivo e da metodologia da pesquisa, e a partir disso, acordou-se com os participantes a data e o local do encontro do grupo focal, de modo a garantir a participação dos(as) profissionais sem importunar a rotina dos serviços. No entanto, não foi possível a participação do profissional de Terapia Ocupacional e de Nutrição, por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, por serem profissionais substitutos, e do profissional de Fonoaudiologia, por choque de agenda.

Destaca-se que o início da coleta de dados aconteceu no final do mês de julho e foi finalizada no início do mês de setembro. O material apreendido pelos instrumentos de coleta de dados foi dimensionado pelo critério de saturação, no qual "entende-se o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, o qual conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo" (MINAYO, 2008, p. 197-198). Ressalta-se que os participantes não foram identificados, mas sim codificados com nomes fictícios, e as entrevistas, com consentimento, foram gravadas e transcritas, o que possibilitou a análise dos dados.

A **análise de dados** aconteceu a partir do método dialético de Marx. José Paulo Netto (2009) ressalta que, para Marx, o método não é um conjunto de regras formais escolhido pelo pesquisador para ser aplicado a um objeto de investigação. Trata-se, portanto, de uma determinada posição do pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele suas múltiplas determinações descobertas no decorrer da pesquisa. Nesse sentido, para a apreensão do objeto, Marx entende que "o concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações, isto é, é unidade do diverso" (MARX, 2008, p. 258). Logo, a única forma de se apropriar do

mundo é realizar a abstração da totalidade, para depois fazer a viagem inversa, do abstrato para o concreto, por meio do pensamento. Assim, procura-se situar a parte no todo (NETTO, 2009). Desta forma, esse método foi utilizado na busca da compreensão concreta da realidade, indicando a perspectiva da totalidade ao possibilitar uma análise crítica do objeto de estudo.

Após a organização dos dados empregou-se a estratégia de triangulação, que significa assumir diferentes perspectivas sobre um tema que esteja estudando ao responder as questões de pesquisa, que pode ser fundamentada mediante o uso de vários métodos ou várias abordagens teóricas, assim como se referir à combinação de diferentes tipos de dados no pano de fundo das perspectivas teóricas que aplica aos dados (FLICK, 2013). Portanto, os dados colhidos na análise bibliográfica, na análise documental e na pesquisa de campo foram triangulados por meio da apreciação dos materiais apreendidos durante a investigação.

Diante disso, aplicou-se a análise de conteúdo, que segundo Bardin (2011, p. 31), “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. Essa análise abrangeu três fases: inicialmente, a organização e preparação do material para análise, em que houve a leitura do material escolhido e das entrevistas transcritas para a sistematização inicial das ideias, estabelecendo os indicadores para a interpretação das informações coletadas. Em seguida, a exploração do material para apreensão dos dados e a construção das codificações. Nessa fase, o texto das entrevistas e de todo o material coletado é recortado e classificado, definindo as unidades de registro e as escolhas das categorias que serão utilizadas no trabalho. Na terceira fase, que compreendeu o tratamento dos resultados, os dados foram analisados e interpretados, e as informações obtidas foram comparadas com as existentes, com o intuito de validar os dados, contribuindo para que possam ser pertinentes para a construção e finalização da pesquisa.

Logo, este estudo foi também um **estudo de caso**, que na visão de Gil (2008), investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade. Este trabalho explorou situações reais sobre a intersectorialidade no contexto do município de Teresina, que se inter-relaciona com a construção histórica da política de saúde mental no cenário local, com particularidades regionais, mas que são atravessadas pelo contexto nacional. Dessa forma, os resultados também trazem subsídios para pensar também a realidade do Piauí e do Brasil de forma geral.

De modo que, após essa construção, a dissertação foi estruturada em 5 (cinco) capítulos. O primeiro é esse, referente à **introdução**, com a exposição da justificativa, da problematização, dos objetivos e da metodologia do estudo.

O segundo capítulo, intitulado **Sistema de proteção social para as infâncias e juventudes com transtorno mental**, apresenta a construção histórica do sistema de proteção

social brasileiro, com destaque para o lugar ocupado pelas infâncias e juventudes com transtorno mental nesse contexto, enfatizando as conquistas após lutas democráticas como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e o estabelecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente.

No terceiro capítulo, denominado **A intersectorialidade como diretriz política nos cuidados com as infâncias e juventudes com transtorno mental**, realiza-se uma incursão acerca da intersectorialidade nos contextos das Políticas de Saúde, Saúde Mental e do Sistema de Garantia de Direitos, evidenciando os desafios para a materialização dessa diretriz política no contexto neoliberal.

O quarto capítulo, nomeado de **Articulações intersectoriais no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí**: a compreensão das vivências dos(as) profissionais das políticas de Saúde, Saúde Mental, Assistência Social e Sociojurídica, aborda o percurso histórico da assistência à saúde mental infantojuvenil em Teresina, com uma breve apresentação dos cenários e sujeitos que compõem o sistema de proteção social voltado para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental para, a partir disso, exibir os resultados da pesquisa por meio da análise dos dados coletados nas entrevistas semiestruturadas, no grupo focal, na observação participante e na pesquisa documental, apreciados no referencial teórico exposto nos capítulos anteriores.

Por fim, o quinto capítulo traz as **considerações finais**, sintetizando os resultados acerca da compreensão de como são realizadas as articulações intersectoriais entre as Políticas Sociais que compõem o Sistema de Proteção Social para infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina-Piauí, com destaque para a Política de Saúde Mental em articulação com outros setores da Saúde, da Assistência Social, da Educação e do Sociojurídico.

Com isso, espera-se contribuir com reflexões acerca do cuidado voltado para as infâncias e juventudes com transtorno mental.

2 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA AS INFÂNCIAS E JUVENTUDES COM TRANSTORNO MENTAL

2.1 Sistema de Proteção Social Brasileiro: bases históricas e conceituais

Para compreender a construção do Sistema de Proteção Social, considera-se aqui que as definições de Políticas Públicas vão desde o sentido mínimo: tudo que o governo decide fazer ou não fazer; até as definições completas – em que a política pública se apresenta como um programa de ação governamental num setor da sociedade ou num espaço geográfico: saúde, educação, seguridade social, entre outros (MULLER; SUREL, 2002).

As políticas públicas mostram-se como um conjunto de decisões e ações que envolvem não só o Estado, mas também a sociedade, que exerce papel ativo e decisivo sobre a sua própria reprodução e decisões do governo. Logo, a ideia de “público” remete a uma política de todos, que resulta da intervenção do Estado e da sociedade. Dessa forma, a política pública tem como característica orientar a ação pública que se encontra sob a responsabilidade de uma autoridade também pública, mas sob o controle da sociedade. Assim, a política pública coloca-se como uma estratégia de ação planejada que implica na intervenção estatal, envolvendo diferentes atores governamentais e não governamentais para a aquisição de um bem específico. Contudo, não é apenas o resultado da atividade política dos governos, pois também contempla as demandas externas provenientes da sociedade, o que a relaciona com os interesses conflitantes e as respostas para esses conflitos. Além disso, essa intervenção tanto pode ser expressa pela ação específica como pela omissão do governo, que são deliberadas como parte de um plano e vão gerar impacto na realidade social dos sujeitos (PEREIRA, 2009).

E com base nesse cenário apresentam-se as políticas sociais que, segundo Pereira (2009, p. 29) “é uma espécie do gênero política pública”. Essa compreensão alinha-se ao pensamento de Marta Rodrigues (apud NOGUEIRA NETO, 2020), ao enfatizar que as políticas sociais são um subconjunto do que denominamos de políticas públicas e, assim sendo, toda política social é uma política pública, mas nem toda política pública é uma política social. No entanto, ao intervir na realidade social dos vários segmentos, buscando atender às necessidades sociais e aos direitos básicos, a Política Pública apresenta-se como Política Social.

Para Yazbek (2014) a Política Social Pública caracteriza-se pela intervenção do Estado no processo de reprodução e distribuição de riquezas, que permite aos cidadãos acesso a recursos, bens e serviços necessários para seu bem-estar, e é a partir dessas Políticas de caráter social que se ampliam as instituições destinadas à Proteção Social.

Contudo, Boschetti (2012) afirma que um Sistema de Proteção Social não é somente a justaposição de programas e políticas sociais, assim como as políticas sociais não constituem, por si só, um sistema de proteção social, pois o que de fato configura esse sistema é o "conjunto organizado, coerente, sistemático e planejado de políticas sociais que garantam a proteção social por meio de amplos direitos, bens e serviços sociais, nas áreas de emprego, saúde, previdência, habitação, assistência e educação" (BOSCHETTI, 2012, p. 756).

Diante disso, o Sistema de Proteção Social apresenta-se como categoria deste estudo, por isso a exposição do seu processo de constituição e a compreensão das particularidades da realidade brasileira se faz necessária. Nessa direção, considera-se a periodização apresentada por Sonia Draibe (1993) e Celia Kerstenetzky (2012), na qual se reconhecem três ondas longas de inovação institucional de direitos sociais no Brasil: a primeira refere-se ao período entre 1930 e 1964; a segunda compreende o período entre os anos de 1964 e 1984; e a terceira onda retrata o período após 1988, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 2 – Principais marcos das ondas de inovação institucional de direitos sociais no Brasil

Período	Conquistas	Destaques
Primeira Onda (1930- 1964)	<ul style="list-style-type: none"> • Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão nacionais, os IAPs; • Consolidação das legislações trabalhistas e previdenciária; • Lei Orgânica da Previdência Social, entre outras. 	Período marcado por conquistas trabalhistas e previdenciárias para aqueles com capacidade contributiva. Para os trabalhadores do mercado informal e os desempregados destinavam-se ações de filantropia e caridade.
Segunda Onda (1964-1984)	<ul style="list-style-type: none"> • Ditadura Militar; • Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); • Legião Brasileira de Assistência (LBA); • Fundação Nacional de Bem-estar do Menor (Funabem), entre outras. 	Época evidenciada pela centralização política e financeira, com investimentos mínimos na área social, o que culmina com as reivindicações das lutas democráticas.
Terceira Onda (após 1988)	<ul style="list-style-type: none"> • Promulgação da Constituição Federal Cidadã (CF/88). 	As políticas de seguridade social destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde (universal), previdência (contributivo) e assistência social (seletivo). Nada, obstante a esses direitos, é obstruído pela ofensiva neoliberal.

Fonte: Sistematização com base nas discussões de Sonia Draibe (1993) e Celia Kerstenetzky (2012).

Destaca-se que no período que antecede essa periodização acima apresentada foi promulgada, em 1923, a Lei Elói Chaves, que não apresenta grandes revoluções, mas que institui as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), marco da Previdência Social no Brasil.

Por conseguinte, o Quadro 2 acima demonstra que a primeira onda se caracteriza pelos anos de bem-estar corporativo, entre 1930 e 1964, iniciado com o golpe liderado por Getúlio Vargas. Neste período, tem-se a criação dos primeiros Institutos de Aposentadoria e Pensão nacionais, os IAPs, organizados por categorias profissionais, com a substituição dos seguros coletivos privados por um seguro social público; a consolidação das legislações trabalhistas e previdenciária em 1943; a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960, entre outros direitos sociais (KERSTENETZKY, 2012).

Draibe (1993) denomina esse período de introdução e expansão fragmentada, pois ao se remeter basicamente à legislação trabalhista e previdenciária, ao mesmo tempo, há avanços nos processos de centralização institucional e de incorporação de novos grupos sociais aos esquemas de proteção, porém, sob padrões seletivos, heterogêneos e fragmentados de intervenção social do Estado.

Evidencia-se, assim, que a aquisição dos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários institucionalizados nesse período depende da obtenção da carteira profissional. Apresenta-se, aqui, a “Cidadania Regulada” definida por Wanderlei Guilherme dos Santos (1994) como aquela cujas raízes encontram-se em um sistema de estratificação ocupacional definido por normas legais. Para o autor, são cidadãos todos aqueles cuja ocupação é reconhecida e definida por lei. Logo, aqueles que não estão inseridos no trabalho formal não dispõem de proteção para suas demandas sociais, agravando as desigualdades existentes no Brasil.

Segundo Yazbek (2014) o sistema protetivo brasileiro se estrutura de maneira dual: uma parte vinculada à legislação trabalhista e previdenciária que dispõe de alguns direitos básicos para quem está no trabalho formal, outra acoplada às obras sociais e filantrópicas da sociedade civil para o trabalhador sem carteira assinada e desempregado.

Nessa direção, verifica-se que o princípio do mérito como posição ocupacional e de renda constitui a base do sistema de proteção social brasileiro, reproduzindo, assim, o sistema de desigualdade predominante na sociedade (DRAIBE, 1993).

A segunda onda compreende o período entre os anos 1964 e 1984 e é assinalada pela forte centralização do poder, privilegiando o Executivo e limitando os poderes do Legislativo e do Judiciário. Foi a época da Ditadura Militar que assolou o Estado brasileiro, inibindo as conquistas anteriores dos trabalhadores. O governo militar criou, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho, com o objetivo de

modernizar a máquina estatal e aumentar a regulação do Estado, o que acaba por despolitizar a previdência, que fica despida de qualquer forma de controle social (KERSTENETZKY, 2012).

Para Draibe (1993) esta é a fase da consolidação caracterizada pela centralização política e financeira no nível federal, o que vai culminar com a redução das ações sociais em razão da fragmentação institucional do tipo burocrático e autoritário; da exclusão da participação social e política da população nos processos decisórios; da submissão do gasto social a critérios econômicos de rentabilidade privada; da privatização dos serviços sociais e do uso clientelista do aparelho social.

Percebe-se, nesse contexto, que a proteção social efetivada sob os regimes autoritários viabiliza condições mínimas de constituição e reprodução da força de trabalho. Os investimentos na área social são reduzidos e a intervenção do Estado está voltada para a capacidade contributiva do trabalhador (DRAIBE, 1993). Contudo, este cenário entra em crise, dando espaço às reivindicações das lutas democráticas, que vão culminar na promulgação da Constituição Federal de 1988, a constituição cidadã. Assim, a terceira onda refere-se ao período após 1988.

Os avanços constitucionais de 1988 são de natureza reformistas e só foram possíveis numa conjuntura de radicalização democrática após uma ditadura de vinte anos. Então, o reflexo desse espírito reformista é a promulgação da Constituição Federal Brasileira, que entre outros avanços, traz os princípios da seguridade social: universalidade; uniformidade e equivalência; seletividade e distributividade; irreduzibilidade; diversidade e caráter democrático e centralizado. Esses princípios tinham o objetivo de permitir a transição de ações fragmentadas, desarticuladas, para um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde (universal), previdência (contributivo) e assistência social (seletivo) (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

No entanto, apesar de tais indicações, não foram essas orientações que sustentaram a implementação das políticas que compõem a Seguridade Social na década de 1990, pois o país adentrou em um processo de modernização conservadora, liderado pelo neoliberalismo, que promoveu uma contrarreforma caracterizada pela privatização, pela regulamentação do terceiro setor e por uma forte tendência de desresponsabilização por Políticas Sociais, ações que foram justificadas pelo reformismo neoliberal como necessárias e irreversível, tendo como centro o ajuste fiscal, que exigia a redução dos gastos sociais para a internacionalização do capital brasileiro (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Com isso, evidencia-se o cenário das políticas sociais públicas como arenas de disputas, em que o processo de consolidação após 1988 é marcado pelo embate entre o projeto reformista

democrático e o projeto de contrarreforma neoliberal, forjando, nesse contexto, aquilo que Dagnino (2004) denomina de “confluência perversa”, que se dá quando o neoliberalismo se apropria dos termos democratizantes e esvazia o seu significado, expressando direções antagônicas.

Os padrões universalistas e redistributivos de proteção social, nesse caminho, foram tencionados pelas estratégias neoliberais, em que a tendência foi de restrições e redução de direitos, transformando as Políticas Sociais em ações pontuais e compensatórias, prevalecendo o trinômio do ideário neoliberal: privatização, focalização e descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Assim, não se fala em Seguridade Social, mas em políticas específicas, setorizadas e desarticuladas, cujo neoliberalismo, nesse contexto, foi determinante para o detrimento dos avanços sociais em contraposição ao desenvolvimento da política econômica voltada para a rentabilidade. Desse modo, pode-se visualizar que os direitos sociais foram submetidos aos ajustes fiscais, e a seguridade social brasileira não avançou no sentido de fortalecer a lógica social (BOSCHETTI, 2009).

E toda essa perda na seguridade social trazida pela iniciativa neoliberal, desde os anos 1990, tem tido um maior agravamento na atual conjuntura, em que há um avanço das políticas ultraconservadoras e ultraneoliberais, nas quais os sucessivos cortes e a privatização na saúde pública, na previdência e na assistência social têm assolado os poucos direitos conquistados pela população brasileira no âmbito da proteção social. Vive-se os efeitos perversos das políticas fiscais do neoliberalismo, como a privatização do Estado, por meio de desmonte, destruição e mercantilização das políticas de seguridade social; terceirizações irrestritas; contrarreformas trabalhista e previdenciária; desemprego em massa; crescimento da informalidade; aumento da violência estatal; degradação e demonização dos serviços e dos servidores/as públicos e sucateamento sistemático do SUS, que explicitaram um cenário de guerra e luta contra a fome e a morte em tempos de confinamento físico imposto pela pandemia (CASTILHO; LEMOS, 2021).

Esse cenário possibilita a reflexão acerca da importância da luta pela garantia dos recursos necessários, que possibilitem as políticas que compõem a seguridade social brasileira ofertarem proteção e efetivação dos direitos sociais, com a ampliação do sistema de proteção social. E aqui ressalta-se a Seguridade Social ampliada e universal apresentada na Carta de Maceió (CFESS, 2000), a qual aponta para um conceito mais amplo de seguridade social, que incorpore outras políticas sociais, constituindo um verdadeiro padrão de proteção social no Brasil, e que busca superar a fragmentação setorial no sentido da articulação entre as políticas.

Diante dessa conjuntura, considera-se o interesse em compreender a trajetória do sistema de proteção social voltado para as infâncias e juventudes brasileiras com transtorno mental, público esse, que por muito tempo ficou à margem no que se refere ao campo de proteção social, pois as ações de cuidado apresentavam-se como deficitárias e, até mesmo ausentes, no que diz respeito às formas de atenção com esse público.

2.2 O lugar ocupado pelas infâncias e juventudes com transtorno mental no Sistema de Proteção Social Brasileiro: primeiros caminhos

Faz-se necessário explicar a pluralidade de infâncias e juventudes, já que se visualiza esse público como construções, possuindo trajetórias históricas, sociais e culturais singulares, que acontecem em contextos diversos. Então, tem-se infâncias e juventudes, que no âmbito dessa investigação, são analisadas na perspectiva sociológica. Para tanto, a argumentação sobre a infância é feita alicerçada nas ponderações de autores como Sarmento e Pinto (1997), Zucchetti e Bergamaschi (2007), Niehues e Costa (2012) e Rizzini (2011).

No interior dessa discussão, Sarmento e Pinto (1997) expõem que a partir dos anos 1990, quando o campo investigativo transpõe os limites tradicionais da averiguação confiada à medicina, à psicologia e à pedagogia, o estudo das crianças passa a considerar “o fenômeno social da infância, concebida como uma categoria social autônoma, analisável nas suas relações com a ação e a estrutura social” (SARMENTO; PINTO, 1997, p. 1). Por certo, ainda segundo os autores, as crianças existem desde o primeiro ser humano, mas a infância como construção social é algo recente.

Dessa forma, entende-se que a infância é uma construção que vem sendo estabelecida historicamente pelas condições socioculturais determinadas. Assim, ela muda com o tempo e com os diferentes contextos sociais, econômicos, geográficos, e até mesmo com as peculiaridades individuais (NIEHUES; COSTA, 2012).

Nesse sentido, Zucchetti e Bergamaschi (2007) anunciam que são os diferentes contextos em que as crianças estão inseridas que possibilitam a reflexão sobre a infância e as infâncias:

A infância no sentido que a unifica enquanto um setor das sociedades, composta por indivíduos que se aproximam pela faixa etária, pelos sentimentos que produzem nos adultos de seu grupo social e pela esperança que despertam em si, por esperarem ‘coisas’ da vida que estão começando, e nos adultos, que depositam nessa faixa etária muitas expectativas, todas elas associadas às especificidades de cada grupo. Essa comunhão de sentimentos relacionada à infância não é comum na forma de se expressar, pois essa fase

da vida, que às vezes pensamos como universal, apresenta-se, ao mesmo tempo, plural e diversa, e provoca a leitura desses mesmos depoimentos sob um outro prisma, apreciando a diversidade ou as várias infâncias ali traduzidas (ZUCCHETTI; BERGAMASCHI, 1997, p. 216).

Sendo assim, pensar em infâncias é compreender que ser criança difere do ambiente e do período vivido, que é nas interações, nas experiências que a diversidade produz as infâncias, por isso, fala-se no plural. Por essa razão e considerando a construção do sistema de proteção social brasileiro, acredita-se que ser criança no Brasil apresenta diferenças que precisam ser consideradas.

No Brasil do século XX o significado social da infância compreendia o projeto de nação que o país esperava alcançar, assim sendo, a infância seria moldada conforme o que se almejava para a nação. Portanto, de um lado, tinha-se a criança que representava o futuro da nação, do outro, a criança que despertava o desconhecido desta forma, representava uma ameaça. Essa ambivalência em relação à criança torna-se predominante, e diante disso, tem-se a infância dividida em crianças que vivem com suas famílias, com acesso a cidadania, e o menor, representado pela criança pobre, abandonada e potencialmente perigosa (RIZZINI, 2011). A autora expõe que o Brasil apresenta duas formas de ser criança, apresentando, então, as infâncias brasileiras: a protegida e a não protegida.

Nesse cenário, destaca-se que a proteção social para as crianças também exhibe as suas definições. A Convenção sobre os Direitos das Crianças, assinada pelo Brasil, considera criança, no seu primeiro artigo, todo ser humano com menos de 18 anos de idade, salvo quando, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes (UNICEF, 1989). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescência como sendo o período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos, e a Juventude vai dos 15 aos 24 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado no Brasil no ano de 1990, dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, o qual designa que a criança é a pessoa até doze anos de idade incompletos, e o adolescente é aquela entre doze e dezoito anos, os quais irão gozar de todos os direitos inerentes à pessoa humana, sem sofrerem qualquer tipo de discriminação diante das suas singularidades (BRASIL, 1990). À vista disso, verifica-se que esses marcos da proteção social definem esse público a partir dos limites etários, de onde começa e acaba a criança, mas mesmo nessa definição, o que se visualiza é que não há consensos.

Logo, essa pesquisa não compreende esta fase apenas pelos limites etários, pelo reducionismo biológico, mas como um grupo que se constitui socialmente de acordo com as singularidades que vivencia.

Isto posto, espera-se que o Sistema de Proteção Social demonstre a atenção e o respeito para com a individualidade e a diversidade das infâncias, já que as crianças não são iguais e constituem-se de diferentes formas, em conformidade com o contexto sociocultural em que estão inseridas. Por isso a referência às infâncias no plural, e não à infância, no singular.

Já a discussão de Juventudes é realizada com base nas reflexões desenvolvidas por autores como Helena Abramo (2005), Machado Pais (2003) e Paulo Carrano (2003). Existem diferentes formas de falar em Juventude, sendo um tema debatido por vários autores, de maneiras diversas, tornando clara a dificuldade de escolher apenas uma definição para o que seja. Todavia, é inegável que a discussão sobre Juventude vai além dos termos judiciais, em geral, circunscritos a demarcações etárias e a reducionismos biológicos.

Por conseguinte, é comum a existência de diversas formas de viver e de compreender a juventude. Dentro desse debate apresentamos a Juventude enquanto estilo de vida, condição de vida, categoria etária e uma cultura que possui valores próprios.

Abramo (2005), em seus estudos sobre a temática, trabalha o conceito de juventude enquanto condição que constitui e atribui significados às práticas cotidianas, adquirindo, assim, sentido nas diferentes sociedades. Os jovens estão inseridos nos vários processos que fazem parte da dimensão da vida, como o trabalho, o lazer, a educação, as afetividades e sexualidades, os coletivos juvenis, entre outros, marcando a juventude como singular. Consiste em algo que se explica pelos diferentes modos como são vividas, demonstrando que os jovens passam por possibilidades e dificuldades específicas.

Pais (2003) trabalha com diferentes correntes, sendo uma delas a corrente geracional, segundo a qual a juventude é uma categoria utilizada para definir um período de transição entre a fase de infância e a vida adulta, sendo considerada como uma categoria etária e como um período limitado pela idade. A juventude é compreendida como uma fase intermediária do ciclo de vida. Este mesmo autor conceitua a juventude, enquanto cultura juvenil, como “[...] o sistema de valores socialmente atribuído à juventude (tomada como conjunto referido a uma fase de vida), isto é, valores a que aderirão jovens de diferentes meios e condições sociais” (PAIS, 2003, p. 69).

Machado Pais (2003) apresenta ao debate experiências dos Jovens Portugueses, trabalhando a Juventude enquanto Cultura, ou seja, estilos que marcam gerações. Já Paulo Carrano (2003) compreende a Juventude enquanto estilo, em que desenvolvem um conjunto de práticas rotinizadas e particulares da identidade juvenil.

Para Carrano (2003, p. 115) “a juventude transformada em símbolo (evocação do anticonformismo, transgressão, procura do risco e do prazer, onipotência) é também um estilo

que ultrapassa as definições de idade”. Assim, o autor trabalha a juventude como um estilo de vida, em que os integrantes desse estilo possuem práticas comuns.

Tendo por alicerce as reflexões desenvolvidas por esses autores, compreende-se a juventude como uma construção social de determinado tempo histórico, podendo os jovens viverem esta fase da vida de diferentes modos, como protagonistas dos desvios, das inovações e das mudanças sociais de sua época. A juventude é diversa e heterogênea, devendo ser observada por diferentes ângulos, com vistas a entender sua complexidade. Portanto, não existe uma juventude, mas juventudes. Sendo assim, para não cair no reducionismo, considera-se, no decorrer dessa investigação: infâncias e juventudes⁴.

Para compreender o lugar ocupado pelas infâncias e juventudes no cenário da proteção social brasileira realiza-se um resgate histórico dessa construção desde o Brasil Império até os dias atuais. Para tanto, destaca-se a visão de autores como Irene Rizzini (2009), Vicente de Paulo Faleiros (2009), Irene Bulcão (2002), Reis *et al.* (2016), entre outros.

A legislação do Brasil Império que faz menção às infâncias está voltada para o recolhimento de crianças órfãs e abandonadas, com destaque para a presença da Roda dos Expostos, tida como uma das primeiras medidas de proteção à infância. Logo, as medidas dessa época, voltadas para as infâncias, eram de caráter assistencial, lideradas pela iniciativa privada de cunho religioso e caritativo (RIZZINI, 2009).

Já segundo Faleiros (2009), os pressupostos que norteavam as políticas para as infâncias pobres na conjuntura da Proclamação da República são de omissão, repressão e paternalismo, decorrentes da visão liberal, que não aceitava a promulgação de uma legislação social, e da correlação de forças entre o bloco oligárquico e o exportador. Para os autores apresentados por Faleiros (2009) em sua discussão, não há uma legislação que proteja a infância brasileira, uma vez que não é possível considerar a roda dos expostos como uma lei. O que se tem nesse período é a omissão da ação do Estado, que enaltece e financia as ações de iniciativa privada voltadas para esse público.

Nesse contexto político adverso as legislações sociais para a infância figuram como ações pontuais, tal como a criação de escolas, das Santas Casas, de asilos, numa articulação entre o público e o privado, sem instrumental jurídico para proteção da infância, em que as principais estratégias estavam voltadas para as instituições asilares e para o controle moral e

⁴ Neste trabalho, opta-se pela utilização dos termos infâncias e juventudes, pois entende-se que esse público deve ser visto para além da questão etária, cronológica, mas como uma construção social plural e diversa. Além disso, o cuidado com esse público no CAPSi pode se estender para além da idade prevista, conforme avaliação da equipe.

social desse público, prevalecendo as práticas repressivas e segregadoras. As políticas para as infâncias têm implicado numa interação entre o público e o privado, com troca de recursos, pessoas e serviços, em que atores públicos tinham causas privadas e atores privados se adentravam na esfera pública para defender seu interesse privado (FALEIROS, 2009).

Nesse cenário, o Brasil passa a se interessar pelo debate sobre a deficiência mental da criança com a inauguração, em 1903, de um Pavilhão, no Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, destinado às crianças com doenças mentais, que até então compartilhavam o mesmo espaço com os adultos. Assim, diante do cenário de uma infância desassistida, cria-se, em 1919, o Departamento da Criança do Brasil, um programa social e filantrópico destinado a atuar nas lacunas existentes na proteção à infância (REIS *et al.*, 2016).

Assim, a Saúde Mental infantojuvenil brasileira alicerça-se nas ideias de controle moral e social, evidenciadas com a disseminação dos pensamentos higienistas pelo país, durante o período da república velha, com a criação, em 1923, da Liga Brasileira de Higiene Mental⁵, a qual tem por objetivo, entre outros, prevenir os transtornos mentais antes que estes cheguem até os hospitais. A partir disso as famílias passam a ser orientadas de maneira a ajustar os indivíduos ao meio, e a atenção dada pelos médicos tinha um caráter disciplinador moral e social, pois a abordagem dos transtornos mentais infantojuvenis permanecia ligada ao tema da deficiência e da delinquência (REIS *et al.*, 2016).

Contudo, a preocupação dos higienistas encontra eco nas ações jurídicas, assim, passam a figurar como os articuladores em torno das políticas para a infância, encaminhando estratégias de controle da raça e da ordem, ressaltando o caráter repressivo e moralista. Essa articulação culmina na aprovação do primeiro código de menores, em 1927, o Código Mello de Mattos, Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927 (FALEIROS, 2009; REIS *et al.*, 2016). O referido Código incorporou tanto a visão higienista, a partir do trinômio assistência-prevenção-proteção, como a visão jurídica ao, na prática, ser utilizado para fins punitivos e corretivos em busca da moralidade (SCHEINVAR, 2002).

A elaboração do Código de Menores de 1927 abriu espaço para a discussão das infâncias desiguais, segundo Irene Bulcão (2002), ressaltando que ora o foco dos debates estava sobre a defesa da criança, que deve ser protegida, ora sobre a defesa da sociedade contra essa criança, que deve ser disciplinada e vigiada. Assim, surgem duas passagens paralelas, segundo a autora: uma que diz respeito à criança abandonada, pobre e desassistida, e outra que vê a criança como

⁵ A Liga Brasileira de Higiene Mental surge como um programa de intervenção social, um movimento de higiene mental, com características eugenistas, racistas, liberais e xenofóbicas, com uma ação rigorosa de controle social com a finalidade de evitar o desajustamento mental (AMARANTE, 2014).

delinquente. Esse é um processo que vai culminar na promulgação do Código de Menores de 1927, pois nele se notam duas infâncias diferentes e desiguais: na primeira, definida pelo termo menor, associa-se as crianças pobres, abandonadas, delinquentes e institucionalizadas; e a segunda, associada ao conceito de criança, em que se enquadra as crianças ligadas à família e à escola, que não precisam de atenção especial.

No que diz respeito à infância e à juventude que demandam assistência em saúde mental, o Código de Menores vai abordar esse assunto no capítulo VI, nas medidas aplicáveis aos menores abandonados, ao ordenar tratamento especial para os que sofrem de qualquer doença física ou mental; e no capítulo VII, que trata dos menores delinquentes, no qual afirma que se o menor que cometeu delito sofrer de alienação ou deficiência mental, este deve ser submetido a tratamento apropriado. No entanto, a lei não especifica o responsável e o local onde esse tratamento deveria acontecer, porém, em seu artigo 147, determina que ao juiz de menores compete inquirir e examinar o estado físico, mental e moral dos menores, ordenando as medidas concernentes ao tratamento, ao solicitar exame médico, psicológico e pedagógico do estado físico, mental e moral desse público (BRASIL, 1927).

Compreende-se, nesse contexto, que a questão da política para a infância se coloca como problema do menor, com os seguintes encaminhamentos, segundo Faleiros (2009): o abrigo e a disciplina, a assistência e a repressão. Portanto, é nítido que existiam infâncias desiguais, e as leis eram para essa população, inclusive para aqueles com transtorno mental. De modo que a intervenção do Estado, nesse período, não se caracterizou de forma a universalizar os direitos, pelo contrário, categorizou e excluiu, sem combater o clientelismo e o autoritarismo e privilegiando, mais uma vez, a articulação entre o setor público e o privado, quando a esfera policialesca do Estado passa a ser assumida pelas instituições filantrópicas dos higienistas e juristas, sem perder o caráter repressivo (FALEIROS, 2009).

Na Era Vargas, o governo estabeleceu, para os chamados “menor”, um sistema nacional que vai integrar o Estado e as instituições privadas. A ação do setor público será conduzida pelos seguintes órgãos: o Conselho Nacional de Serviço Social (1938), que é responsável por decidir sobre as subvenções as entidades privadas; o Serviço Nacional de Assistência a Menores – SAM (1941), cuja implantação tem mais a ver com a questão da ordem social do que com a assistência, em que as infâncias e juventudes eram internadas em estabelecimentos subsidiados pelo governo, em articulação entre o público e o privado; a Legião Brasileira de Assistência – LBA (1942), que se configura como uma estratégia de assistencialismo do governo, articulada com o setor privado; e o Departamento Nacional da Criança (1940), no qual predomina a orientação higienista, com campanhas educativas voltadas para a preservação da raça,

assinalando que a reprodução humana pertence à coletividade social, conseqüentemente, governos e instituições devem voltar sua atenção para a maternidade e a infância. Assim, no governo Vargas a política da infância, denominada "política do menor", articula repressão, assistência e defesa da raça, e terá profunda influência na trajetória das crianças e adolescentes pobres do Brasil (FALEIROS, 2009).

Sob tais circunstâncias, principalmente com a influência do Departamento Nacional da Criança, foram criados alguns serviços de atenção à saúde mental infantojuvenil, de caráter público e estatal, com destaque para a atuação do Hospital Psiquiátrico do Junquery, em São Paulo (REIS *et al.*, 2016).

Nos períodos históricos que se seguem destaca-se a extinção do Serviço Nacional de Assistência a Menores (SAM), devido às condições desumanas de superlotação, falta de cuidados, a ineficiência no cumprimento de seus objetivos, entre outros. A extinção do SAM leva a uma articulação para a criação da Fundação Nacional do Bem-estar do Menor (Funabem), em 1964, que nasce alicerçada no apoio da Ação Social Arquidiocesana (ASA), cuja articulação com as entidades privadas está garantida na própria lei que a rege, devendo ser uma estratégia educativa e integrativa voltada para a família. No entanto, com a Ditadura Militar os propósitos se revertem e a Funabem se molda aos princípios autoritários. Nesse contexto, a Política Nacional de Bem-estar do Menor começa a se estruturar, de cima para e baixo, com a expansão das Fundações Estaduais de Bem-estar do Menor (Febem), e, com isso, define-se o chamado "sistema", que é como eram denominadas as políticas voltadas para a infância, com seu conjunto de mecanismos de repressão, controle social e político (FALEIROS, 2009).

Destaca-se que esse sistema privilegiava a relação entre menor e instituição, demonstrando pouca alteração na estrutura que penaliza as crianças e os jovens pobres com o seu conjunto de mecanismos de repressão, controle social e político (FALEIROS, 2009).

Em 1979, é promulgado o novo código de menores, que adota a doutrina da situação irregular, definida como a situação de privação de condições essenciais por omissão ou ação dos responsáveis; por ser vítima de maus-tratos ou encontrar-se em atividade contrária aos bons costumes; por desvio de conduta ou autoria de infração penal. Tal Código potencializa as práticas anteriores da Funabem e penaliza a situação da infância e juventude brasileiras (FALEIROS, 2009).

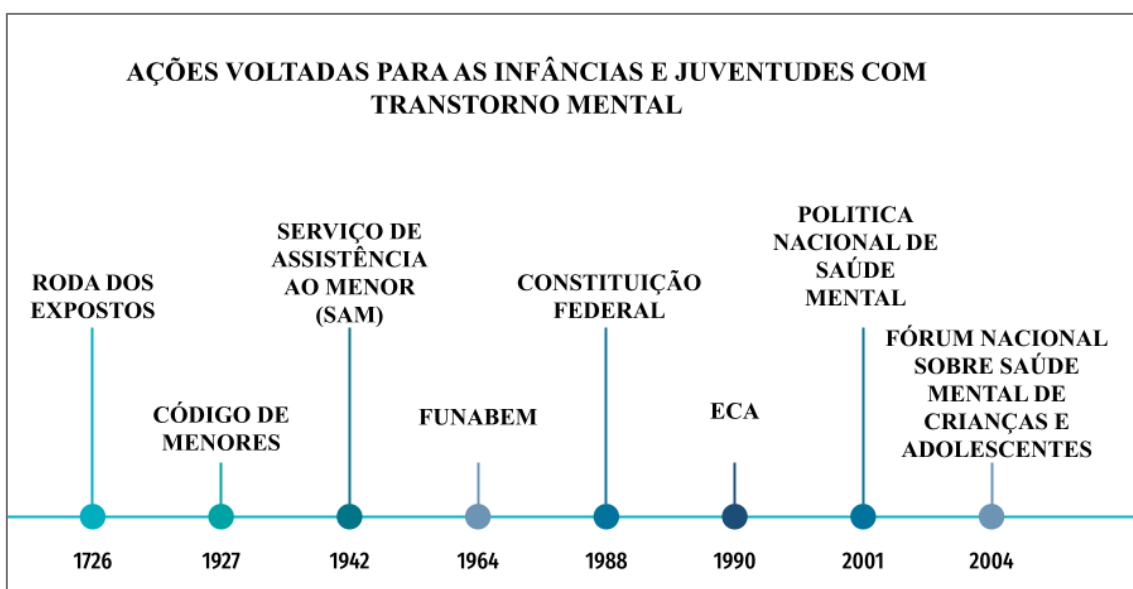
No campo da saúde mental infantojuvenil as ações pouco se alteraram. Sobressai-se, neste contexto, a criação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apaes), uma instituição filantrópica cujo objetivo consiste em promover a atenção integral à pessoa com deficiência (REIS *et al.*, 2016). Diante disso, o Sistema Brasileiro de Proteção Social, no que se

refere à atenção as infâncias e juventudes com transtorno mental, mostrou-se deficitário e ausente, delegando a proteção desse público para as instituições filantrópicas.

Todavia, os primeiros passos para a superação dessa conjuntura iniciaram no final da década de 1970 do século XX, em um contexto de efervescência política no país, de lutas, de conquistas sociais e democráticas, em que se destacam os movimentos em prol da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, e a luta pelo reconhecimento dos direitos das infâncias e juventudes com o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua.

Com esses marcos do contexto de redemocratização do Brasil e a compreensão de infâncias e juventudes inicia-se um esforço para superar a lacuna assistencial na proteção social dirigida a este público, especialmente, para aqueles com transtorno mental. A fim de visualizar melhor, apresenta-se a linha do tempo esquematizada na Figura 1 abaixo, explicitando um breve histórico relacionado às ações públicas que integravam o Sistema de Proteção Social para infâncias e juventudes com transtorno mental.

Figura 1 – Linha do Tempo das ações voltadas para infâncias e juventudes com transtorno mental no Brasil



Fonte: Sistematização da autora (2023).

Ao longo dessa trajetória, verifica-se que até aqui figurou a (des)assistência do Estado para com esse público, que contou com assistência de iniciativas privadas e/ou filantrópicas, com atuação pontual, focalizada e fragmentada do poder público no cuidado das infâncias e juventudes, sobretudo com ações na perspectiva de criminalização da pobreza infantil e a institucionalização do cuidado, o que acabava por gerar exclusão e falta de assistência (BRASIL, 2005). Contudo, reitera-se que a intervenção estatal tanto pode acontecer pela ação

concreta como pela omissão, com o incentivo à iniciativa privada. O fato é que essas situações, são perceptíveis no cenário brasileiro e geram consequências nas realidades dos sujeitos.

Dessa forma, concebe-se que as ações voltadas para as infâncias e juventudes com transtorno mental precisam pautar-se pela Reforma Sanitária, pelo Sistema Único de Saúde, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, por meio do Sistema de Garantia de Direitos, e pela Reforma Psiquiátrica, com a implantação de uma política de saúde mental exclusivamente voltada para o público infantojuvenil, pois essas são conquistas que colocam em evidência os direitos desse público, configurando, assim, um avanço concreto nessa trajetória.

2.3 Caminhos na perspectiva do direito: conquistas para as infâncias e juventudes com transtorno mental após 1988

2.3.1 A Reforma Sanitária e a construção do SUS

Concebe-se que uma das conquistas significativas na construção de um sistema de Proteção social para as infâncias e juventudes com transtorno mental é a idealização do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, para melhor adentrar nas argumentações acerca da Reforma Sanitária e do SUS, é visto como expressivo discorrer brevemente sobre os caminhos trilhados pela Política de Saúde no Brasil até os dias de hoje. Para tal, recorre-se a autores como Bertolli Filho (2000), Alencar Júnior (2019), Paim (2014), Bravo (2008) e Bravo, Pelaez e Meneses (2020).

Posto isto, identifica-se que a história da Saúde brasileira tem seu início no Brasil Colônia e Império, quando não havia serviços de saúde eficientes, os tratamentos eram baseados em purgantes e sangrias, os médicos eram raros e caros, e o país vivia imerso em epidemias (BERTOLLI FILHO, 2000). A organização sanitária brasileira mostrava-se, nesse período, incapaz de responder às epidemias e de garantir assistência à saúde de maneira igualitária. O que se tinha era cuidado médico para quem tinha recursos, e as Santas Casas de misericórdia, pela filantropia, para os indigentes (PAIM, 2014).

No início do século XX a saúde surge no Brasil como questão social, refletindo as problemáticas relacionadas à emergência do trabalho assalariado (BRAVO, 2008). Assim, na República Velha (1889-1930) tem-se o aumento acelerado da população urbana, e as oligarquias buscaram medidas para melhorar as condições sanitárias de pontos estratégicos para a economia nacional. Neste período sem a existência de um modelo sanitário e com o acometimento de doenças graves na população foram organizadas campanhas sanitárias de

vacinação para combater as epidemias urbanas (BERTOLLI FILHO, 2000), havendo, nesta época, um *não sistema de saúde* (grifo do autor), segundo Paim (2014), caracterizado pela omissão do poder público e pela separação entre saúde pública e assistência médico-hospitalar, cuja saúde era vista mais como caso de Polícia do que como questão social.

Nesse cenário ressalta-se a promulgação, em 1923, da Lei Eloi Chaves, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) – marco da Previdência Social no Brasil –, representando o início da assistência médica que se caracterizou por ser uma assistência previdenciária, cujos benefícios eram destinados a quem contribuía para a CAP ou para o IAP (dependendo do período). Já os que não contribuía para a previdência eram atendidos em hospitais filantrópicos e nas Santas Casas, pois o Estado se responsabilizava apenas pela vacinação e pelo isolamento das pessoas com doenças contagiosas ou perigosas para a sociedade (ALENCAR JÚNIOR, 2019).

A Saúde, no período de Redemocratização do país, entre os anos de 1945 a 1964, não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, bem como as elevadas taxas de mortalidade (BRAVO 2008). Esse período foi marcado pela divisão entre o Ministério da Saúde, criado em 1953, que tinha como missão cuidar da saúde pública e prestar serviços aos pobres, desempregados e trabalhadores informais; e a medicina previdenciária, cuja população continuaria sendo atendida pelos sistemas de saúde privado ou conveniados aos IAPs. Há uma pressão da medicina privada para que o Estado, em vez de assumir suas responsabilidades com a saúde da população, invista no setor privado como forma de melhorar a assistência à saúde do trabalhador (BERTOLLI FILHO, 2000).

Durante o Regime Militar o repasse ao Ministério da Saúde foi reduzido e sua atuação ficou restrita à elaboração de projetos e programas para serem executados por outros Ministérios (BERTOLLI FILHO, 2000). Em 1966, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram unificados e foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uma demonstração do declínio da saúde pública e do crescimento da medicina previdenciária. Compreende-se que na ditadura militar vigorou o modelo de privilegiamento do produto privado (BRAVO, 2008).

Paim (2014), diante desse contexto, expõe que desde o início do século XX o Brasil possui três subsistemas de saúde, sendo eles: a saúde pública, a medicina do trabalho e a medicina previdenciária; e ao lado deles, ainda se tem a medicina liberal, as instituições filantrópicas e a medicina popular. Porém, aqui se destaca a saúde pública conhecida como sanitarista campanhista, com suas ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, que segundo o autor, não se integrava com a medicina do trabalho, já que esta estava inserida

no Ministério do Trabalho, e nem com a medicina previdenciária implantada com os IAPS, depois com o INPS, os quais dispunham de ações curativas e individuais voltadas para os brasileiros vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada. Ressalta-se que para os demais brasileiros restavam as instituições filantrópicas ou pagar pelos serviços médicos, já que o direito à saúde não estava vinculado a cidadania.

De modo que a Saúde no Brasil, depois da Ditadura Militar, entra em crise, deixando a população sem atendimento médico e o país assolado por epidemias evitáveis (BERTOLLI FILHO, 2000). O governo passa a ter dificuldades de financiar a saúde via previdência (ALENCAR JÚNIOR, 2019). Em estudo realizado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social o sistema de saúde brasileiro da época era descrito como sendo insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente e ineficaz (PAIM, 2014). Diante dessa situação caótica, os movimentos sociais tomaram impulso, reivindicando soluções imediatas para os problemas. A partir daí surge o movimento sanitário, o qual era contrário ao modelo de saúde previdenciário e a ditadura militar. Assim, a Reforma Sanitária nasce da sociedade, e não de governos ou partidos (PAIM, 2014).

Em 1986 é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor de saúde, trazendo em suas bases os princípios de universalização, participação e descentralização e a integração orgânico-institucional, construindo, dessa forma, um conceito ampliado de saúde (BERTOLLI FILHO, 2000). Com essa Conferência a questão de saúde extrapola a questão setorial, referindo-se a toda a sociedade, indicando não só a criação do Sistema Único de Saúde, mas de uma Reforma na política de Saúde (BRAVO, 2008).

Assim, as principais propostas apresentadas pela Reforma Sanitária referem-se à universalização do acesso; à saúde vista como direito social e dever do Estado; à organização do setor através de um sistema único, apresentando um novo olhar para a saúde individual e coletiva; ao financiamento efetivo e à democratização do poder local pelos Conselhos de Saúde (BRAVO, 2008).

A análise da política de saúde nos anos de 1980 destaca a politização como o impulsionador que possibilitou a visibilidade e, conseqüentemente, a inclusão das propostas da Reforma Sanitária na agenda do governo (BRAVO, 2008). Em vista disso, grande parte das reivindicações do movimento sanitário foram incluídas na Constituição Brasileira, que destinou uma seção sobre saúde com os conceitos da VIII Conferência de Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo, assim, a saúde como um direito assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, organizado de forma

descentralizada, hierarquizada e com participação da população (VASCONCELOS; PASCHE, 2007). Consagra-se, desta forma, a saúde como política de proteção social, assim como a Previdência e a Assistência Social.

Após percorrer todo esse caminho, o Brasil dá início à consolidação do seu Sistema Único de Saúde (SUS), que ao ser criado pela Constituição Federal de 1988, é regulamentado pelas Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142, ambas sancionadas em 1990. Essa é a composição legal que estrutura o SUS, complementada pelas legislações estaduais e municipais. Há também as Normas Operacionais Básicas (NOBs), as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas) e as resoluções dos conselhos de saúde, que vão orientar a operacionalização do Sistema (ALENCAR JÚNIOR, 2019).

O SUS é o arranjo organizacional que dá suporte à efetivação da política de saúde brasileira e tem por objetivo coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo em todos os níveis de atenção (VASCONCELOS; PASCHE, 2007). Com esse sistema de saúde, a iniciativa privada passa a participar dos serviços de saúde em caráter complementar, mediante contrato ou convênio, demonstrando assim a hegemonia do Estado na condução da Política de Saúde.

O sistema, os serviços e as práticas de saúde passam por uma reorganização embasada nos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Os princípios doutrinários conferem legitimidade ao Sistema, sendo eles: a Universalidade, que a assegura a todos o acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios; a Integralidade, que é o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema; a Equidade, que garante a assistência à saúde em função da situação de risco, condições de vida e da saúde dos indivíduos (BRASIL, 1990).

Já os princípios organizativos vão dar racionalidade ao funcionamento do Sistema. São eles: a Descentralização, com ênfase na municipalização; a Regionalização e a Hierarquização, que juntos buscam a eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde através de assistência integral, contínua e de boa qualidade. Há, ainda, a Participação popular, que busca a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema, que é assegurado pela lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990).

O SUS é responsável pela oferta do conjunto da atenção à saúde que reúne as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No SUS o cuidado à saúde está ordenado em níveis de atenção, estruturação visando a uma melhor programação e

planejamento das ações e serviços de saúde, que são: a básica (primária) e a atenção especializada (serviços ambulatoriais especializados e serviços da rede hospitalar de média e alta complexidade) (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Nos municípios a prioridade seria ter a atenção básica operando em condições plenas, já que esta busca a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável, sempre levando em conta a singularidade, a complexidade, a integralidade e a inserção sociocultural do indivíduo (BRASIL, 2011). Com isso, identifica-se que o ano de 1990 foi o período em que mais se avançou na legislação para a construção do SUS.

Contudo, a operacionalização da Política de Saúde pensada pela Reforma Sanitária não ocorreu como previsto, pois inicia-se, nesse mesmo período, um processo de despolitização e de perda das forças progressivas, dando espaço às Políticas de Ajuste Neoliberal que, no Brasil, têm sido responsáveis pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, pelo desemprego estrutural, pelo desmonte e sucateamento das políticas de proteção social (BRAVO, 2008). Esse contexto evidencia as contradições e os tensionamentos entre projetos societários que enviam a política pública de saúde brasileira.

Então, apesar da Constituição e das Leis indicarem um Sistema de Único de Saúde como direito de todos e dever do Estado, o que se tem é a coexistência de outros sistemas que se encontram voltados para o mercado (PAIM, 20014). A Saúde, no contexto neoliberal, está vinculada ao mercado, com ênfase na redução de custos e nas parcerias com a sociedade civil. Desta forma, segundo Bravo, Peláez e Meneses (2020), três projetos tensionam a política de saúde no Brasil: o primeiro é o da reforma sanitária, no qual a saúde possui um caráter universal, concebida como um direito social de responsabilidade do Estado. O segundo é o projeto privatista, que se orienta pelo mercado e a exploração da doença como fonte de lucro. Já o terceiro é o da Reforma Sanitária flexibilizada, que é regulada por arranjos institucionais para a adequação da política de saúde às exigências da política macroeconômica, diminuindo a proposta inicial da reforma sanitária. Este último foi um projeto que se consolidou nos governos petistas.

Desta forma, o acirramento entre esses projetos societários demonstra o embate entre a lógica de caráter público e a lógica privatista. Tal embate condiz com o sistema capitalista em sua fase neoliberal, cujo aprofundamento do desmonte na política de saúde é percebido no desfinanciamento das políticas públicas e no incentivo a uma maior participação da gestão privada (BRAVO; PELAEZ; MENESES, 2020).

Com destaque para a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, no governo Temer, que congelou por vinte anos os investimentos em saúde e educação, a qual foi aprofundada no governo Bolsonaro, que deu continuidade ao desfinanciamento e às parcerias público-privadas, com a extinção do Programa Mais Médicos e a proposta de privatização da atenção básica (MATOS, 2021). Na conjuntura da pandemia do Coronavírus, diante das divergências para seu enfrentamento, o Brasil teve três ministros, cuja terceira gestão efetivou-se promovendo o negacionismo, a censura e o obscurantismo, o que agravou a pandemia no país. Contudo, a pandemia reforçou a importância de fortalecer o SUS em todas as suas áreas, pois este atendeu, cuidou e vacinou a população brasileira durante a crise sanitária (BRAVO; MENEZES, 2021).

Mesmo diante dessa conjuntura de desmonte e precarização, o SUS mantém suas inovações, as quais perduram até hoje, mesmo após a pandemia do coronavírus: como o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento dos determinantes sociais, a promoção da saúde, o acolhimento, a redução de danos, o enfoque no território e na intersetorialidade (PAIM, 2014). Além de cobertura vacinal e da assistência a milhares de pessoas na rede pública, entre outros.

Em suma, considerando as inovações e os desmontes, é necessário reconhecer as dificuldades que o SUS possui para sua efetivação e empenhar-se pela concretização dos seus princípios e diretrizes para que possa integrar, de maneira efetiva, um Sistema de Proteção Social para as infâncias e juventudes com transtorno mental.

2.3.2 O Estatuto da Criança e do Adolescente e o Sistema de Garantia de Direitos

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) origina-se como norma regulatória dos artigos 227 e 228 da Constituição Federal, os quais asseguram os direitos da infância e juventude. A incorporação dessas cláusulas constitucionais se constitui como a lei específica de proteção integral para este público (NOGUEIRA NETO, 2020).

A referida lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, que devem gozar de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, em que lhes devem ser asseguradas todas as oportunidades e facilidades a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e de dignidade. Os direitos enunciados no ECA devem ainda ser aplicados a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação, ficando sob a responsabilidade 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, garantindo, assim,

que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. Além disso, a lei garante que se deve levar em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento (BRASIL, 1990).

Ademais, o ECA apresenta em seu art. 86 a política de atendimento, que deverá acontecer através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, tendo em seu desenho, como princípios estruturantes, a integração das políticas sociais básicas e a intersetorialidade das ações, as quais necessitarão ser operacionalizadas por um Sistema (MONFREDINI, 2013).

Nesse sentido, objetivando efetivar a garantia dos direitos às infâncias e juventudes pela promoção e proteção disposta no ECA, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), por meio da Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006, elabora os parâmetros para institucionalização e definição das competências do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.

A Figura 2 abaixo apresenta uma representação desse Sistema de Garantia de Direitos, demonstrando como as diversas instituições se agregam no cuidado das infâncias e juventudes.

Figura 2 – Representação do Sistema de Garantia de Direitos



Fonte: Ministério Público do Estado do Paraná (2020).

Este Sistema busca promover, defender e controlar a efetivação dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, entre outros, em sua integralidade, tendo como beneficiário todas as crianças e os adolescentes, que deverão ser considerados como sujeitos de direitos e pessoas em condição singular de desenvolvimento, necessitando ser organizado em três eixos estratégicos de ação: defesa, promoção e controle da efetivação dos direitos humanos de crianças e adolescentes (CONANDA, 2006).

O primeiro eixo estruturante do Sistema de Garantia de Direitos é o da defesa, que tem por objetivo garantir acesso à justiça, assegurando em concreto a impositividade e exigibilidade dos direitos humanos de crianças e adolescentes. Esse eixo tem por espaços de operação as Varas da Infância e suas equipes, as Varas criminais especializadas, os Tribunais do júri, as comissões judiciais de adoção, as Promotorias de Justiça, os Centros de Apoio Operacional, as Procuradorias de Justiça, as Defensorias Públicas, a Advocacia Geral da União, os Conselhos Tutelares, entre outros (CONANDA, 2006).

O segundo eixo estruturante é o da promoção dos direitos, operacionalizado pelo desenvolvimento da política de atendimento da criança e do adolescente, expresso no artigo 86 do ECA. O desenvolvimento dessa política implica na satisfação das necessidades básicas de crianças e adolescentes; na participação da população, através de suas organizações representativas; na descentralização política e administrativa; e no controle social e institucional (interno e externo) da sua implementação e operacionalização. Este eixo situa-se no campo da formulação e operação de políticas, onde são criadas as condições materiais para que a liberdade, a integridade e a dignidade de crianças e adolescentes sejam respeitadas, e suas necessidades básicas atendidas (CONANDA, 2006).

Já o eixo do controle da efetivação dos direitos humanos de crianças e adolescentes zela pelo cumprimento dos preceitos previstos na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente, ao garantir o controle das ações públicas de promoção e defesa dos direitos humanos da criança e do adolescente através das instâncias públicas colegiadas próprias, em que se assegure a paridade da participação de órgãos governamentais e de entidades sociais, tais como: conselhos e fóruns dos direitos de crianças e adolescentes; conselhos setoriais de formulação e controle de políticas públicas; órgãos e poderes de controle interno e externo de fiscalização contábil, financeira e orçamentária. Os conselhos dos direitos da criança e do adolescente são deliberativos e devem acompanhar, avaliar e monitorar as ações públicas de promoção e defesa de direitos de crianças e adolescentes, deliberando previamente a respeito através de normas, recomendações e orientações (CONANDA, 2006).

Diante disso, apreende-se que a garantia de direitos é de responsabilidade de diversas instituições, que atuam de acordo com sua competência, buscando superar a fragmentação histórica, pois a concepção da organização do Sistema de Garantia de Direitos (SGD) é garantir, promover e efetivar os direitos articuladamente, conjugando as normativas legais, as políticas e as práticas. Logo, um princípio norteador da construção do SGD é sua transversalidade (BAPTISTA, 2012).

Portanto, a efetivação desses eixos, de maneira integrada e articulada, irá garantir às infâncias e às juventudes os seus direitos colocados em lei.

2.3.3 A Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental: percursos, avanços e desafios para o cuidado do segmento infantojuvenil

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se em 1978 com o objetivo de superar o hospital psiquiátrico, denunciando os abusos, maus-tratos e todas as irregularidades ocorridas nesses dispositivos. Dá-se origem, a partir daí, a um movimento representado pela luta das pessoas com transtorno mental, de seus familiares e dos trabalhadores da Saúde Mental por um serviço de saúde digno, que respeite as suas singularidades e lhes garanta a reinserção no convívio social (LEME, 2013).

Os conceitos e práticas no que concerne à reforma psiquiátrica são diversos, entre aqueles que o exercitam, e o que irá demarcar a distinção entre os diferentes entendimentos é a forma de conceber o conceito e a de compreender a desinstitucionalização (AMARANTE, 2016).

Amarante (2016) analisa a desinstitucionalização a partir de três noções: 1) a desinstitucionalização como desospitalização está voltada para objetivos administrativos e não para a transformação do caráter assistencial, dessa forma, os saberes e práticas tradicionais apenas seriam adequados a novos desígnios; 2) a desinstitucionalização como desassistência, na qual se dissemina a ideia de que os doentes seriam abandonados a sua própria sorte, como se as políticas de desinstitucionalização não significassem a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de assistência e cuidado; 3) a desinstitucionalização como desconstrução busca, justamente, a desconstrução da lógica manicomial, pois o intuito é construir uma nova maneira de olhar e cuidar da pessoa com transtorno mental, cujas práticas inovadoras possibilitem o convívio social e a integralidade. Portanto, a reforma psiquiátrica constitui-se num processo de transformação da sociedade.

Logo, compreende-a na perspectiva de um processo social complexo que se constitui no entrelace entre as dimensões teórico-conceitual, a qual oportuniza a reflexão sobre os conceitos fundamentais da psiquiatria; a técnico-assistencial, que se refere à organização dos novos dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, cuidado e sociabilidade; a jurídico-político, aqui se situa a base legal da Reforma Psiquiátrica; e a última, a sociocultural, dimensão tida como estratégica, ao levar o imaginário social a refletir sobre o tema loucura (AMARANTE, 2007).

Neste contexto de direitos encontra-se o direito à saúde mental, que neste estudo é uma categoria de análise definida por Paulo Amarante (2007) como um campo de conhecimento e atuação na saúde complexo, plural, intersetorial e com a transversalidade de saberes, não se restringindo à psicopatologia e à semiologia ou ao estudo e ao tratamento das doenças mentais.

A saúde mental infantojuvenil passa a figurar como algo recente no rol das Políticas Públicas, encontrando-se inserida na Política Nacional de Saúde Mental, conforme demonstrado no Quadro 3 a seguir, que apresenta como as infâncias e juventudes têm sido concebidas, priorizadas e tratadas no âmbito das Políticas Públicas de Saúde Mental vigentes.

Quadro 3 – Como as infâncias e juventudes têm sido concebidas, priorizadas e tratadas no âmbito das políticas públicas de saúde mental vigentes

Legislação	Ano	Objetivo	Como Aparece
Lei nº 10.216	2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.	Não faz menção à infância e à juventude.
Portaria nº 336	2002	Estabelece as modalidades de CAPS e sua equipe mínima.	Organização e recursos humanos do Caps i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes.
Lei nº 10.708	2003	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de internações.	Não faz menção à infância e à juventude.
Portaria nº 245	2005	Destina incentivo financeiro para implantação de CAPS.	R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para cada Caps i em fase de implantação.
Portaria nº 3.088	2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial – Raps.	I - Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); VI - Caps i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas.
Portaria nº 3.089	2011	Dispõe sobre o financiamento dos Caps – custeio.	Não há detalhamento de custeio fixo para Caps i – deve adequar-se às modalidades II e III.
Portaria nº 121	2012	Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção	II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil - destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos.

		residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.	
Portaria nº 130	2012	Redefine o Caps ad III e os incentivos financeiros.	Art. 3º O Caps ad III poderá atender a população infantojuvenil, desde que atendendo ao requisito pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
Portaria nº 132	2012	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).	Não faz menção à infância e à juventude.
Portaria nº 854	2012	Altera a tabela de procedimentos dos Caps.	Procedimentos que se adequam ao Caps i.
Portaria nº 1.966	2013	Altera o custeio dos Caps 24 horas (Caps III e Caps ad III).	-
Portaria nº 615	2013	Legislação da construção dos Caps e das Unidades de Acolhimento (UA).	Investimentos financeiros para construções de Caps i e UAs i.
Portaria nº 2.495	2013	1ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para construção de Centros de Atenção Psicossocial (Caps ad III) e Unidades de Acolhimento (UA).	28 UAs i.
Portaria nº 3.168	2013	2ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para construção de Centros de Atenção Psicossocial (Caps ad III) e Unidades de Acolhimento (UA).	Não há referência à saúde mental da infância e juventude.
Portaria nº 3.402	2013	Divulga a lista do processo de seleção de propostas apresentadas para a construção de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) nos municípios pela Unidade Federativa Estadual com recursos de Emendas Parlamentares.	Não há referência à saúde mental da infância e juventude.
Portaria nº 2.840	2014	Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção	Não há referência à saúde mental da infância e juventude.

		Psicossocial (Raps), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.	
Portaria nº 2.939	2016	Publica propostas de construção de Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e Unidade de Acolhimento (UA), canceladas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial – Raps.	Não há referência à saúde mental da infância e juventude.
Portaria de Consolidação MS/GM nº 1	2017	Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.	Não há referência à saúde mental da infância e juventude.
Portaria de Consolidação MS/GM nº 2	2017	Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.	Capítulo II: Do Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes - Portaria MS/GM nº 1.608/2004.
Portaria de Consolidação MS/GM nº 3	2017	Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.	Portaria nº 3.088/2011; Portaria nº 336/2002; Portaria nº 130/2012; Portaria nº 121/2012; Portaria nº 3.588/2017.
Portaria de Consolidação MS/GM nº 4	2017	Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.	Não há referência à saúde mental da infância e juventude.
Portaria de Consolidação MS/GM nº 5	2017	Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.	Não há referência à saúde mental da infância e juventude.
Portaria de Consolidação MS/GM nº 6	2017	Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.	Portaria nº 245/2005; Portaria nº 3.089/2011; Portaria nº 615/2013; Portaria nº 130/2012; Portaria nº 12/2012; Portaria nº 3.588/2017.
Portaria nº 3.588	2017	Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção	§ 1º O Caps ad IV poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente;

		Psicossocial, e dá outras providências: Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (Caps ad IV).	§ 2º Nos casos em que se destinar a atender crianças e adolescentes, o Caps ad IV deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente.
Portaria nº 2.663	2017	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas.	Incentivo financeiro para Caps i.
Resolução nº 32	2017	Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).	Habilitar e incentivar todos os serviços da Raps: Caps i e UAi.
Portaria Interministerial nº 2	2017	Institui o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade.	Não há referência à saúde mental da infância e juventude.
Resolução CIT nº 35	2018	Estabelece prazo para manifestação dos gestores que receberam recursos de implantação de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade e não implantaram e efetivaram o seu funcionamento.	Não há referência à saúde mental da infância e juventude.
Resolução CIT nº 36	2018	Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e define a suspensão da transferência dos recursos de custeio referentes às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que	Não há referência à saúde mental da infância e juventude.

		não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde.	
Resolução Conad nº 1	2018	Aprovar as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (Pnad), programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal.	Criança e adolescente como público-alvo da Pnad.
Portaria GM/MS nº 1.315	2018	Habilita Estados a receberem incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para a Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.	-
Edital de Credenciamento Senad nº 1	2018	O presente Edital tem por objeto o credenciamento de entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizem o acolhimento exclusivamente voluntário, em regime residencial transitório, de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.	Acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas (CT).
Portaria SAS/MS nº 544	2018	Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (Caps ad IV), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) e dá outras providências.	-
Portaria GM/MS nº 2.434	2018	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017,	

		para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.	-
Portaria GM/MS nº 3.449	2018	Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas.	-
Portaria GM/MS nº 3.659	2018	Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral integrante da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.	Suspensão de recurso para 4 Caps infantil e 14 Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAs i).
Portaria GM/MS nº 3.718	2018	Publica lista de estados e municípios que receberam recursos referentes à parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes.	37 Unidades de Acolhimento Infanto juvenil (UAi).
Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS	2019	Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas	Deve-se colocar como exemplo o caso de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas. Vale ressaltar que não há qualquer impedimento legal para a

		Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.	internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência. No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes.
Decreto nº 9.761	2019	Aprova a Política Nacional de Drogas.	Reconhecer a necessidade de tratar o tabagismo, o uso de álcool e de outras drogas também como um problema concernente à infância, à adolescência e à juventude, de modo a evitar o início do uso, além da assistência àqueles em uso dessas substâncias.
Lei nº 13.819	2019	Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.	Solicita que nos casos que envolverem criança ou adolescente o conselho tutelar deverá receber a notificação.
Lei nº 13.840	2019	Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências.	Plano Individual de Atendimento para crianças e adolescentes.
Decreto nº 10.225	2020	Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.	O conselho tutelar comunicará à autoridade sanitária competente as notificações recebidas sobre suspeita e confirmação de violência autoprovocada.
Portaria GM/MS nº 596	2022	Susta o Programa e o Incentivo Financeiro de Custeio Mensal para o Programa de Desinstitucionalização Integrante do	Desfinanciamento da Política de Saúde Mental.

		Componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).	
Decreto nº 11.098	2022	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança.	A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS ficam subordinadas à Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Sistematização da autora com base nos documentos do Ministério da Saúde e do Ministério da Cidadania (2023).

A Política Nacional de Saúde Mental é concretizada em 2001, após a aprovação da Lei Federal nº 10.216, que redireciona a assistência neste campo, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, denominados de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os quais devem ofertar atendimento diário às pessoas com transtornos mentais graves, severos e persistentes, realizando o acompanhamento e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso às diversas políticas públicas e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2001).

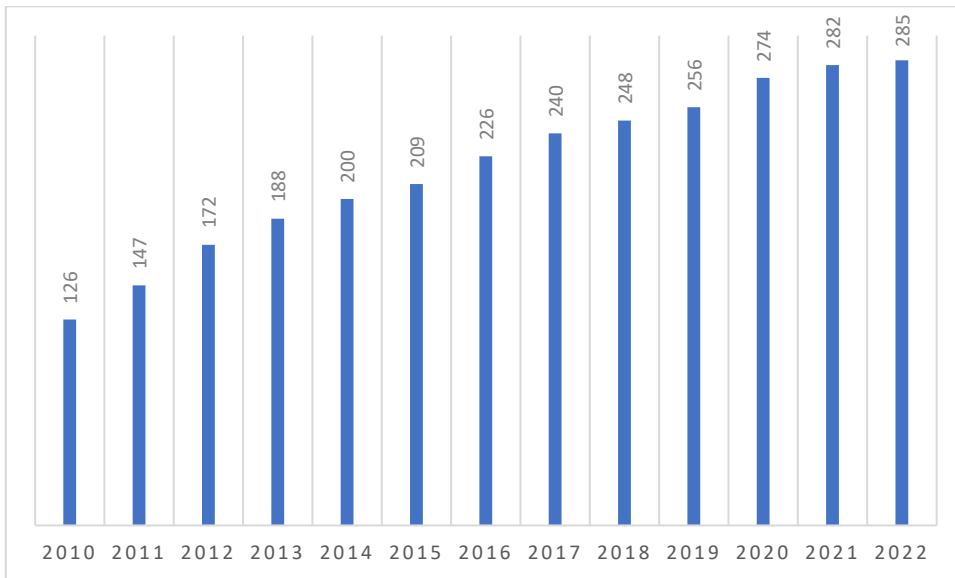
No âmbito dessa Política Nacional, conforme representado no Quadro 2 elaborado mediante a realização de pesquisa nos *sites* dos Ministérios da Saúde e da Cidadania, e no portal das legislações do Planalto Federal, existem portarias, decretos, resoluções que subsidiam e regulamentam essa Política Pública. Dentro, têm-se os documentos que se referem ao cuidado com as infâncias e juventudes, como os que estabelecem as modalidades de Caps, os recursos financeiros, a organização da rede de atenção psicossocial, entre outros, como pode ser visualizado acima. Porém, chama-se a atenção para o fato que os documentos que direcionam os cuidados com as infâncias e juventudes não são maioria. Ressalta-se que algumas dessas normas, em 2019, foram incluídas nas Portarias de Consolidação MS/GM nº 2, nº 3 e nº 6, as quais consolidaram normatizações anteriores que direcionam o financiamento e o funcionamento dos serviços disponibilizados para o atendimento específico das infâncias e juventudes com transtorno mental.

Especificamente neste panorama das legislações que estruturam o cuidado com as infâncias e juventudes, tem-se os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), que são os dispositivos designados ao cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental grave e severo, responsável pela implementação do cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil, ao atuar como elemento estratégico na articulação e no apoio de uma rede ampliada, que inclui não só a Saúde, mas a Educação, a Assistência Social, a Justiça, entre outras áreas, no cuidado das infâncias e juventudes (REIS *et al.*, 2016).

O Gráfico 1 abaixo demonstra a quantidade de Capsi no Brasil desde o ano de 2010. Percebe-se que há uma certa estabilidade no número de serviços habilitados⁶, pois, na análise de ano a ano, não se visualiza uma alta considerável no quantitativo desses dispositivos.

⁶ É o ato de o Gestor Federal do SUS autorizar um estabelecimento de saúde já credenciado ou contratado junto ao gestor local de saúde a realizar procedimentos constantes na tabela SUS de acordo com os requisitos em legislação específica (BRASIL, 2018).

Gráfico 1 – Caps infantojuvenil habilitados no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde - Setembro de 2022.

O Brasil, conforme demonstrado na Figura 3 a seguir, conta com 285 Capsi habilitados pelo Ministério da Saúde até setembro de 2022, para uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, de 215.687.507 habitantes.

Figura 3 – Mapa do Brasil



Legenda

- Limite de Estado
- Limite do País
- Capital de Estado
- ★ Capital de País

Região

- | | |
|--|--|
| Norte | Sul |
| Nordeste | Centro-Oeste |
| Sudeste | |

www.ibge.gov.br 0800 721 8181



Fonte: IBGE (2022).

Nessa totalidade, destaca-se que os Estados do Acre, Roraima e Tocantins não possuem esse tipo de serviço habilitado (BRASIL, 2022). Esse cenário evidencia, assim, a necessidade

de investir na criação, habilitação, ampliação e regionalização desses dispositivos para o atendimento integral desse segmento da população.

Os Capsi compõem a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que figura, também, como um marco importante para a Política de Saúde Mental Infantojuvenil brasileira, já que tem por finalidade criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A Raps tem, entre seus objetivos: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, além de promover cuidados em saúde, especialmente junto a grupos mais vulneráveis, incluídos nesta definição, especialmente, as infâncias e juventudes (BRASIL, 2011).

Além do Capsi, a Raps dispõe de outros pontos de atenção que atuam no cuidado com o público infantojuvenil, dentre eles, tem-se: as unidades básicas de saúde, com seu papel estratégico e territorial de promoção de saúde mental para a infância e juventude; as equipes de consultório na rua, que são constituídas por profissionais que atuam de forma itinerante, na oferta de cuidados de saúde para a população em situação de rua; os centros de convivência e cultura, que podem proporcionar à infância e juventude espaços de socialização; as unidades de acolhimento, as quais oferecem cuidado para a infância e a juventude com questões referentes ao uso de álcool e outras drogas; e os pontos de atenção às urgências para cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Ademais, os serviços da Raps dispõem de uma tabela de procedimentos, descritas na Portaria nº 845/2012, sendo eles: o acolhimento diurno; o atendimento individual, em grupo, familiar e domiciliar; prática corporal; prática expressiva; atenção às situações de crise; ações de reabilitação psicossocial; promoção de contratualidade no território; matriciamento das equipes de atenção básica; fortalecimento do protagonismo; ações de articulação de redes intra e intersetoriais, entre outros.

Cabe acentuar que essas ações apresentadas na Portaria nº 854/2012, entre outras circunstâncias, devem proporcionar acolhimento, escuta e cuidados que possibilitem visualizar as infâncias e juventudes como seres integrais. Para isso, necessitam favorecer a construção de

uma rede de cuidados intersetorial que leve em consideração as necessidades e singularidades desse público.

Nesse cenário, constitui-se o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, que pondera sobre a necessidade de ampliar a cobertura assistencial para este público, baseando-se nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, tendo por finalidade construir, coletiva e intersetorialmente, as bases, os princípios e as diretrizes de uma política pública de saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2004). Ressalta-se que a última reunião do Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes ocorreu no ano de 2012, e em dezembro de 2020 houve uma proposta para sua revogação, apresentada por integrantes do governo federal durante a reunião do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass). No entanto, não há registro do andamento da proposta. Contudo, as bases deste Fórum continuam em vigência na Portaria de Consolidação MS/GM nº 2, de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

O documento intitulado Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, do Ministério da Saúde, define os princípios para os cuidados exigidos por esse tipo de demanda e de população. O primeiro princípio aponta para a necessidade de olhar a criança ou o adolescente como um sujeito de direitos, que necessita ser ouvido em seu sofrimento; o segundo é o acolhimento universal; o terceiro é a construção da rede para o atendimento das demandas singulares e específicas de cada sujeito; o quarto princípio é a noção de território como um lugar dinâmico e singular; e o quinto princípio é a intersetorialidade entre os setores na construção de estratégias de cuidado compartilhado (BRASIL, 2005). Logo, este documento delineia diretrizes operacionais para os serviços de saúde para a infância e a juventude de acordo com as necessidades próprias desses segmentos.

O Conselho Nacional do Ministério Público apresentou, no ano de 2014, a Cartilha nomeada de Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos, documento que convoca para um alinhamento de conceitos e parcerias entre profissionais de saúde e do campo da defesa de direitos, de forma a garantir a essa população o acesso aos serviços e às ações de saúde e de saúde mental no SUS, reforçando a responsabilidade de todas as esferas de gestão desse sistema com a formulação de estratégias que garantam o atendimento integral de saúde às crianças e aos adolescentes (BRASIL, 2014).

Desta forma, os documentos apresentados ratificam a importância do cuidado integral em saúde mental infantojuvenil, o qual tem se mostrado como um desafio ao campo de saúde mental, pois exige a superação da fragmentação de ações baseadas num paradigma reducionista,

que limita o cuidado em saúde mental infantojuvenil a diagnóstico dos transtornos mentais, às internações decorrentes de processos judiciais e à invisibilidade do sofrimento das crianças e adolescentes (TANÔ; MATSUKURA, 2015).

Além desses documentos, destaca-se a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM). O Brasil realizou quatro Conferências, nos anos de 1987, 1992, 2001 e 2010, respectivamente, em que o tema da saúde mental infantojuvenil apareceu, de alguma forma, conforme demonstrado no Quadro 4 a seguir.

Quadro 4 – Saúde mental infantojuvenil nas Conferências Nacionais de Saúde Mental

Conferências	Ano	Tema	Como Aparece
I CNSM	1987	I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental.	Solicitação que se adotem normas legais que limitem a internação psiquiátrica de menores e a mantenha sob controle.
II CNSM	1992	A reestruturação da Saúde Mental no Brasil.	Criar, no Ministério da Saúde, uma Comissão de Proteção dos Direitos de Cidadania da Criança e do Adolescente portadores de sofrimento mental, tendo como base o Estatuto da Criança e do Adolescente.
III CNSM	2001	“Cuidar, sim. Excluir, não.”	A elaboração e execução de ações no campo da Saúde Mental infantojuvenil devem compor, obrigatoriamente, as políticas públicas de saúde mental, respeitando as diretrizes do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios do ECA. Estas políticas devem ser intersetoriais e inclusivas.
IV CNSM	2010	Intersetorial	2.8 - Saúde mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade (p. 92).

Fonte: Sistematização da autora com base nos documentos do Conselho Nacional de Saúde (2023).

A I CNSM solicita medidas acerca da internação psiquiátrica das infâncias e das juventudes; já a II CNSM cria uma Comissão de Proteção dos Direitos de Cidadania da Criança e do Adolescente em sofrimento mental, no âmbito do Ministério da Saúde. A III CNSM, que teve por tema “Cuidar, sim. Excluir, não”, orientou que as ações de Saúde Mental infantojuvenil devem compor as políticas públicas de saúde mental; e a IV e última CNSM foi uma Conferência intersetorial que direcionou o cuidado para as infâncias e juventudes com transtorno mental de maneira integral e intersetorial.

Por fim, acentua-se que a IV Conferência foi a última em Saúde Mental, e muitos dos desafios nela levantados ainda não foram solucionados, além de outros que se aprofundaram, como a questão do financiamento.

E com um intervalo de mais de dez anos, está sendo organizada a V Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual tem como tema “A Política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS”, e como eixo principal “Fortalecer e garantir Políticas Públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos”. A V CNSM estava prevista para acontecer em 2022, no entanto, devido à Pandemia da COVID-19 e suas variantes, foi adiada para maio de 2023. No período que antecede a Conferência Nacional, os municípios e estados realizaram suas conferências, elegendo os representantes que devem participar da Conferência Nacional. Destaca-se que no Piauí as etapas para a Nacional encerraram em junho de 2022.

A V CNSM é organizada em um cenário de disputa entre projeto antimanicomial e projeto manicomial, que tem agravado o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental. Nesse cenário, aponta-se a Portaria GM/MS nº 3.588/2017, consolidada na Portaria nº 3/2017, que gerou mudanças na contramão dos avanços da Reforma Psiquiátrica, com os seguintes destaques ambulatorialização do cuidado, voltado para a prescrição medicamentosa em detrimento à lógica do cuidado no território, alicerçada no acolhimento e no vínculo; remanicomialização da saúde mental com um forte investimento nos manicômios, em avaria ao repasse dos serviços de Caps; utilização de até 20% da capacidade dos leitos em hospital geral para alas psiquiátricas, multiplicando internações, com menos investimentos na reabilitação psicossocial; e ampliação de aporte financeiro das comunidades terapêuticas, de 4.000 para 20.000 vagas (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Essa circunstância exhibe a ênfase, por parte do governo Federal, do projeto manicomial, ao investir em dispositivos segregadores, voltados para a prática de centralização na doença, em desfavor da lógica antimanicomial.

Enfatiza-se, nessa conjuntura, a Nota Técnica de nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019, do Ministério da Saúde, a qual dá continuidade aos desmontes anteriores, ao legitimar as Comunidades Terapêuticas (CTs), descaracterizar os Caps como serviços substitutivos e resgatar, entre outras situações, a internação de crianças e de adolescentes em hospitais psiquiátricos como alternativa assistencial:

Vale ressaltar que não há nenhum impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência. No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes (BRASIL, 2019, p. 24).

Isso fere o princípio da desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica e os direitos conquistados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além desse, tem-se a Portaria 596/2022, que susta o Programa e o Incentivo Financeiro de Custeio Mensal para o Programa de Desinstitucionalização Integrante do Componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). A extinção do financiamento desse componente importante da Raps coincide com o lançamento do Edital de Chamamento Público nº 3/2022, do Ministério da Cidadania, com o intuito de selecionar Organizações da Sociedade Civil (OSC) que prestem atendimento como hospital psiquiátrico. Tem-se um desfinanciamento do serviço público para o financiamento de instituições privadas totalitárias, descaracterizando os princípios da reforma psiquiátrica que se voltam para o cuidado em liberdade. E para finalizar a exemplificação da desconstrução vivenciada pela Política de Saúde Mental, no atual cenário, registra-se a extinção da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que aconteceu por meio do Decreto nº 11.098, o qual remaneja os cargos e a saúde mental deixa de existir na estrutura organizacional do Ministério da Saúde, ficando subordinada à Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Tal fato revela-se como uma incongruência, uma vez que a atenção básica é um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

Nesse contexto de desmontes, apreende-se, ainda, com o que está exposto no Quadro 2, o direcionamento do governo, entre os anos de 2019 e 2022, para as legislações propostas ao uso/abuso de álcool e outras drogas e ao suicídio. Não se verifica formulações destinadas à dimensão ampla da Saúde Mental, quiçá, à saúde mental infantojuvenil, com incentivos e investimentos para a ampliação dos serviços assistenciais e não hospitalares.

Com isso, nota-se a disputa entre projetos antagônicos dentro da Política de Saúde Mental. De um lado, o projeto antimanicomial, o qual privilegia o cuidado no território, o Caps,

a redução de dados; e do outro, o projeto manicomial, em que prevalece o financiamento ao setor privado, às comunidades terapêuticas, a exclusão. Tal embate aponta para o conflito de interesses dentro da Política de Saúde Mental, em que se apresenta o desmonte do que foi construído pela Reforma Psiquiátrica, com vantagens para o setor privado.

Entretanto, esses desmontes não devem ser vistos como um caminho inevitável, pois traça-se a história a partir das contradições e conflitos que tornam os movimentos de superação possíveis. Evidencia-se, nesse momento, a existência do Projeto de Lei nº 760/22, de autoria da deputada Jaqueline Cassol, que institui o Programa de Suporte à Saúde Mental na Era Digital (Prossmed), com o objetivo de destinar recursos para ações, inclusive em caráter preventivo, para promoção de cuidados à saúde mental de jovens e adolescentes afetados pelo uso de redes sociais e tecnologias da informação (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2022). Tal projeto encontra-se tramitando na Câmara dos Deputados Federal, sendo analisado pela comissão de Seguridade Social e Família.

Além do mais, as conquistas também são derivadas da participação popular, o que pode ser acompanhado na realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental, espaços democráticos que possibilitam discutir a situação da saúde mental e propor diretrizes que favoreçam a formulação da política de saúde mental em cada nível de governo. Conseqüentemente, espera-se que a CNSM de 2023 traga direcionamentos para a concretização da Política de Saúde Mental infantojuvenil, tendo a temática da intersetorialidade como central nas elaborações, transformando a Saúde Mental em prioridade na agenda do Estado, para que se possa realizar pactuações que concorram para a consolidação do Sistema de Proteção Social para as infâncias e juventudes com transtorno mental.

Assim sendo, o processo de implantação da Política de Saúde Infantojuvenil foi iniciado no Brasil a partir de duas formulações consideradas estratégicas para o cuidado integral deste público. A primeira é a oferta de Capsi, que tem a responsabilidade de ordenar a demanda em um território específico. E a segunda estratégia é a articulação da saúde mental com os setores historicamente envolvidos no cuidado das infâncias e juventudes, como a Assistência Social, a Educação, a Saúde geral e o Sociojurídico, com vistas a estruturar, de maneira ampliada, redes intersetoriais de cuidado, apropriadas para dar respostas às questões da saúde mental infantojuvenil (COUTO; DELGADO, 2016b).

De tal modo, compreende-se que o Sistema de Proteção Social para a Infância e Juventude com transtorno mental encontra-se em constante movimento, construindo seus caminhos e enfrentando desafios para sua concretização. Nessa direção, destaca-se que a

ampliação da oferta de Capsi e a intersetorialidade são estratégias fundamentais para o cuidado integral desse público.

3 A INTERSETORIALIDADE COMO DIRETRIZ POLÍTICA NOS CUIDADOS COM AS INFÂNCIAS E JUVENTUDES COM TRANSTORNO MENTAL

3.1 A intersetorialidade como orientação das políticas sociais

A intersetorialidade se coloca “como um princípio orientador de ações integradas no âmbito da Política Social”, que supõe a “articulação entre as Políticas Públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à Proteção Social e o enfrentamento das desigualdades sociais” (YAZBEK, 2014, p. 98).

Nesse sentido, Monnerat e Souza (2014) a apresentam como uma estratégia de gestão que deve ser utilizada na construção de interfaces entre as instituições, com o intuito de lidar com a complexidade das expressões da questão social que ultrapassam a competência de só um setor ou de só uma política pública.

Já Bidarra (2009) diz que atuar na perspectiva da intersetorialidade significa ter a capacidade de compartilhar responsabilidades e de organizar as tarefas para que todos os envolvidos tenham igual compromisso.

Para Junqueira (2004) este é um processo de articulação de saberes e experiências que exige um planejamento articulado de ações e serviços, que visa garantir a equidade no acesso, ao superar a fragmentação das políticas sociais.

Pereira (2014) expõe a intersetorialidade como algo que deve interligar as políticas particulares, com seus movimentos concretos e contradições específicas, e com suas problemáticas em comum, pois compreende que cada política é um conjunto de decisões e ações resultantes de relações e interesses conflituosos. Logo, a intersetorialidade é a representação objetivada da unidade dessas decisões e ações, cuja divisão é tida como procedimento técnico e burocrático, uma vez que o bem público e os direitos sociais são indivisíveis.

Com base nessas compreensões, a intersetorialidade apresenta-se como uma diretriz para as políticas sociais, o que a torna uma das categorias deste estudo, e é entendida como algo que interliga as políticas, cujas decisões e ações devem ser unívocas para o bem comum (PEREIRA, 2014).

Entretanto, essa identificação da intersetorialidade, no Brasil, como uma orientação política, está diretamente relacionada à lógica de proteção social inscrita na Constituição Federal de 1988, pois o seu desenvolvimento se deu, também, nas movimentações das lutas democráticas. Com isso, ressalta-se as normatizações dessas lutas, destacando-se: a Política de

Saúde, o Estatuto da Criança e do Adolescente com o Sistema de Garantia de Direitos e a Política de Saúde mental, como veremos a seguir.

3.1.1 A intersetorialidade na política de saúde

A Política de Saúde no Brasil incorpora uma concepção ampliada de saúde, a qual compreende os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos do processo saúde-doença, o que irá requerer novas concepções e modos de operação, de modo que o alicerce organizacional para sua realização passa a ser denominado de Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema complexo que abrange um conjunto de ações e serviços de saúde que devem estar articulados em rede para possibilitar ações de promoção, vigilância e atenção à saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2014).

De tal modo, esse sistema deve estar alicerçado no diálogo e na articulação com outros setores para promover e proteger a saúde, dado que reconhece a intersetorialidade como a oportunidade de conseguir resultados melhores na saúde e na redefinição da maneira de formular e executar políticas públicas no Brasil (PAIM, 2014).

Sendo assim, a intersetorialidade na Política de Saúde encontra-se institucionalizada em fundamentos legais e constitucionais. Contudo, além da intersetorialidade, apresenta-se, também, na Política de Saúde, a denominação de Rede, como pode ser verificado a seguir, no Quadro 5 abaixo, o qual foi construído mediante pesquisa nos *sites* dos Ministérios da Saúde e da Cidadania e no portal das legislações do Planalto Federal.

Quadro 5 – Principais marcos legais sobre intersetorialidade e rede na Política de Saúde

ANO	MARCO	ORIENTAÇÃO
1988	Constituição Federal	Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.
1990	Lei nº 8.080 (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências).	Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2011	Decreto nº 7.508 (Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências).	VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.
2017	Portaria de Consolidação MS/GM nº 02 (Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde).	<p>POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE: Art. 2º A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 2º)</p> <p>POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: § 4º O eixo estratégico da intersetorialidade e diálogos multiculturais tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando ao fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 4º)</p> <p>POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA (PNAISC): VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrassetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, VI)</p>
2017	Portaria de Consolidação MS/GM nº 3 (Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde).	DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS (Origem: PRT MS/GM 4279/2010): Organizar a gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) na RAS, de modo transversal e integrado, compondo a Rede de compromisso e corresponsabilidade para

		<p>reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais;</p> <p>Art. 3º São Redes Temáticas de Atenção à Saúde:</p> <p>I - Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami), na forma do Anexo II; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 715 de 04.04.2022)</p> <p>II - Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), na forma do Anexo III; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011)</p> <p>III - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, na forma do Anexo IV; (Origem: PRT MS/GM 483/2014)</p> <p>IV - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na forma do Anexo V; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011)</p> <p>V - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo VI. (Origem: PRT MS/GM 793/2012)</p>
2017	<p>Portaria de Consolidação MS/GM nº 5 (Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde).</p>	<p>São princípios do PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE: (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 4º)</p> <p>II - Intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 4º, II)</p> <p>PLANO DIRETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – PDVISA (Origem: PRT MS/GM 1052/2007, Anexo 1)</p> <p>Institucionalização de ações de caráter intersetorial com os diversos órgãos que tenham interface com ações de Vigilância Sanitária – Visa.</p>

Fonte: Sistematização da autora com base nos documentos do Ministério da Saúde e do Ministério da Cidadania (2023).

Ressalta-se que a ideia de Rede considera a ligação ou a integração entre os serviços, organizados de maneira regionalizada, para garantir o atendimento integral e evitar a falta de comunicação entre si e a fragmentação das ações em saúde (PAIM, 2014). Indo mais além, nessa definição de rede, pondera-se que a mesma só existe quando há interação dos indivíduos entre si, o que solicita uma interação sincrônica e coordenada entre os pontos de atenção que devem ter um objetivo comum (TYKANORI, 2014).

Desse modo, fundamentando-se no Quadro 5, que expõe os principais marcos legais sobre a intersetorialidade e a rede na Política de Saúde, identifica-se a discussão de rede no artigo nº 198 da Constituição Federal, base legal do SUS, o qual preceitua que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, de modo a constituir um sistema único organizado, guiado pelas diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Neste ponto, destaca-se a diretriz do atendimento integral, o qual reaparece e é reiterado no inciso II, do artigo 7º da Lei nº 8.080/1990, a Lei Orgânica da Saúde, como o princípio da integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços (BRASIL, 1990a).

A integralidade reconhece que cada pessoa é um todo indivisível, portanto, deve ser vista como parte de um contexto social, econômico, cultural e político, cujo resultado é a articulação de cada serviço com outros serviços. Nesse contexto, incorpora-se a intersetorialidade na saúde como um dos pilares básicos da integralidade, delineada como uma nova forma de construir políticas públicas com vistas a superar a fragmentação e, assim, solicitar a articulação entre os diferentes setores (NOGUEIRA; MIOTO, 2008; MIOTO; NOGUEIRA, 2008).

Dessa forma, o caráter intersetorial da Saúde é acentuado com a criação das Comissões Intersetoriais, no artigo 12 da Lei nº 8.080/1990, cuja finalidade é articular políticas e programas de interesse para a saúde, que não estejam compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990a). Assim, identifica-se que a intersetorialidade permeia os principais marcos legais que subsidiam a Política de Saúde brasileira.

Ainda no contexto dessa discussão, destaca-se que no ano de 2017, as leis, portarias e decretos que compõem a Política de Saúde foram reunidos em Portarias de Consolidação. Chama-se atenção para a Portaria de Consolidação nº 3, que unifica as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. No interior desta Portaria encontra-se a diretriz para a organização da rede de atenção à saúde (PRT MS/GM 4279/2010). Tal diretriz estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde. Nesse sentido, a intersetorialidade é posta como um atributo da Rede de Atenção à Saúde.

Além disso, evidencia-se o decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Para efeito desse Decreto, considera-se Rede de Atenção à Saúde um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011a, [n. d.]).

Ainda na Portaria de Consolidação nº 2 são apresentadas as Redes temáticas de atenção à Saúde: I - Rede de Atenção Materna e Infantil – Rami (PRT GM/MS nº 715, de 4.4.2022); II

- Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE (PRT MS/GM 1600/2011); III - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (PRT MS/GM 483/2014); IV - Rede de Atenção Psicossocial – Raps (PRT MS/GM 3088/2011); V - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (PRT MS/GM 793/2012).

Com isso, demonstra o indicativo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em redes articuladas e que possibilitem o cuidado de maneira integral. Nessa conjuntura, cabe destacar a Portaria de Consolidação nº 2, a qual expõe as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Essa Portaria de Consolidação apresenta a Política Nacional de Promoção de Saúde, que se caracteriza pela articulação e cooperação intra e intersetorial, buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Promoção de Saúde apresenta a intersetorialidade como um princípio “que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns” (BRASIL, 2014, p. 2). Tem-se, também, a Política Nacional de Educação de Saúde, a qual apresenta a intersetorialidade como eixo estratégico no fortalecimento de políticas de ações integrais e integralizadoras (BRASIL, 2013).

A Portaria de Consolidação nº 5 evidencia as normas sobre as ações e serviços de saúde do SUS, na qual a intersetorialidade encontra-se presente no Programa Academia de Saúde e no Plano Diretor de Vigilância Sanitária.

Diante do exposto, apura-se que a intersetorialidade tem sido colocada como uma estratégia na Política de Saúde, para se alcançar o atendimento integral da saúde da população, como preconizado no conceito ampliado de saúde.

Contudo, a discussão sobre a intersetorialidade na saúde compreende-a como uma articulação entre vários setores para alcançar os melhores resultados, o que revela uma visão endógena da intersetorialidade, a partir de um viés restritivo, de que outras políticas públicas devem se juntar a este setor para resolver um problema de saúde previamente identificado, quando na realidade, além de tomar a iniciativa, a saúde deveria recepcionar as convocatórias das demais políticas públicas (MONNERAT; SOUZA, 2014).

Posto isto, apesar dos avanços na Política de Saúde, ainda é necessário fortalecer a intersetorialidade, de modo a superar a trajetória histórica de fragmentação das políticas sociais.

3.1.2 A intersetorialidade no Estatuto da Criança e do Adolescente com o Sistema de Garantia de Direitos

A intersetorialidade na proteção às infâncias e juventudes encontra-se presente desde o artigo 227 da Constituição Federal de 1988, quando este lhes assegura com:

[...] absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, 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, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, [n. p.]).

A garantia desses direitos previstos na Constituição Federal é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, o que demonstra que sua efetivação deve ocorrer pela atuação de diversos atores e instituições.

Nesse cenário, o Estatuto da Criança e do Adolescente incorpora esses preceitos e anuncia, em seu artigo 86, o desenvolvimento da política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, a qual se concretizará “através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios” (BRASIL, 1990, p. 52).

A política de atendimento caracteriza-se como uma política de promoção dos direitos e liberdades fundamentais da criança e do adolescente, não se tratando de uma política setorial, mas de uma política intersetorial que corta transversalmente todas as políticas públicas a fim de garantir a satisfação das necessidades desse segmento da população (NOGUEIRA NETO, 2020).

Segundo Monfredini (2013) a política de atendimento explicita no seu desenho a integração das políticas sociais básicas e a intersetorialidade das ações, como princípios estruturantes para a realização da proteção integral para as infâncias e juventudes.

O que é reafirmado com o estabelecimento dos fundamentos do Sistema de Garantia de Direitos, o qual se operacionaliza como um sistema estratégico que deverá potencializar a defesa, a promoção, o controle e a proteção dos direitos das infâncias e das juventudes no campo de todas as políticas sociais, cujo atendimento direto advém dos mais diversos órgãos e dos serviços que devem ser estruturados em rede para traçar as estratégias de articulação, intervenção e de monitoramento (MONFREDINI, 2013).

Nessa conjuntura, ressalta-se o eixo estratégico da promoção dos direitos humanos de crianças e adolescentes do Sistema de Garantia de Direitos que materializa a política de

atendimento prevista no ECA, cujo desenvolvimento implica, além de outras coisas, na satisfação das necessidades básicas de crianças e adolescentes pelas políticas públicas, como garantia de direitos humanos e, ao mesmo tempo, como um dever do Estado, da família e da sociedade e na participação da população (CONANDA, 2006).

De acordo com Nogueira Neto (2020) esta é uma política que se operacionaliza através da linha estratégica de serviços e programas de proteção especial e socioeducativos, a qual possui uma especificidade de atendimento inicial, integrado e emergencial, qualificada pelos programas de abrigamento, prevenção, apoio médico psicossocial e os programas socioeducativos, entre outros; e da linha estratégica de serviços e programas das demais políticas públicas, cujo objetivo é favorecer e assegurar o acesso do público infantojuvenil aos serviços públicos básicos.

Portanto, a estruturação desse Sistema de Garantia de Direitos deve ter por objetivo viabilizar o desenvolvimento das ações integradas entre os diferentes setores, nas diversas instâncias da sociedade e do poder estatal, pois a tecitura de uma rede relacional intencionalmente articulada é a garantia para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente (BAPTISTA, 2012).

Dessa forma, já que os serviços integrantes do Sistema de Garantia de Direitos são componentes de uma rede, é importante que ocorra a articulação, para que não sejam apenas pontos dentro de uma rede inerte.

3.1.3 A intersetorialidade na Política de Saúde Mental

Como visto, a Reforma Psiquiátrica é tida como um processo social complexo, que busca construir uma nova maneira de olhar e cuidar da pessoa com transtorno mental, cujas práticas inovadoras possibilitem o convívio social e a integralidade do cuidado, por meio da lógica da construção de uma rede intersetorial que garanta os ideais de cidadania para esse público (AMARANTE, 2007).

Portanto, a reforma psiquiátrica constitui-se num processo constante de transformação nos campos assistencial, cultural e conceitual, objetivando não só o fim dos manicômios, mas a transformação da sociedade, numa luta contra a segregação, a violência, a discriminação e a exclusão, sinalizando para uma transformação social, para a construção de novas realidades, inclusive para a mudança em torno da loucura (AMARANTE, 2016).

Diante disso, compreende-se que o foco do cuidado deve ser no território, pois este é a área cujo serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de Saúde/Saúde Mental. Assim, a equipe de Saúde/Saúde Mental precisa atuar no território de cada usuário, nos espaços e percursos que compõem sua vida cotidiana, pois o território é vivo e dinâmico, composto de histórias singulares, experiências, formas de expressão, vidas, é uma diversidade de espaços dentro de um espaço delimitado de extensão territorial. Atuar no território implica conhecê-lo, e os serviços que trabalham nessa perspectiva desenvolvem papel ativo na promoção de saúde/saúde mental no território. Consequentemente, a territorialidade está atrelada à acessibilidade e à descentralização de ações e serviços. De modo que pensar as práticas em Saúde Mental em um território de referência significa dizer que é preciso atuar produzindo estratégias de solidariedade e, principalmente transformando as relações da sociedade com a loucura. Uma vez que, no território, amplia-se a produção de mudanças no sentido de desmistificar a loucura, produzindo territórios capazes de incluir os sujeitos, e não territórios que os segreguem pelas suas diferenças. Consequentemente é preciso que os serviços trabalhem para fora de si, expandindo suas possibilidades do trabalho em rede (SOUZA, 2015).

Corroborando essa ideia, Amarante (2007) diz que os serviços de atenção psicossocial devem sair da sua sede e buscar na sociedade ampliar os recursos existentes, pois precisam articular-se com a rede de Atenção à Saúde Mental, com o campo da saúde em geral e com as políticas públicas em geral, para organizar-se em rede. Portanto, a intersetorialidade em Saúde Mental é uma estratégia que perpassa diversos setores sociais, tanto da saúde mental e saúde em geral quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo.

No Quadro 6 abaixo é possível verificar como a intersetorialidade passou a compor as legislações que subsidiam a Política de Saúde Mental no Brasil.

Quadro 6 – A intersetorialidade na Política de Saúde Mental

Legislação/Conferência	Ano	Objetivo/Tema	Como aparece
I CNSM	1987	I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental.	6. OBJETIVOS DE AÇÃO EM SAÚDE MENTAL 2 – ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL Devemos promover os instrumentos de articulação interinstitucional e de integração programática e operacional das atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde mental e das atividades de alcance individual e coletivo, como forma de aumentar a efetividade e eficiência dos serviços. 3 – AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE Promover a compatibilização de normas e rotinas administrativas de modo a agilizar a integração das ações de saúde, introduzindo maior racionalidade na organização institucional, acabando com a descoordenação, o paralelismo de ações e a forte centralização política e financeira.
II CNSM	1992	A reestruturação da Saúde Mental no Brasil.	As ações de saúde mental devem integrar-se às outras políticas sociais, como educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação, tendo definido o seu alcance preventivo e intersetorial.
III CNSM	2001	“Cuidar, sim. Excluir, não.”	11. Intersetorialidade (p. 54). 12. Atenção à criança e ao adolescente A elaboração e execução de ações no campo da Saúde Mental infantojuvenil devem compor, obrigatoriamente, as políticas públicas de saúde mental, respeitando as diretrizes do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e os princípios do ECA. Estas políticas devem ser intersetoriais e inclusivas, com base territorial e de acordo com a realidade sociocultural de cada município. Nesta perspectiva, é fundamental a criação e/ou

			fortalecimento de uma rede de atenção integral à criança e ao adolescente e a reavaliação dos serviços existentes.
IV CNSM	2010	INTERSETORIAL	CONFERÊNCIA INTERSETORIAL
Portaria nº 854	2012	Alteração da tabela de procedimentos dos Caps.	Ações de articulação de redes intra e intersetoriais (25-9).
Portaria de Consolidação MS/GM nº 1	2017	Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.	Não há referência na saúde mental.
Portaria de Consolidação MS/GM nº 2	2017	Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.	DO COLEGIADO NACIONAL DE COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL; DO FÓRUM NACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.
Portaria de Consolidação MS/GM nº 3	2017	Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.	Portaria nº 3.088/2011; Portaria nº 121/2012; Portaria nº 3.588/2017.
Portaria de Consolidação MS/GM nº 4	2017	Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.	Não há referência na saúde mental.
Portaria de Consolidação MS/GM nº 5	2017	Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.	IV - Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 1º, IV) Art. 95. As iniciativas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas serão incluídas nas estratégias de redução de danos, dados os agravos relacionados a esta substância na população geral e que devam ser articuladas intersetorialmente de forma a potencializar os efeitos de promoção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 7º)
Portaria de Consolidação MS/GM nº 6	2017	Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos	Portaria nº 121/2012.

		federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.	V - Articulação intersetorial com diferentes políticas públicas, com as universidades e o Ministério Público, outros atores e órgãos considerados estratégicos no território, assim como com os recursos comunitários, para desenvolvimento e consolidação do processo de desinstitucionalização previsto nas "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS". (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º, V)
Resolução nº 32	2017	Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).	Art. 7º - Aprovar a criação de nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV), com funcionamento 24 horas, prestando assistência de urgência e emergência, para ofertar linhas de cuidado em situações de cenas de uso de drogas, especialmente o crack ("Cracolândia"), de forma multiprofissional e intersetorial. Art. 11º - Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação as Comunidades Terapêuticas.
Portaria Interministerial nº 2	2017	Institui o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade.	Art. 1º Fica instituído o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade.
Resolução Conad nº 1	2018	Aprovar as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – Pnad, programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal.	III - Os programas, projetos e ações no contexto da política nacional sobre drogas devem considerar, em sua estruturação, iniciativas de ampliação e reorganização da rede de cuidados, acolhimento e suporte sociais, conceitualmente orientadas para a prevenção e

			mobilização social, promoção da saúde, promoção da abstinência, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e os danos decorrentes.
Edital de Credenciamento Senad nº 1	2018	O presente Edital tem por objeto o credenciamento de entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizem o acolhimento exclusivamente voluntário, em regime residencial transitório, de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.	16.1.31. Articular junto à rede intersetorial a preparação para o processo de reinserção social do acolhido.
Portaria GM/MS nº 3.449	2018	Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas.	-
Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS	2019	Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.	Ações Intersetoriais.

Fonte: Sistematização da autora com base nos documentos do Ministério da Saúde e do Ministério da Cidadania (2023).

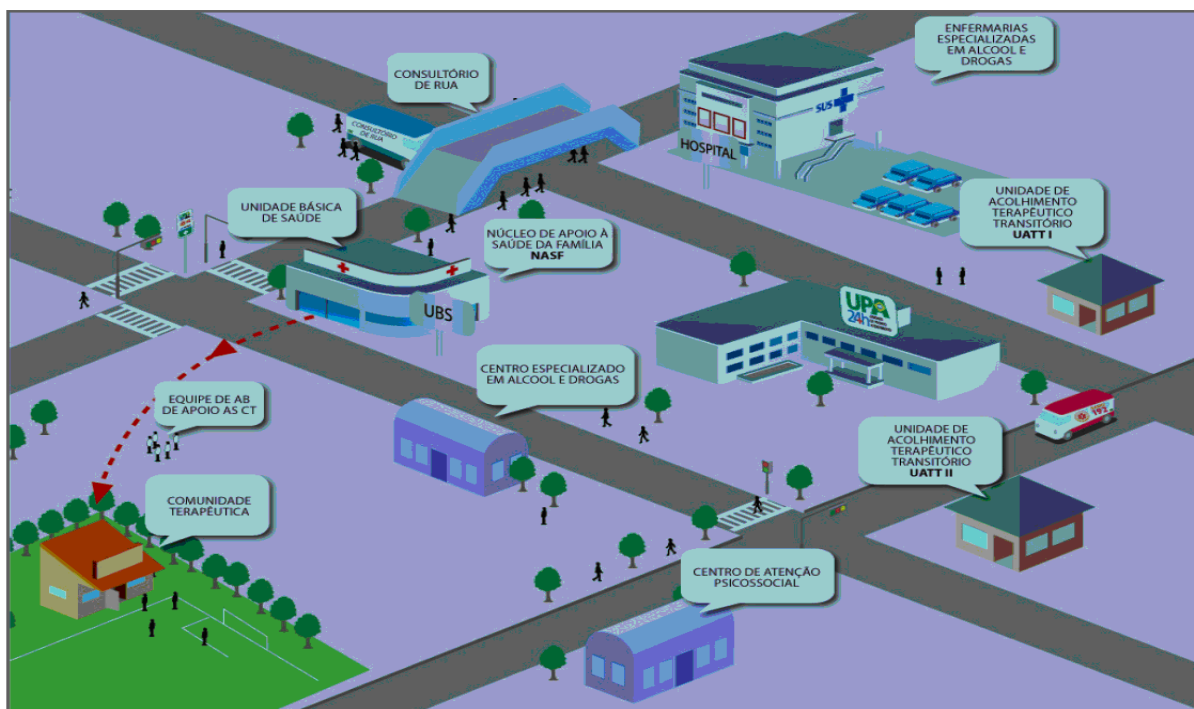
Inicialmente, observa-se que nas primeiras Conferências de Saúde Mental o tema da intersetorialidade manifesta-se de maneira tímida. A I CNSM apresenta discussão sobre a articulação intra, que propõe integrar as ações de saúde, e sobre a articulação interinstitucional, que busca promover a integração das atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde mental. A II CNSM expõe apenas que a saúde mental deve integrar-se às outras políticas sociais. Já a III CNSM destina um capítulo do seu relatório à intersetorialidade na saúde mental, inclusive com foco na atenção às infâncias e juventudes.

Contudo, a discussão da intersetorialidade na Política de Saúde mental é evidenciada pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) realizada em Brasília, no ano de 2010. Pela primeira vez, foi uma conferência intersetorial com a participação de usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outras políticas, que teve como tema: “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Os debates desta Conferência buscaram identificar as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos problemas do campo, apontando a direção para consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário (BRASIL, 2010).

A IV CNSM buscou redirecionar a prática da saúde mental, ao colocar a intersetorialidade como central na construção dessa política pública. Tal conferência destaca a transversalidade da saúde mental frente às várias políticas sociais e, diante disso, recomenda que as alianças intersetoriais devem ser permanentes para o estabelecimento de diretrizes, pactuações, planejamento, acompanhamento e avaliação de várias outras políticas, e as ações não devem ser pensadas fora da intersetorialidade (BRASIL, 2010).

Em consonância com as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, o Ministério da Saúde regulamentou a Portaria nº 3.088, de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, a qual, no ano de 2017, através da Portaria nº 3588, foi alterada com a inclusão de novos serviços. Tais portarias encontram-se reunidas na Portaria de Consolidação nº 3, de 2017, conforme demonstrado no Quadro 6 acima. Nota-se, a partir da figura apresentada pelo Ministério da Saúde, explicitada abaixo, que a centralidade desta Rede está nos sujeitos singulares que se encontram inseridos no território, e não em serviços específicos.

Figura 4 – Rede de Atenção Psicossocial (Raps)



Fonte: Ministério da Saúde (2011, 2017).

A Portaria nº 3.088, de 2011, tem por finalidade criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e embora se direcione apenas à atenção a saúde, anuncia o desenvolvimento de ações intersetoriais como diretriz e objetivo na garantia da integralidade do cuidado.

Nota-se, em conformidade com o Quadro 6 acima, que a intersetorialidade aparece como um direcionamento na normatização que configura a Política de Saúde Mental, o que se apresenta como um avanço, porém, não se estrutura com direcionamentos específicos para a construção de uma política de saúde mental intersetorial, apenas oferta indicativos para esse caminho. Um desses indicativos é a Portaria nº 854/2012, que apresenta entre os procedimentos a serem realizados nos serviços de Caps a articulação de redes intra e intersetoriais que são estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, entre outros, assim como os recursos comunitários presentes no território.

Contudo, para Pereira (2019) a Raps não pode ser o único espaço que promove a sociabilidade dessas pessoas, por isso tem como desafio potencializar a articulação intrassetorial e intersetorial, ampliando a oferta de cuidado em torno das pessoas com transtorno

mental. Logo, para a referida autora a concretização da intersetorialidade aparece como um desafio para a política de saúde mental.

Além disso, a portaria nº 3.588, de 2017, inclui na Raps serviços que representam retrocessos à política de Saúde Mental, tais como Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, Hospital-Dia, Hospital Psiquiátrico, Caps ad IV, todos baseados em uma lógica biomédica que direciona a assistência para atendimentos especializados por categoria profissional, tendo a internação como opção de procedimento. Desse modo, essa portaria apresenta mudanças significativas na Raps, ao enfraquecer os serviços substitutivos e promover o retorno dos dispositivos de lógica manicomial e restritivos de liberdade que se encontravam em desconstrução. Entre outras circunstâncias, a lógica do cuidado territorial e, conseqüentemente, intersetorial, encontra-se ameaçada.

Dentro desse cenário, chama-se a atenção para a Saúde Mental infantojuvenil, sobre a qual a IV CNSM apresentou um eixo destinado à construção de uma agenda prioritária para a atenção integral e para a intersetorialidade, destacando-se: o fortalecimento de políticas intersetoriais orientadas para a promoção de saúde e saúde mental e para a atenção integral; a efetivação de articulações intrasetoriais, particularmente com a atenção básica e hospital geral; a consolidação do fundamento intersetorial na montagem da rede de cuidados, especialmente com os setores da educação, assistência social, justiça/direitos; entre outros (BRASIL, 2010).

Dessa forma, a intersetorialidade apresenta-se como diretriz política no contexto da saúde mental infantojuvenil, pelo qual os diversos setores sociais, com seus saberes e práticas, devem construir estratégias para se articular e se integrar de forma a efetivar a integralidade do cuidado, levando em consideração que esse inclui, além das ações de saúde, todas as ofertadas pelas diferentes políticas, instituições e serviços que compõem a rede dos sujeitos (ZANIANI; LUZIO, 2014).

No entanto, ainda é preciso avançar na efetiva incorporação do cuidado com as infâncias e juventudes na Raps. Nessas circunstâncias, alguns desafios estão postos: como a ampliação do número de Caps infantojuvenil e a efetivação da diretriz política da intersetorialidade. Para isso, é importante estimular as discussões no Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, cuja última reunião ocorreu no ano de 2012, e não só a nível nacional, mas também municipal e estadual, buscando garantir atenção integral a esse público, conforme suas singularidades

3.2 O desafio da intersetorialidade como um caminho para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental

A contextualização acima apresentada demonstra a importância da intersetorialidade para o cuidado com a infância e juventude com transtorno mental, no panorama de um sistema de proteção social brasileiro, pois mesmo que a Saúde, o Sistema de Garantia de Direitos e a Saúde Mental possuam redes de serviços específicas, organizadas de maneira setorial, de acordo com suas particularidades, existem orientações a partir de leis, decretos e portarias, com o foco na articulação intersetorial entre essas redes, já que essa interligação se assenta como primordial na construção da proteção integral desse público.

A temática da intersetorialidade vem ocupando lugar central nas discussões sobre as políticas sociais brasileiras, e isso se deve à complexidade da questão social, e, conseqüentemente, à debilidade do sistema de proteção social em responder as demandas por direitos sociais (MONNERAT; SOUZA, 2014).

Essa fragilidade do sistema de proteção social acontece devido às tensões trazidas pelo neoliberalismo, o qual, com sua tendência restritiva e de redução dos direitos sociais, tem transformado as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias, o que limita os padrões universalistas e redistributivos de proteção social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Então, tem-se uma política social em conjuntura de reversão conservadora, cujo aspecto apresenta-se como residual e seletivo, voltado para a individualização dos chamados grupos de riscos, situação que tem fragilizado as políticas sociais, e as afasta, cada vez mais, de seu lugar de direito social universal (DRAIBE, 1993).

As Políticas Públicas, de acordo com esse contexto, são elaboradas para atuar de maneira fragmentada, setorializada e desarticulada, com vistas a reforçar uma modalidade de gestão hierárquica e centralizadora. Diante disso, existem dois projetos de intersetorialidade: o neoliberal e o democrático. De modo que, ao se vincular às expectativas neoliberais, a intersetorialidade apresenta-se, de maneira estrita e reducionista, como resposta positiva à ineficiência do aparato estatal, em que não há participação e o poder encontra-se centralizado, desviando o debate sobre os efeitos adversos dos ajustes neoliberais. Já o projeto democrático busca a socialização da política, o compartilhamento plural e equânime, e do poder decisório, o qual se compromete com a luta contra a apropriação personalista, corporativa e monopolista dos saberes. À vista disso, a perspectiva da intersetorialidade deve ser a que partilha o poder,

constrói consensos e realiza negociações de maneira horizontal (BIDARRA, 2009; BIDARRA, DOURADO, 2020).

Diante disso, entende-se que é necessário investir no projeto democrático que busca romper com a fragmentação das políticas sociais e com as barreiras que impedem o trabalho intersetorial (centralização, competição, personalismo, entre outros), e, assim, ultrapassar as resistências do ajuste neoliberal. Contudo, atuar na perspectiva da intersectorialidade requer esforço, pois não é algo tido como natural. Apesar de estar previsto nas legislações, é algo que tem que ser ativamente construído, já que significa realizar pactuações entre diferentes setores e atores que possuem diversas concepções de mundo, mais que devem partilhar respostas para os problemas que lhes são comuns (BIDARRA, 2009; BIDARRA, DOURADO, 2020).

Para isso, a efetivação da intersectorialidade requer condições adequadas, e para esse alcance, ganha centralidade a discussão sobre o planejamento das atividades conjuntas, a qual deve ser a tradução da articulação entre os saberes e as práticas setoriais, ao sintetizar os conhecimentos diversos, na construção de objetos e objetivos comuns para atuar sobre os problemas concretos, o que difere das propostas de sobreposição ou justaposição de ações setoriais (MONNERAT; SOUZA, 2014).

Diante da discussão sobre o planejamento, salienta-se as considerações de Monnerat e Souza (2014) sobre o território em que essas ações planejadas e partilhadas devem ser concretizadas. Os autores afirmam que é imprescindível que as diferentes políticas públicas setoriais tenham uma definição comum de território, pois o território visto apenas como uma região demográfica apresenta-se como um obstáculo para a intersectorialidade. Para evitar esse equívoco na compreensão de território é importante que exista o diálogo para a negociação política entre os setores envolvidos. Ademais, uma atuação orientada para o território requer, para além de um cardápio de ações e serviços, a construção de objetos de intervenção comum, independente da questão geográfica. Logo, a longevidade de projetos intersectoriais exige negociação política (MONNERAT; SOUZA, 2014).

A efetivação da proteção social precisa acontecer por meio de práticas, dos diferentes saberes que se articulam, vinculam, dialogam e partilham um território e um objetivo comum.

Para as infâncias e juventudes com transtorno mental a intersectorialidade figura como estratégia fundamental, pois deverá se efetivar na corresponsabilização dos diversos setores na formação das redes de cuidado, demonstrando, assim, a necessidade de uma política que não apenas dialogue com os outros campos de saberes, mas que compartilhe o cuidado, criando

espaços em que os diferentes serviços possam construir, articular, de maneira a planejar e construir um cuidado integral (COUTO; DELGADO, 2016a).

Assim, reafirma-se a importância de uma direção pública que respeite as especificidades de cada política, mas que permita a construção de um lugar comum, onde as respostas estejam de acordo com as necessidades das infâncias e juventudes com transtorno mental, as quais precisam, dentro do sistema de proteção social brasileiro, serem vistas, na sua integralidade, como sujeitos de direitos.

Para isso, os serviços que prestam o cuidado devem possuir a potência para a produção de ações baseadas na intersetorialidade, na articulação dos serviços, no conectar das redes, que favoreçam a emancipação desses sujeitos, pois sua força está na capacidade de proporcionar cidadania, por meio do desenvolvimento da sociabilidade e do protagonismo.

Por conseguinte, ressalta-se que mesmo diante dos ajustes neoliberais é preciso compreender a intersetorialidade, em acordo com o projeto democrático, como um caminho para um sistema de proteção social que coloque o Estado como responsável pelo cuidado a esse público, alinhado às diretrizes do ECA e da Reforma Psiquiátrica.

4 ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS NO CUIDADO DAS INFÂNCIAS E JUVENTUDES COM TRANSTORNO MENTAL EM TERESINA-PIAÚ: a compreensão das vivências dos(as) profissionais das Políticas de Saúde, Saúde Mental, Assistência Social e do Sociojurídico

4.1 Percurso histórico da assistência à saúde mental infantojuvenil em Teresina-Piauí

No Piauí, a assistência psiquiátrica, desde suas origens, esteve centrada no modelo hospitalocêntrico, com o seu desenvolvimento imbricado na trajetória do Asilo de Alienados Areolino de Abreu, criado em Teresina em 1907, que mais tarde se torna o Hospital Areolino de Abreu, em 1941, e do Sanatório Meduna, inaugurado também na capital do Estado, no ano de 1954, como hospital privado pioneiro na área de saúde mental. Assim, a atenção psiquiátrica piauiense permaneceu durante muitos anos centralizada em Teresina e concentrada nesses dois Hospitais Psiquiátricos. Logo, a construção histórica da Política de Saúde mental no Piauí não divergiu da assistência à saúde mental brasileira, baseada no modelo manicomial (ROSA, 2008).

No que diz respeito a assistência à saúde mental do público infantojuvenil no Piauí, registra-se a existência da Clínica Médico-Psicológica do Piauí (Climepp), fundada em 1976, que era de cunho privado, contudo, mantinha convênio com a Legião Brasileira de Assistência (LBA) para o atendimento daqueles que não tinham como arcar com os custos do tratamento. A finalidade da Climepp era atender as crianças e adolescentes "excepcional com distúrbio de comportamento de causa psicopatológico e/ou de perturbação de psicomotricidade", caracterizando a "clientela" como portadores de deficiência física, mental, distúrbio emocional e de sociabilidade (HOLANDA, 1982). Assim, tem-se um exemplo de atenção à saúde mental infantojuvenil nos moldes da deficiência, no Estado do Piauí.

Os primeiros apontamentos da criação de um serviço público especializado para o cuidado do público infantojuvenil acontecem no ano de 1986, com a chegada, no Estado, do primeiro médico psiquiatra, com especialização nessa área, o psiquiatra Carlos Alberto Soares, que ao retornar ao Piauí fez o seu primeiro contato com o então diretor do Hospital Areolino de Abreu, o psiquiatra Alexandre Barbosa Nogueira, que o incentivou a elaborar um projeto para o atendimento em Saúde Mental da infância e da juventude piauiense (SOARES, 2008).

Com projeto elaborado, acordou-se que o serviço seria prestado nas dependências do ambulatório adulto do Hospital Areolino de Abreu, com as devidas adaptações na estrutura

física e constituição de equipe técnica mínima. Para isso, articulou-se a concretização do projeto com o Secretário de Saúde na época, o psiquiatra Anfrísio Neto Lobão Castelo Branco, que viabilizou o necessário para que fosse prestado "assistência à criança e ao adolescente portador de transtornos mentais do Estado do Piauí e outros, provenientes de Estados vizinhos como o Maranhão e o Ceará" (SOARES, 2008, p. 13). De modo que, no ano de 1986, inaugura-se o primeiro serviço institucionalizado de assistência psiquiátrica infantojuvenil do Estado do Piauí, a nível ambulatorial (SANTOS; ROSA, 2011).

A equipe do ambulatório foi composta por um psiquiatra infanto-juvenil, duas psicólogas, uma fonoaudióloga e uma assistente social, além da equipe administrativa (SOARES, 2008). Com isso, nota-se que a implantação do primeiro serviço voltado ao cuidado da saúde mental da infância e da juventude piauiense tem suas bases ligadas à atuação da classe médico-psiquiátrica do Estado.

Soares (2008) destaca que o ambulatório infantojuvenil funcionou por cerca de dez anos, e que três fatos, durante esse período, levariam à articulação para implantação de um novo serviço que contemplasse os anseios da comunidade: o aumento da demanda; a redução na equipe; e o espaço inadequado, pois as crianças dividiam espaço com os adultos dentro do Hospital Areolino de Abreu.

No governo Francisco de Assis Moraes Sousa, também conhecido como "Mão Santa", que assumiu como governador no ano de 1995, inaugura-se, em maio de 1997, o Instituto de Psiquiatria Infantojuvenil, como parte da política de descentralização da assistência psiquiátrica desse governo. O Instituto de Psiquiatria Infantojuvenil Dr. Martinelli Cavalca, cujo nome foi em homenagem ao Dr. Martinelli, psiquiatra piauiense, passa a funcionar onde deveria ser o Manicômio Judiciário, dentro da área do Hospital Areolino, em sistema de semi-internação (LIMA, 2004; ROSA, 2008).

A implantação do Instituto de Psiquiatria Martinelli Cavalca, segundo Santos e Rosa (2011), surge da necessidade de ampliar e aperfeiçoar as ações do serviço, de modo que, sob a coordenação do Dr. Carlos Alberto Soares, deveria atender a três objetivos: prestar atendimento assistencial às crianças e adolescentes; atuar na área de pesquisa com o intuito de buscar respostas que fossem satisfatórias ao tratamento desse público; devendo ser, também, um local de ensino para os (as) profissionais das diversas áreas, e, assim, tornar o Piauí um local de referência da psiquiatria infantil brasileira.

Logo, esse era o anseio da equipe multiprofissional que atuava no ambulatório infantojuvenil e que agora iria compor o Instituto. No entanto, como dificuldades, aponta-se

que os demais recursos humanos, considerados como elementos importantes para a concretização desse projeto, foram encaminhados pelo Hospital Areolino de Abreu, sem o treinamento necessário e com vínculo trabalhista precário, já que na época não houve realização de concurso público (SOARES, 2008).

Mais uma vez, o cuidado a saúde mental infantojuvenil ofertado agora pelo Instituto Martinelli Cavalca continuava ligado ao Hospital Areolino de Abreu, que era responsável pelos recursos físicos, materiais e humanos disponíveis no referido Instituto, de modo que este foi organizado para ser um Hospital-Dia, com oferta de atendimento a nível ambulatorial e de hospitalização parcial, cujo público-alvo seriam as crianças e os adolescentes com transtorno mental.

Destaca-se que a modalidade de assistência dos Hospitais-Dia foi regulamentada, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pela Portaria nº 44/2001, definidos como “assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas” (BRASIL, 2001).

Em Teresina, o Hospital-Dia dispunha, assim, de uma estrutura física capaz de acolher trinta crianças e adolescentes em regime de hospitalização parcial, e uma equipe composta de 28 (vinte e oito) servidores, entre equipe técnica, administrativa, de apoio, em que todos eram vinculados financeiramente e administrativamente ao Hospital Areolino de Abreu. Contudo, as dificuldades começam a evidenciar-se, entre elas, Soares (2008) apresenta: a judicialização para que o Instituto acolhesse crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas, as quais não eram público-alvo do Instituto em seu projeto original; o elevado índice de abandono do tratamento, devido à dificuldade de acesso (distância, ônibus lotado, entre outros) das famílias até o Instituto; a solicitação judicial de internação integral das crianças e adolescentes, o que não seria aconselhável pela desvinculação familiar e que, muitas vezes, levava à internação desse público junto com os adultos no Hospital Areolino de Abreu, o que fez com que o Instituto Martinelli Cavalca solicitasse a presença de acompanhante aos usuários de até doze anos, para tentar mediar algumas dessas dificuldades.

Então, nota-se que a implementação do ambulatório voltado para o público infantojuvenil e, em seguida, do Instituto Martinelli Cavalca como Hospital-Dia, foi permeada por diversas situações conflitantes. Contudo, esses serviços se configuraram, cada um em seu período, como únicos na rede pública piauiense que atendia crianças e adolescentes com transtorno mental e usuária de álcool e outras drogas, já que não foram encontrados registros

de outros serviços públicos responsáveis por atender essa demanda específica, que era proveniente não só do Piauí, mas também de Estados vizinhos, como Maranhão e Ceará.

Ressalta-se, também, que foram serviços que se originaram dentro do Hospital Psiquiátrico, dependente de sua estrutura e recursos, vivenciando, assim, as possíveis deficiências da lógica manicomial. Contudo, foram pensados por profissionais que visualizavam a importância do cuidado para com esse público, e que viram na promulgação, em 2001, da Lei nº 10.216, da Política Nacional de Saúde Mental à luz da Reforma Psiquiátrica, que precisavam adequar o Instituto de Psiquiatria Infantojuvenil em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi). Destaca-se que nesse cenário da lei da Reforma Psiquiátrica, o município de Teresina também promulgou a lei nº 2.987, de 17 de maio de 2001, que dispõe sobre a política de saúde mental e de assistência psiquiátrica, bem como trata da regulamentação dos serviços de saúde mental no município de Teresina, em termos de prevenção, reabilitação, ensino e pesquisa, e dá outras providências.

Especificamente no cenário do Piauí, ainda em 2002, o Ministério da Saúde autoriza a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Estado, o Caps infantojuvenil Martinelli Cavalca, concluída no ano de 2005. Observa-se que essa mudança do Instituto de Psiquiatria Infantojuvenil em Capsi Martinelli Cavalca vai esbarrar nos obstáculos encontrados nas protoformas da Saúde Mental Infantojuvenil, como: a dependência material e financeira do Hospital Areolino de Abreu; a rotatividade dos(as) profissionais; a ausência de qualificação para os (as) profissionais; o trabalho desenvolvido a nível ambulatorial (SOUSA *et al.*, 2017).

Além dessas dificuldades, o Capsi Martinelli Cavalca foi o único serviço especializado ao público infantojuvenil no Piauí por um longo período e, diante disso, sua demanda era sempre crescente, oriunda dos serviços de saúde e da área educacional de todo o Estado. Isto, pois, apesar de o Piauí dispor de outros Centros de Atenção Psicossocial em seus vários municípios, que podem atender a população de zero a cem anos, no geral, a demanda do público infantojuvenil é direcionada para o município de Teresina (LUSTOSA *et al.*, 2009).

É necessário destacar que apesar de o Capsi ser um serviço moldado dentro das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que tem como objetivo a superação do modelo hospitalocêntrico, percebe-se os traços de uma herança que inibiu a consolidação do Capsi Martinelli Cavalca como ordenador do cuidado territorial da Saúde Mental Infantojuvenil, pois a cultura manicomial perpetuou-se nessa nova modalidade de cuidado. Isto, pois, como afirma Paulo Amarante (2007, p. 71), “é preciso mudar mentalidade, mudar atitudes, mudar relações

sociais”, tendo em vista que a Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo, que envolve não só a dimensão técnico-assistencial e jurídico-política, mas também sociocultural.

Nessa direção, a equipe da Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASM) do Estado do Piauí empreendeu esforços, sob o acompanhamento do Ministério Público do Piauí e do Ministério da Saúde, para garantir que o trabalho do Capsi Martinelli Cavalca desses seus primeiros passos, balizados na Reforma Psiquiátrica e na promulgação da lei nº 8.069, de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que dispõe sobre a proteção integral a este público específico. De modo que, no ano de 2015, o Capsi Martinelli Cavalca é transferido para sua sede própria, fora dos muros do HAA. Esse processo demandou reorganização do processo de trabalho, a sensibilização dos(as) profissionais, a organização dos recursos de custeios, a aquisição de materiais, entre outros (SOUSA *et al.*, 2017).

Assim, o Capsi Martinelli Cavalca começa a sua independência do HAA, mas para além disso, precisa trilhar um caminho para romper com a cultura manicomial, que ainda é percebida por meio de discursos e práticas observados dentro e fora desse serviço, considerando a dificuldade de acesso, o caráter ambulatorial de suas práticas, que remete à infantilização dos sujeitos, à culpabilização da família, entre outros. Assim, entende-se que a cultura manicomial não se limita apenas ao cotidiano em hospitais psiquiátricos, mas está associada às práticas de saúde mental e ao imaginário da sociedade da sociedade como um todo (DIMENSTEIN, 2006).

Desta forma, percebe-se que prevalece, dentro do Capsi Martinelli Cavalca, um conflito entre práticas e discursos manicomiais e antimanicomiais, e isso remete à história desse serviço, mas que ao longo dos anos tem-se uma tentativa de desconstruir esses resquícios do modelo asilar e de reconstruir um Caps que atua na perspectiva do que apregoa a Reforma Psiquiátrica.

Nesse cenário, ressalta-se que doze anos depois da implantação do primeiro Capsi no Piauí, o Estado ganhou mais um serviço desse porte, em 2014, no município de Paulistana, interior do Estado do Piauí.

Contudo, no ano de 2017 o Piauí adquire mais um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil em sua Raps, o Capsi Dr. Alexandre Nogueira, localizado na capital do Piauí, Teresina, implantado em 18 de Setembro de 2017, via Portaria/PRES/nº 201/2017, pelo então presidente da Fundação Municipal da Saúde da Prefeitura de Teresina, Silvio Mendes de Oliveira Filho, que no uso das suas atribuições legais e considerando as normativas da Política Nacional de Saúde Mental, assim como a Resolução da CIB-PI nº 054/2017, que transforma a Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UA i) em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. A mudança de UA i para Capsi acontece mediante solicitação do presidente da

Fundação Municipal de Saúde à Comissão Intergestora Bipartite do Piauí, sob a justificativa de ofertar um atendimento amplo às crianças e aos adolescentes com transtorno mental grave e, também, para as que fazem uso de álcool e outras drogas. Tal Portaria foi publicada no Diário Oficial do Município de Teresina de 25 de janeiro de 2018, caracterizando o pontapé inicial para a solicitação da habilitação⁷ desse serviço junto ao Ministério da Saúde, que diante das inúmeras exigências, ainda se encontra em processo.

Dessa maneira, deram-se início às providências para a implantação do novo serviço. Os(as) profissionais que iriam compor a equipe do Capsi foram convocados pela Gerência de Saúde Mental, em que alguns faziam parte da UAi, de outros serviços de Caps e de processos seletivos. A primeira reunião da equipe aconteceu no dia 14 de agosto de 2017, em que os(as) profissionais iniciaram as discussões acerca dos temas relevantes para o novo serviço, como seus desafios e suas necessidades. Ao longo dos meses de agosto e setembro os(as) profissionais passaram por algumas capacitações e construíram juntos os instrumentais que iriam ser utilizados na instituição, assim como fizeram a seleção de materiais que iriam ser disponibilizados aos usuários (SANTOS, 2018).

A inauguração do serviço deu-se no dia 26 de setembro de 2017, não havendo cerimônia formal nem a presença de alguma figura política ou representantes dos órgãos de competência gestora. Contudo, as atividades do Capsi Dr. Alexandre Nogueira tiveram início em 16 de outubro de 2017, com o atendimento do primeiro usuário, constituindo-se por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar no atendimento das crianças e adolescentes de 2 a 18 anos incompletos, com transtornos mentais graves, severos e persistentes, assim como usuários de álcool e/ou outras drogas. É um serviço ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através da Fundação Municipal de Saúde (FMS), por intermédio da Gerência de Saúde Mental (GSM) de Teresina, e atualmente se encontra na sua quarta gestão administrativa, com horário de funcionamento das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira.

O referido serviço é o primeiro Caps infantojuvenil de gestão municipal em Teresina, e para manter um atendimento mais qualificado, compartilha o cuidado no território da cidade

⁷ A habilitação de um Caps junto ao Ministério da Saúde garante o repasse de recursos financeiros fixos referentes à contrapartida federal para custeio dos Caps municipais e para os Caps estaduais. Para um Caps infantojuvenil o valor é de R\$ 32.130,00 (trinta e dois mil e cento e trinta reais) mensais, segundo a Portaria GM/MS nº 3.089/2011. Ressalta-se que até o ano de 2022 o Caps i Dr. Alexandre Nogueira ainda não havia sido habilitado junto ao governo federal, o que acarreta perdas financeiras ao município de Teresina. De acordo com o relatório de gestão do ano de 2020, o referido serviço teve uma despesa de R\$ 2.097.801,07 (dois milhões, noventa e sete mil, oitocentos e um reais e sete centavos) com água, luz, telefone, gás, alimentação, medicação, recursos humanos, entre outros.

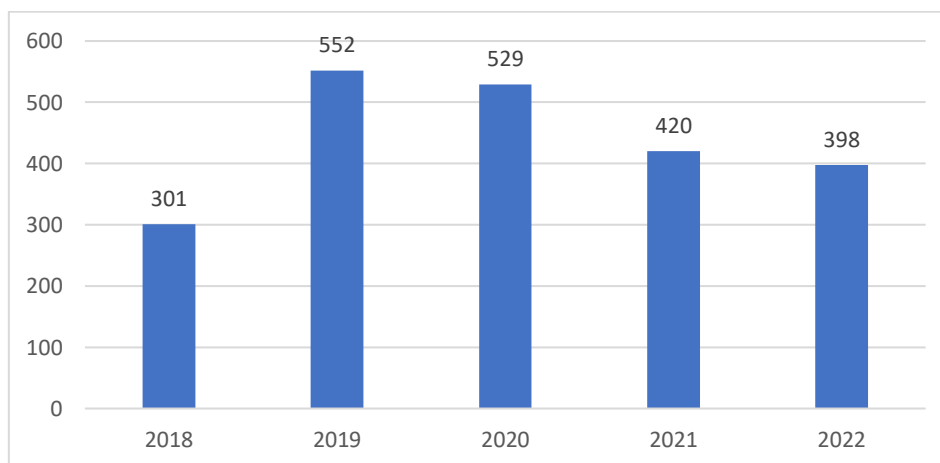
com o Capsi de gestão estadual, Dr. Martinelli Cavalca, estabelecendo uma divisão territorial a fim de atender ao município de Teresina como um todo.

O Capsi Dr. Alexandre Nogueira passa a dispor de uma equipe técnica composta por psicólogos, assistentes sociais, artesã, cuidador, enfermeiras, técnicas de enfermagem, nutricionista, psiquiatras, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, educadora física; além da equipe de auxiliares administrativos e de serviços, como também os(as) profissionais que compõem a equipe gestora e que, em conjunto, objetivam ofertar aos seus usuários, através das intervenções interdisciplinares, ações emancipatórias que possibilitem aperfeiçoar a qualidade de vida das crianças e dos adolescentes, bem como de seus familiares de referência.

De tal modo, com base na Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a qual indica que o processo de trabalho nos Caps deve ser realizado prioritariamente em espaços coletivos, buscando estar articulada à rede de saúde e às demais redes. Nota-se que o Capsi Dr. Alexandre Nogueira, em seus poucos anos de história, vem atuando na realização de ações que proporcionem a inclusão efetiva da criança e do adolescente na sociedade, ao promover atividades que afirmem o protagonismo deste público, assim como o diálogo com as demais políticas e serviços, na busca da promoção do cuidado integral, ao atuar na sensibilização do território para as questões que são pertinentes à execução deste cuidado (FMS 2018, 2019).

Registra-se que no decorrer da sua missão de cuidar o Capsi Dr. Alexandre Nogueira atendeu, de maneira integral, usuários com frequência regular, tendo sido atendidos, no ano de 2018, 301 usuários, e que esse número aumentou para 552 no ano de 2019, conforme demonstrado no Gráfico 2 a seguir:

Gráfico 2 – Usuários regulares do Capsi Dr. Alexandre Nogueira



Fonte: Same – Capsi (2023).

Tal aumento na demanda pode ser justificado pela divulgação positiva do serviço ofertado, já que este era um serviço novo na rede. Contudo, esse número decaiu nos anos seguintes, o que pode ser reflexo da Pandemia de Covid-19, a qual restringiu alguns atendimentos no serviço. Diante disso, é possível expor, conforme pesquisa realizada por Santos (2019) no Capsi Dr. Alexandre Nogueira, entre os meses de dezembro de 2018 a abril de 2019, o perfil desse público. Observou-se a predominância do atendimento ao usuário do sexo masculino, com um destaque de 72%, em detrimento a 28% do público feminino. Já o diagnóstico e a hipótese diagnóstica que se sobressaiu foi o de Transtorno de Atenção e Hiperatividade (TDAH), com 30,6%. Em relação às famílias, visualizou-se que as configurações mais presentes são as conjugais, com 43,6%, e as monoparentais, com 36,1%, sendo essas monoparentais, em sua maioria, chefiadas por mulheres com renda de apenas um salário-mínimo. Em face do exposto, tem-se um retrato do público que vivencia as ações ofertadas pelo Capsi Dr. Alexandre Nogueira.

Ademais, neste período de construção da sua história, destaca-se a realização de atividades de cunho socioeducativo para esse público, dentro da instituição e no território, como palestras, rodas de conversas, oficinas sobre temas de relevância para a saúde mental (janeiro Branco, Valorização da Vida, Luta Antimanicomial, entre outros). Também vem executando diversos projetos, sendo eles: o “Fuxico da Cidadania”, cujo objetivo é fortalecer o princípio da cidadania por meio da construção de artesanato; o “Mandalando as Relações Sociais”, que busca na construção de mandalas uma forma de sensibilizar os usuários sobre a importância das trocas de saberes, experiências e valores; o “Corpo e Mente em Movimento”, que promove a prática de atividades físicas e esportivas, estimulando as potencialidades psicomotoras e sociais dos usuários; o “Desbravando Teresina”, que apresenta os pontos turísticos da nossa capital, e o “Entrelace a Conta”, que explora as potencialidades individuais e em família, por meio da construção de peças de miçangas que possam favorecer o convívio familiar e a aquisição de renda (FMS, 2018, 2019).

As estratégias e ações práticas cotidianas do Capsi Dr. Alexandre Nogueira seguem alicerçadas nas diretrizes que devem ser consideradas em uma política de saúde mental infantojuvenil, ao considerar as crianças e os adolescentes sujeitos singulares, acolhendo suas necessidades e intervindo, conforme o caso, de maneira implicada e corresponsável, reconhecendo a importância da construção permanente de uma rede de cuidados intersetorial que exceda suas ações para o território (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva, o referido serviço realizou, nos anos de 2018 e 2019, o Fórum Intersetorial de Saúde Mental Infantojuvenil. Em 2018, o I Fórum teve como objetivo discutir os desafios e as perspectivas para o cuidado intersetorial das crianças, dos adolescentes e dos jovens de Teresina, convidando as instituições para o diálogo e a exposição das suas estratégias de atuação, assim como para o fortalecimento do vínculo. Em 2019, o II Fórum, ao utilizar a metodologia ativa do *storytelling*, que é a arte de contar, desenvolver e adaptar uma história por meio de recursos audiovisuais, ampliou o diálogo com as instituições e buscou construir coletivamente as estratégias de cuidado intersetorial e integral para o público infantojuvenil de Teresina (FMS 2018, 2019).

Cuidar com qualidade da saúde mental das infâncias e juventudes com transtornos mentais graves e persistentes e com problemas relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas, e suas famílias de referência, dentro da abrangência do território, possibilitando a reorganização social, emocional, educacional e laborativa para a vivência plena da cidadania tem sido a missão proposta pelo Capsi Dr. Alexandre Nogueira, que segue na constante de ofertar cuidado ao seu público-alvo (FMS 2018, 2019).

Esse resgate evidencia que o cuidado às infâncias e juventudes com transtorno mental no Piauí limitou-se às instituições específicas, iniciando com os ambulatórios, hospital-dia, e culminando na implantação dos Capsi, pós-reforma psiquiátrica. No entanto, não se identificou uma rede organizada para esse cuidado, um sistema de proteção social, mas sim, ações particulares e individuais no interior das instituições privadas. Além do mais, o Estado do Piauí, com uma população estimada em 3.289.290 pessoas, conta com apenas três Centros de Atenção Psicossocial voltados exclusivamente para esse público infantojuvenil, dos quais, dois se encontram na capital, e o outro na cidade de Paulistana, inaugurado no ano de 2014. Esse fato demonstra que existe uma centralização desse cuidado em Teresina, característica presente no modelo manicomial. Assim, evidencia-se uma lacuna na atenção em Saúde Mental do público infantojuvenil no Piauí, considerando a resistência de alguns Capsi em atender este segmento, mesmo a portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012, possibilitando a inclusão de procedimentos feitos com esse público no Registro de Ações.

Chama-se a atenção para o fato de o Capsi Martinelli Cavalca ser retaguarda para os 224 municípios do Piauí, pois sua gestão é estadual; já o Capsi Alexandre Nogueira, de gestão municipal, acolhe apenas a demanda do município, o que possibilita a reflexão sobre se há um número suficiente de serviços específicos no Piauí.

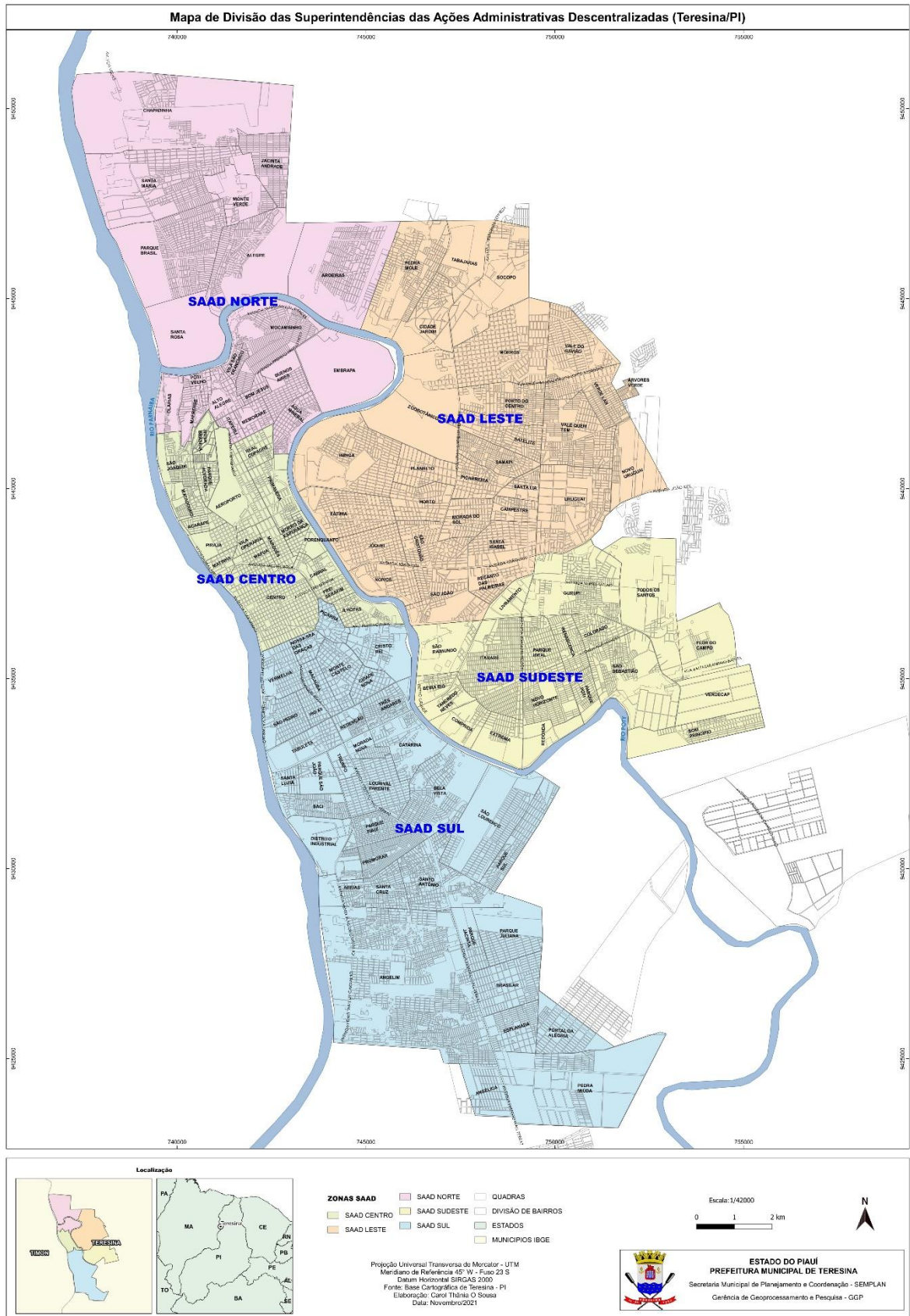
De modo que essa trajetória revela que, apesar dos avanços, ainda é necessário maior investimento do poder público para ampliar e consolidar a Raps para esse público. Isto posto, destaca-se que a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), como serviços da Política de Saúde Mental, pode, por si só, não atenuar o lapso nas Políticas Públicas de cuidado às infâncias e juventudes com transtorno mental, no atendimento das suas amplas demandas, uma vez que esse público necessita de atendimento integral e contínuo, que não deve se limitar a uma única Política Pública, mas que requer a construção de serviços estruturados em uma rede de proteção social vasta e efetiva, que envolve as diversas políticas públicas e a sociedade.

4.2 O Sistema de Proteção Social para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí: cenários e sujeitos da investigação

Para esse estudo, apresenta-se como local de pesquisa o município de Teresina, localizado no Estado do Piauí.

Teresina é a capital do Piauí, com uma população estimada em 871.126 habitantes em 2021, segundo o *site* do IBGE, sendo, assim, a cidade mais populosa do Estado, com uma área territorial de 1.391,293km², a qual está dividida, para título de gestão pública, conforme demonstrado na Figura 5 abaixo, em cinco regiões administrativas: norte, centro, leste, sudeste e sul.

Figura 5 – Divisão administrativa do município de Teresina



Fonte: Semplam (2022).

Essa divisão territorial se deu pela Lei Complementar nº 5.704, de 24 de fevereiro de 2022, que modificou os dispositivos da Lei Complementar nº 2.959, de 26 de dezembro de 2000 (Organização Administrativa do Poder Executivo Municipal), e acrescentou a região administrativa centro como zona de atuação da prefeitura. Ressalta-se que, anteriormente a essa modificação, a delimitação territorial se dava em quatro regiões: leste, centro-norte, sul e sudeste, as quais estavam sob a coordenação das Superintendências de Desenvolvimento Urbano (SDU), segundo a Lei Complementar nº 2.960, de 26 de dezembro de 2000. No entanto, após a alteração, as SDUs passaram a ser chamadas de Superintendência das Ações Administrativas Descentralizadas, as SAADs.

Tal organização proposta pela administração pública teve por finalidade favorecer a execução, de forma descentralizada, das políticas públicas referentes aos serviços urbanos básicos, fiscalização e controle, obras e serviços de engenharia, meio ambiente, habitação e urbanismo, observado o planejamento urbano municipal, de maneira a colocar os serviços mais próximos da população (TERESINA, 2000).

Portanto, o cenário da pesquisa foi delineado entre os serviços do município de Teresina que compõem a rede de cuidados com as infâncias e juventudes com transtorno mental, tendo por indicação o balizamento do Sistema de Garantia de Direitos.

Tal sistema é organizado segundo eixos, assim, tem-se o eixo da defesa, da promoção e do Controle. O eixo da defesa é formado por serviços que possibilitam o acesso à Justiça, o chamado sociojurídico, como as Varas da infância, delegacia, Conselho Tutelar, Ministério Público, entre outras. O eixo da promoção operacionaliza a política de atendimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, por meio da articulação entre as políticas sociais básicas, como educação, saúde, assistência social. E o eixo do controle da efetivação dos direitos humanos, que é realizado por meio de instâncias públicas colegiadas, como os conselhos de direitos.

Assim, considerando os eixos da defesa e da promoção, propôs-se pesquisar o Sociojurídico e as Políticas Sociais Básicas: Saúde, Educação e Assistência Social. Salienta-se que a Política de Saúde Pública aqui elencada foi representada pela Atenção Básica e pela Política de Saúde mental voltada para o público infantojuvenil para, assim, contemplar o objeto desse estudo.

Por conseguinte, segue abaixo um quadro com os serviços que compõem as Políticas Públicas que atendem as infâncias e juventudes no município de Teresina, conforme sistematização da Cartilha disponibilizada pelo II Fórum Intersetorial de Saúde Mental Infantojuvenil de Teresina, realizado em 2019, pelo Capsi Dr. Alexandre Nogueira.

Quadro 7 – Rede de Atendimento das Infâncias e Juventudes de Teresina

POLÍTICA PÚBLICA	SERVIÇOS
Saúde Mental	5 Caps II, 1 Caps III, 2 Caps Infantojuvenis, 1 Gerência de Saúde Mental do Município de Teresina, 1 Gerência de Saúde Mental do Estado, 1 Hospital Psiquiátrico.
Saúde Pública (Atenção Básica)	1 Gerência de Atenção Básica do Município de Teresina; 90 Unidades Básicas de Saúde da Família; 1 Consultório na Rua, entre outros.
Assistência Social	1 Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas (Semcaspi), 1 Gerência de Proteção Social Básica, 1 Gerência de Proteção Social Especial, 19 Centros de Referência da Assistência Social (Cras), 4 Centros de Referência Especializado da Assistência Social (Creas), 76 Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, 1 Centro Pop, 2 Centros-Dia, 6 Unidades de Alta Complexidade, entre outros.
Sociojurídico	2 Varas da Infância e Juventude, 3 Núcleos das Promotorias de Justiça da Infância e Juventude de Teresina; 1 Núcleo Cível de Defesa da Criança e do Adolescente da Defensoria Pública do Estado do Piauí, 4 Conselhos Tutelares, entre outros.
Educação	1 Centro Municipal de Atendimento Multidisciplinar (Cmam), 1 Divisão de Educação Inclusiva da Secretaria de Educação do Município de Teresina, 149 Escolas Municipais, 169 Centros Municipais de Educação Infantil e 4 Gerências Regionais de Educação do Estado do Piauí, entre outros.

Fonte: Elaborado pela autora com base em documentos disponibilizados pelos serviços (2023).

Assim, diante deste vasto panorama, por se tratar de uma pesquisa qualitativa e que, portanto, não prima pela quantidade de serviços e sujeitos, optou-se pela amostragem por julgamento, em que o pesquisador indica os serviços e sujeitos da pesquisa de forma intencional, acreditando que são representativos de uma dada população (APPOLINARIO, 2012). Assim, segundo Minayo (2008), a validade da amostra está na sua força em objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões.

Portanto, considerou-se aqueles serviços que mais se aproximam do objetivo geral do estudo, tendo como embasamento a experiência profissional da pesquisadora, conforme demonstrado no Quadro 8 a seguir:

Quadro 8 – Cenários da pesquisa

Política Pública / Setor	Serviços
Saúde Mental	Caps i Dr. Alexandre Nogueira; Gerência de Saúde Mental do município de Teresina
Saúde Pública/ Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde Américo de Melo C. Branco - Santa Isabel
Assistência Social	Centros de Referência da Assistência Social – Cras (Leste IV) Centros de Referência Especializado da Assistência Social – Creas (Leste); Gerência de Proteção Social Básica
Sociojurídico	1ª Vara da Infância e Juventude; Conselho Tutelar Leste; Ministério Público
Educação	Divisão de Educação Inclusiva da Secretaria Municipal de Educação; Centro Municipal de Atendimento Multidisciplinar (Cmam)

Fonte: Sistematização da autora (2023).

Para elencar os sujeitos da pesquisa, observou-se que o Capsi Dr. Alexandre Nogueira dispõe de uma equipe técnica composta por: quatro psicólogos, quatro assistentes sociais, um artesão, cinco enfermeiros, três técnicos de enfermagem, um nutricionista, três psiquiatras, um fonoaudiólogo, um terapeuta ocupacional, um educador físico, além da equipe de auxiliares administrativos e de serviços; como também os(as) profissionais que compõem a equipe gestora: coordenador, administrador, secretário e chefe de Same⁸. Nesse cenário, optou-se por um trabalhador de cada categoria profissional de nível superior para participar do grupo focal, instrumento de coleta de dados utilizado para esse cenário.

Deste modo, verificou-se que a Gerência de Saúde Mental é composta por um gerente, por um chefe de núcleo de matriciamento, por um chefe de núcleo de Acompanhamento dos dispositivos de Saúde Mental, por um chefe de secretaria, além de profissionais de nível superior que auxiliam na execução das atividades da gerência. A Gerência de Proteção Social Básica da Semcasi possui um gerente executivo, chefe de Divisão do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, chefe de divisão de Articulação e Acompanhamento à Rede Socioassistencial, apoios técnicos às divisões (técnicos de nível superior) e auxiliar administrativo. Já a Divisão de Educação Inclusiva da Semec tem um coordenador, um técnico de apoio à coordenação e nove técnicos que acompanham todas as escolas e CMEIs. Logo, participaram das entrevistas um profissional de cada um desses serviços que, no momento, estava ocupando um dos cargos de gestão posto em sua organização.

⁸ Serviço de Arquivo Médico e Estatístico.

À vista disso, identificou-se que a UBS Américo de Melo C. Branco conta com enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos, educador físicos, entre outros profissionais que compõem as três equipes de saúde da família, as três equipes de saúde bucal e um polo de academia da saúde que se localiza nessa UBS; o Cras Leste IV dispõe de uma coordenadora de renda mínima, uma entrevistadora social, dois assistentes sociais, dois psicólogos, um profissional da divisão técnica, um gerente, um recepcionista, de serviços gerais e dois agentes de portaria; o Creas Leste tem um gerente, uma divisão técnica, um auxiliar administrativo, dois orientadores sociais, dois agentes de portaria, três assistentes sociais e dois psicólogos; o Centro Municipal de Atendimento Multidisciplinar (Cmam) possui um diretor, uma coordenação, um subchefe de coordenação, um chefe de Same, auxiliares administrativos, uma secretária, um psiquiatra, um neuropediatra, dois terapeutas ocupacionais, dois assistentes sociais, dois fonoaudiólogos, quatro psicólogos, dois psicopedagogos, serviços gerais e recepcionistas; o Conselho Tutelar Leste é formado por cinco conselheiros tutelares, além do apoio administrativo; a 1ª Vara da Infância e Juventude tem uma magistrada, cinco assistentes sociais, quatro psicólogos, cinco comissionados, seis servidores, entre outros; e o Ministério Público, que compreende, além das promotorias de justiça, os Centro de Apoio Operacional de Defesa da saúde, da Educação e cidadania, da infância e juventude, entre outros, cuja composição se dá por um coordenador do centro, um assessor especial, um oficial de gabinete e estagiárias.

Esta configuração pode ser mais bem vista no quadro abaixo:

Quadro 9 – Configuração organizacional dos serviços que foram cenários da pesquisa

Política Pública / Setores	Serviços	Composição
Saúde Mental	Capsi Dr. Alexandre Nogueira (Gestão Municipal)	4 psicólogos, 4 assistentes sociais, 1 artesão, 5 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem, 1 nutricionista, 3 psiquiatras, 1 fonoaudiólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 educador físico, além da equipe de auxiliares administrativos e de serviços, como também os profissionais que compõem a equipe gestora: coordenador, administrador, secretário e chefe de Same.
	Gerência de Saúde Mental do município de Teresina	1 gerente, 1 chefe de núcleo de matriciamento, 1 chefe de núcleo de

		Acompanhamento dos dispositivos de Saúde Mental, 1 chefe de secretaria; 2 profissionais de nível superior.
Saúde Pública / Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde Américo de Melo C. Branco - Santa Isabel	3 equipes de saúde da família (enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agente comunitários de saúde), 3 equipes de saúde bucal (odontólogo e técnico em saúde bucal) e um polo de academia da saúde (educador físico).
Assistência Social	Gerência de Proteção Social Básica da Semcaspi	1 gerente executiva, 1 chefe de divisão do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, 1 chefe de divisão de Articulação e Acompanhamento à Rede Socioassistencial, apoios técnicos às divisões (técnicos de nível superior) e auxiliar administrativo.
	Cras Leste IV	1 coordenadora de renda mínima, 1 entrevistadora social, 2 assistentes sociais, 2 psicólogos, 1 profissional da divisão técnica, 1 gerente, 1 recepcionista de serviços gerais e 2 agentes de portaria.
	Creas Leste	1 gerente, 1 divisão técnica, 1 auxiliar administrativo, 2 orientadores sociais, 2 agentes de portaria, 3 assistentes sociais e 2 psicólogos.
Educação	Divisão de Educação Inclusiva da Semec	1 coordenador, 1 técnico de apoio à coordenação e 9 técnicos.
	Centro Municipal de Atendimento Multidisciplinar (Cmam)	1 diretor, 1 coordenação, 1 subchefe de coordenação, 1 chefe de Same, auxiliares administrativos, 1 secretária, 1 psiquiatra, 1 neuropediatra, 2 terapeutas ocupacionais, 2 assistentes sociais, 2 fonoaudiólogos, 4 psicólogos, 2 psicopedagogos, serviços gerais e recepcionistas.
Justiça	1ª Vara da Infância e Juventude	1 magistrada, 5 assistentes sociais, 4 psicólogos, 5 comissionados, 6 servidores, entre outros.
	Conselho Tutelar Leste	5 conselheiros tutelares, além do apoio administrativo.
	Ministério Público	Promotorias de justiça; 6 Centro de Apoio Operacional (CAO de Defesa da Infância e Juventude; CAO de Defesa do Meio Ambiente; CAO de Defesa da Saúde; CAO de Combate à

		Corrupção e Defesa do Patrimônio Público; CAO às Promotorias de Justiça Criminais; CAO de Defesa da Educação e da Cidadania), cuja composição se dá por 1 coordenador do centro, 1 assessor especial, 1 oficial de gabinete e estagiárias.
--	--	--

Fonte: Sistematização da autora (2023).

Diante do exposto, ressalta-se que a coleta de dados por meio da entrevista semiestruturada aconteceu com três gestores e sete profissionais que atuam diretamente nas Políticas de Atenção Básica, Assistência Social, Educação e no Sociojurídico; e o grupo focal contou com a participação de cinco profissionais do Capsi Dr. Alexandre Nogueira, conforme os critérios de inclusão da investigação. Salienta-se que na 1ª vara da infância e juventude a proposta era entrevistar dois profissionais, mas devido à sobrecarga na agenda do profissional, só foi possível a entrevista com um dos sujeitos; e no Capsi Dr. Alexandre Nogueira, dois profissionais não estavam de acordo com os critérios de inclusão, e outro não participou devido a outra atividade. Já no Ministério Público optou-se por entrevistar um dos profissionais que compõem o Centro de Apoio Operacional de Defesa da Infância e Juventude, por acreditar que esse Centro estaria diretamente ligado às questões exclusivas das infâncias e juventudes. No entanto, identificou-se que esse Centro é responsável pelos assuntos desse público. No que se refere apenas às demandas da política de Assistência Social, às questões de saúde e educação são direcionados aos Centros de Apoio específicos do Ministério Público, o que demonstrou um fracionamento dentro dessa instituição.

Assim, diante desse cenário, evidencia-se que, após autorização do Comitê de Ética da Ufpi com CAAE nº 59006322.9.0000.5214, as entrevistas semiestruturadas e o grupo focal foram realizados com base em roteiro previamente elaborado, sendo todas as atividades da coleta de dados gravadas, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e depois transcritas e analisadas. Ressalta-se que para preservar a identidade dos sujeitos que participaram da pesquisa, eles foram denominados pela política pública que atuam.

Assim, a amostra da pesquisa de campo envolveu cinco políticas públicas, sendo elas: Saúde Mental, Atenção Básica, Assistência Social, Educação, Sociojurídico; as quais foram ilustradas por onze cenários, com a participação de quinze sujeitos, dos quais dez participaram da entrevista semiestruturada e cinco do grupo focal, cujas falas serão apresentadas nos próximos tópicos, como resultados da pesquisa de campo.

4.3 Necessidades e demandas de natureza intersetorial no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí

Como foi discutido durante todo o estudo, a garantia do cuidado integral às infâncias e juventudes com transtorno mental tem sido posto como um desafio que solicita a construção de serviços estruturados em uma rede de proteção social vasta e efetiva, que envolva as diversas políticas públicas e supere a fragmentação das ações que limitam esse cuidado a um serviço específico.

Nesse sentido, esse estudo possui como objetivo geral compreender como ocorre a articulação intersetorial entre as Políticas Sociais que compõem o Sistema de Proteção Social para o cuidado às infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina-Piauí, com destaque para as Políticas de Saúde Mental, Assistência Social, Educação e para o Sociojurídico.

Tal objetivo geral desdobrou-se em objetivos específicos, em que o primeiro buscou caracterizar as necessidades e demandas que requerem articulação intersetorial entre as Políticas de Saúde Mental, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico no município de Teresina-Piauí, no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental. Desse modo, com a finalidade de atender a este objetivo, examinou-se o lugar que as infâncias e juventudes ocupam no sistema de proteção social do município de Teresina-Piauí, assim como as necessidades que requerem as articulações intersetoriais com suas particularidades na realização desse cuidado, como também, as políticas públicas indispensáveis nesse diálogo.

4.3.1 O lugar ocupado pelas infâncias e juventudes com transtorno mental no sistema de proteção social de Teresina-Piauí

Com o intuito de averiguar se as infâncias e juventudes com transtorno mental são percebidas nos serviços que compõem o sistema de proteção social de Teresina-Piauí, questionou-se, inicialmente, aos sujeitos desses diversos serviços, se eles acolhem demandas desse público e quais as situações mais frequentes. Sobre isso, os depoimentos indicam que o público infantojuvenil com transtorno mental é identificado nesses serviços, conforme é possível verificar nos trechos a seguir:

Sim. A gente identifica quando faz avaliação dessas crianças na puericultura... a gente percebe que a criança é um pouco mais, é... ativa, pode ser imperativa. Às vezes a mãe relata um déficit de atenção, né. Algumas crianças a gente

percebe que não têm o foco, né. Que tem um comportamento diferente dos demais (SAÚDE).

Bom, tudo o que diz respeito a crianças, diz respeito a nós. Geralmente, quase que todos os casos, assim, não 100%, mas bem próximo de crianças atendidas..., elas trazem alguns transtornos, ou TDAH, ou Transtorno Opositor, ou problemas de... retardamento mental. Enfim, quase sempre a criança precisa ser encaminhada para um tipo de tratamento (JUSTIÇA 2).

Sim. De maneira mais frequente e majoritariamente, a questão de uso de álcool e de outras drogas, mas, também, tem a questão dos acolhimentos, de acolhimento de demandas de outros transtornos também, como os transtornos psiquiátricos mesmo, psicológicos de crianças e adolescentes (JUSTIÇA 1).

Atendemos criança de 5 até 16 anos de idades, crianças e adolescentes, logo esse público infantojuvenil. Em relação ao perfil de atendimento, ele também faz um recorte, muito específico, que são crianças e adolescentes com dificuldades ou transtornos de aprendizagem. Então somente depois que ela chega aqui, que ela passa por esse acolhimento e por essa avaliação, é que se vai verificar se tem o transtorno mental e, muitas vezes, tem, tem sim o transtorno mental, e muitas vezes, ou melhor, ele prevalece em duas situações: ou ele é o fator gerador do transtorno e da dificuldade de aprendizagem ou ele vem como uma comorbidade do transtorno ou dificuldade de aprendizagem (EDUCAÇÃO).

Observa-se, de acordo com os fragmentos das entrevistas acima, que as infâncias e juventudes com transtorno mental são vistas pelos serviços, porém, isso acontece dentro das especificidades de cada um. Todavia, a sua identificação, no primeiro momento, é dada pelo sintoma, o que reforça a centralidade do modelo biomédico, o qual coloca a doença como centro das suas ações e valoriza o conhecimento fragmentado. Essa concepção vai ao encontro do modelo de determinação social do processo saúde-doença preconizado pelo movimento da reforma sanitária, que aprecia a integralidade no cuidado.

Essa fragmentação na assistência prossegue, e os achados a seguir revelam que os serviços acolhem as necessidades das infâncias e juventudes com transtorno mental, quando estas se enquadram no perfil de atendimento de cada serviço, pois estes possuem um público-alvo delimitado:

[...] a demanda principal é o passe livre, que nós aqui... fazemos... passe livre, PCD, e aí a maioria dos casos são relacionados a isso (ASSISTÊNCIA SOCIAL 1).

Sim. Com transtorno mental tem muito... como nós somos um serviço especializado... A gente atende pessoas em situação de violência. Direitos violados, então a gente recebe... tem demandas de vários setores (ASSISTÊNCIA SOCIAL 2).

Serviço de convivência familiar e fortalecimento de vínculos, é que eu acredito que seja o nosso ponto que a gente mais pode receber esse público. Nós temos um serviço de..., é um programa federal que chama programa criança feliz, que ele trabalha com a primeira infância, de zero a três anos e de zero a seis anos, o público do BPC. Então é um programa... eu estou citando esses que eu acredito que seja onde a gente pode encontrar esse público que você está trabalhando na sua pesquisa. E aí, fora os outros serviços que são ofertados no âmbito do CRAS... (GESTOR 2).

O nosso carro-chefe aqui é realmente o AEE, o Atendimento Educacional Especializado, então, assim, é de acordo com as atribuições legais, o público-alvo do AEE são os alunos com deficiência, TEA e altas habilidades e superdotação. E, quando aparece essa questão do transtorno mental, a gente procura fazer esse diálogo com a escola para saber da questão do atendimento nos Caps (GESTOR 3).

Portanto, constata-se que as infâncias e juventudes com transtorno mental ocupam os serviços conforme as demandas e necessidades que cada serviço está destinado a receber.

Logo, as demandas e necessidades expressam-se como inclusão desse público em benefícios e direitos sociais, como: passe-livre, Benefício de Prestação Continuada, programa criança feliz, serviço de convivência e fortalecimento de vínculo; situação de vulnerabilidade social e violação de direitos; acompanhamento escolar; tratamento especializado, entre outros.

Dessarte, as demandas surgem de forma fragmentada, conforme a setorialização desses serviços. Tal circunstância condiz com as discussões realizadas no capítulo anterior, por autoras como Yazbek (2014), Behring e Boschetti (2011), que tratam da desresponsabilização com as Políticas Sociais, em que os padrões universalistas e redistributivos foram tencionados pelo ideário neoliberal, o qual reduziu direitos e transformou as Políticas Sociais em ações pontuais e compensatórias. Nesse caso, o que se apresenta é uma fragmentação do que deveria ser a Seguridade Social, pois as políticas sociais são regulamentadas, planejadas, gestadas, financiadas e executadas em separado. Assim, o que se tem são políticas específicas, setorializadas e desarticuladas, que realizam uma atenção fragmentada das necessidades da população, esquecendo-se da integralidade no cuidado.

Isto posto, verifica-se que essa situação vai ao encontro com o que é preconizado nas legislações sobre como deve ser o cuidado ofertado às infâncias e juventudes com transtorno mental. Recorda-se que o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Sistema de Garantia de Direitos dispõe sobre a garantia efetiva e de maneira integral, de todos os direitos devidos às infâncias e juventudes na sua singularidade (CONANDA, 2006). Documentos como a “Cartilha Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direito”, do Ministério Público, e “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil”, do

Ministério da Saúde, ratificam também a importância do cuidado integral para as infâncias e juventudes com transtorno mental.

Esse dissenso entre o que é previsto e o que é realizado é posto por autores como Tanõ e Matsukura (2015) como um desafio que exige a superação da fragmentação de ações reducionista, que limita o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental, pois estes precisam ser vistos na sua integralidade.

Cabe ressaltar, ainda, que a indagação sobre o acolhimento das demandas e necessidades, desencadeou mais um elemento acerca do lugar ocupado por esse público no sistema de proteção social, que merece ser discutido: as infâncias e juventudes com transtorno mental como parte de uma família. Frisa-se que esta não era uma categoria inicial do estudo, porém, surgiu na fala dos entrevistados de maneira significativa:

E assim, a gente não atende a criança em si, a gente faz atendimento familiar, então como a gente é um serviço... o objetivo do nosso trabalho é tentar que as famílias superem essa situação de violência, ou diminuir as consequências dessa violência, a gente não faz trabalho diretamente, o atendimento diretamente com a criança, nem sempre... a gente costuma fazer com a família... com a família... (ASSISTÊNCIA SOCIAL 2).

É... normalmente quem nos procura aqui são as famílias [...] (ASSISTÊNCIA SOCIAL 1).

[...] quando a gente está realizando algum estudo específico, de alguma situação, a gente acaba precisando entrar em contato com a rede, acaba precisando buscar mais informações na rede, a cerca daquela determinada demanda, daquela criança, daquele adolescente, daquela família (JUSTIÇA 1).

Nos trechos acima, os entrevistados destacam que a demanda acolhida é a que a família apresenta aos serviços, e que o atendimento é prestado à família, pois é ela que representa os interesses das infâncias e juventudes diante dos(as) profissionais. Nessa perspectiva, Rosa (2010) aponta que a família é a instituição balizadora das relações sociais, da construção da identidade pessoal, bem como é o espaço de solidariedade e de reprodução material em que ocorre a identificação do transtorno mental, e é esta que fornece o apoio e o cuidado (ROSA, 2010).

As situações de sofrimento vivenciadas pelas infâncias e juventudes, segundo Mioto (2006), coloca em pauta a importância da família no contexto da vida social desse público, e ela tem sido valorizada no âmbito dos programas de orientação e apoio sociofamiliar, como previsto nas legislações. Com base nisso, reapresenta-se a discussão realizada anteriormente, na qual o ECA confirma a responsabilidade da família, da comunidade, da sociedade em geral

e do poder público em assegurar, de maneira prioritária, a efetivação dos diversos direitos devidos às infâncias e juventudes, entre eles, a convivência familiar e comunitária, que garanta, entre outras coisas, que esse público não seja objeto de negligência, discriminação e outras formas de violação (BRASIL, 1990). Nesse caminho, a Política Nacional de Saúde Mental, por meio da Lei Federal nº 10.216, reitera a importância de fortalecer os laços familiares e comunitários no cuidado com as pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2001). O próprio SUS apresenta em sua estruturação a Estratégia Saúde da Família, como tática primordial para o fortalecimento da atenção básica, ao considerar não apenas o cuidado com o indivíduo, mas também o ambiente familiar, social e geográfico, o que possibilita expandir e qualificar os seus preceitos. Já o Sistema Único de Assistência Social (Suas) anuncia a matricialidade sociofamiliar, a qual se refere à centralidade na família, ao considerá-la núcleo fundamental para a efetividade de todas as ações e serviços da política pública de Assistência Social, reconhecendo, assim, a responsabilidade estatal de proteção social às famílias (PNAS, 2004).

No entanto, conforme as análises de Teixeira (2016), a incorporação da família nas políticas públicas acontece tensionada entre duas propostas distintas: a “familista”, cuja centralidade está na capacidade natural da família cuidar e proteger, com o auxílio do mercado e das organizações da sociedade civil, e a intervenção do Estado dar-se-ia somente se houvesse falhas desses canais naturais; e a “protetiva”, a qual assegura que a capacidade de cuidados ofertados pela família está diretamente relacionada à proteção que lhe é garantida através das políticas públicas. Esse tensionamento pode ser visualizado no seguinte depoimento: “Então crianças negligenciadas, crianças que vivenciam situações de abuso. Famílias é... muitas vezes desassistidas. Pais com dificuldades... ali no exercício da sua parentalidade. Então famílias vulneráveis” (EDUCAÇÃO).

Registra-se que o termo “negligenciadas” se relaciona com a lógica familista, ao remeter a ausência de capacidade dessa família cuidar. Contudo, ainda no trecho mencionado, o(a) entrevistado(a) reitera que são famílias desassistidas pelo Estado, o que as torna vulneráveis, e com possibilidades reduzidas de exercer seu papel de cuidar de forma efetiva. Dessa forma, compreende-se que esse tensionamento entre as concepções sobre as famílias nas políticas públicas é algo constante. Mesmo diante disso, espera-se que a centralidade no acolhimento das demandas familiares para atender às necessidades das infâncias e juventudes seja realizada de maneira a não resultar na responsabilização da família, mas na compreensão que essa é uma instância que também deve ser cuidada e protegida pelo Estado.

No Capsi Dr. Alexandre Nogueira, o cuidado também não se restringe ao usuário, estende-se à família, como salientado no depoimento a seguir:

O que eu vejo assim, no Capsi, a diferença para a gente que já teve essa experiência de Caps adulto e Caps infantil, é que nossos usuários dependem 100% da família, então essa promoção não se restringe ao usuário, ela vai além, porque a gente precisa fazer todo trabalho de sensibilização da família, para poder conseguir o nosso objetivo, a gente precisa também levar até a família para sensibilizar, então, é bem complexo isso (CAPSi 3).

A família, no processo de trabalho do Capsi, é percebida como uma instância crucial, devendo ser orientada e cuidada para, também, poder cuidar. Evidencia-se que o Capsi Dr. Alexandre Nogueira oferta aos familiares das infâncias e juventudes com transtorno mental que estão sob a sua responsabilidade, atendimentos individuais e em grupo, como forma de ouvi-los e orientá-los acerca das suas demandas e necessidades, para que possam sentir-se apoiadas no seu papel de cuidar.

Salienta-se, também, nessa discussão, que o atendimento familiar deve acontecer de modo a abranger a participação das infâncias e juventudes no contentamento das suas demandas, sendo importante conceder voz a esses sujeitos e contemplar suas singularidades. Tal análise baseia-se nas exposições de Sarmiento e Pinto (1997), ao apontarem que a satisfação dos direitos das infâncias e juventudes deve ser feita observando a proteção (contra todas as formas de violência), a provisão (necessidades básicas) e a participação nas decisões sobre sua própria vida. É atender as famílias sem descuidar dos direitos individuais das infâncias e juventudes com transtorno mental.

Dito isso, compreende-se que o lugar ocupado pelas infâncias e juventudes com transtorno mental, no sistema de proteção social em Teresina, é determinado pelas necessidades e demandas que são postas pelas famílias aos profissionais, conforme a especificidade dos serviços. E que é preciso avançar no desafio de superar essa fragmentação e de garantir a participação efetiva desse público para, assim, alcançar a integralidade do cuidado.

4.3.2 A peculiaridade do cuidado intersetorial ofertado às infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí

Como visto nos capítulos anteriores, a intersetorialidade tem sido concebida como estratégia fundamental na construção de um cuidado integral. Todavia, ela se desenvolve no Brasil em um cenário marcado pela disputa entre o projeto democrático e o projeto neoliberal.

Na perspectiva do projeto democrático a intersectorialidade é a articulação capaz de responder às necessidades sociais de forma integral. Já no contexto da contrarreforma neoliberal a intersectorialidade é utilizada como estratégia de otimização dos recursos que auxilia na racionalização do Estado (PEREIRA, 2019). Logo, a intersectorialidade é um componente importante tanto na agenda democrática quanto no ordenamento neoliberal, expressando projetos políticos contraditórios.

Diante disso, indagou-se aos entrevistados sobre as situações, entre as que são postas, que requerem articulação intersectorial:

São, todas. E essas crianças, elas geralmente são negligenciadas, porque quando elas chegam aqui, a gente percebe que não tem tratamento. E eu percebo que muitos dos casos eles se dão em situações de vulnerabilidade social, são pessoas pobres que moram em situações de miséria, muitas vezes, então elas não têm acesso à saúde, não tem acesso a programas sociais e políticas públicas que possam atender essa necessidade específica (JUSTIÇA 2).

Todas que a gente recebe precisa de articulação, até porque no Estatuto da Criança e do Adolescente é preconizado, assim, não o atendimento focal, o atendimento com as outras instituições, então a educação, saúde, lazer, né, assistência, quando tem idade: cursos profissionalizantes. Então, assim, sempre precisa de atendimento intersectorial, a gente nunca faz atendimento sozinho, assim apenas focando na assistência, sempre precisa dos outros atores (ASSISTÊNCIA SOCIAL 2).

Todas! Todas precisam. Seja por questão sociais, por questões de outro serviço de saúde que podem, de certa forma, melhorar mais esse atendimento dessa criança (GESTOR 1).

Perante as falas dos entrevistados, ao afirmarem que todas as situações precisam de articulação intersectorial, percebe-se que eles visualizam, ante as suas especificidades, a necessidade de estabelecer um diálogo entre os serviços que compõem o sistema de proteção social para as infâncias e juventudes com transtorno mental, com a finalidade de atender às necessidades e demandas que esse público apresenta no decorrer dos atendimentos.

No Capsi Dr. Alexandre Nogueira a vivência permite ressaltar o diálogo necessário entre os serviços para acolher, entre outras demandas, situações referentes à violência sexual, às infâncias e juventudes desprotegidas e ao uso de álcool e outras drogas. Nesse caminho, para uma melhor compreensão sobre essas questões que demandam articulação intersectorial, questionou-se também os profissionais do Capsi Dr. Alexandre Nogueira durante o grupo focal. Os entrevistados citaram alguns exemplos importantes, como se pode verificar a seguir:

Bullying, fome, miséria, habitação, preconceito, violência doméstica, obesidade, desemprego, pauperização, transporte, problemas disfuncionais... (CAPSi 1).

Quando chega um paciente com vulnerabilidade, a gente faz toda essa articulação, UBS... (CAPSi 3).

Por que que a gente faz isso, para responder questões de bullying, fome, violência, conflito familiar que a gente busca muito por conta disso, as demandas são essas... (CAPSi 1).

As vulnerabilidades do paciente, remédios... as vezes o paciente não vem nem com o familiar, vem com uma pessoa que nem mora com ele para fazer atendimento e a gente já faz esse acionamento da rede, já observa que ali tem uma fragilidade muito grande, então é uma série de questões (CAPSi 3).

A gente percebe que a maioria dos fatores interferem na própria saúde, na promoção mesmo, é essa questão social mesmo, é por isso que é psicossocial, era para ser socialpsico? (CAPSi 2).

Então, a partir da realidade observada e das menções nas entrevistas, tanto pelos profissionais das demais políticas públicas como pelos profissionais do Capsi, nota-se a identificação da articulação intersetorial como estratégia para intervir nas múltiplas expressões da questão social, como negligência, vulnerabilidade, fome, miséria, habitação, preconceito, violência doméstica, obesidade, desemprego, pauperização, transporte, entre outras, as quais são apresentadas aos profissionais pelos usuários e seus familiares.

Por conseguinte, apresenta-se a questão social compreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm sua raiz na produção social e no trabalho cada vez mais coletivo, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada e monopolizada por uma parte mínima da sociedade (IAMAMOTO, 2008). Assim, ao evidenciar que a questão social representa as desigualdades causadas pelo processo de acumulação do capital, a classe trabalhadora exige do Estado e da Sociedade civil medidas de resolução e enfrentamento, de forma que o Estado passa a intervir por meio de políticas sociais.

Compreende-se, diante disso, a indispensabilidade da articulação intersetorial entre as Políticas Sociais, na intervenção sobre as expressões da questão social, já que se apresenta como uma estratégia privilegiada no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental, ao favorecer o diálogo contínuo entre as Políticas Sociais que compõem o Sistema de Proteção Social voltado para este público.

Outro quesito que merece ênfase na análise do conteúdo apresentado pelo questionamento sobre as situações que requerem articulação intersetorial é que os entrevistados

compreendem essa articulação como a realização de encaminhamentos entre as políticas públicas, e isso fica notório nas seguintes manifestações:

[...] quando a gente percebe, encaminha para a avaliação do pediatra, alguns casos, avaliação médica, avaliação que encaminha para a avaliação do neuropediatra e alguns casos psicólogo e psiquiatra, também (SAÚDE).

[...] eu acho que os que chegam até nós, é mais nesse sentido de a gente encaminhar para os serviços de saúde que trabalham com o tratamento do transtorno mental (GESTOR 2).

E quando aparece essa questão do transtorno mental a gente procura fazer esse diálogo com a escola para saber da questão do atendimento nos Caps (GESTOR 3).

Todas. Todas elas nós precisamos de articulação, para dá uma resposta a aquelas demandas, todas elas nós buscamos fazer as articulações, os encaminhamentos. E quando a gente recebe, né, algum processo de guarda, que a mãe coloca que a criança faz acompanhamento em saúde mental, a gente acaba fazendo as orientações para a questão da rede de saúde ou pública ou privada (JUSTIÇA 1).

Aí as meninas fazem toda essa articulação com a escola, a gente faz encaminhamentos para outros locais, como, por exemplo, Ana Cordeiro, que são lugares que eles nos apoiam e mantém essa promoção de qualidade de vida dos nossos pacientes que têm deficiência intelectual, e a gente tem essa promoção de saúde em relação a isso, nós tentamos fazer com outros lugares, como, por exemplo Apae ou qualquer outro lugar que este paciente frequente (CAPSi 2).

Os depoimentos demonstram que o termo “encaminhamento” é utilizado quando os entrevistados fazem referência à maneira como têm estabelecido contato com outros serviços para a resolução das demandas e necessidades das infâncias e juventudes com transtorno mental. Diante disso, cabe problematizar como ocorre esse encaminhamento, pois não foi possível identificar se há um protocolo ou um fluxo, o que faz com que o encaminhamento ocorra de forma diferente em cada serviço, aparentando um mero repasse de responsabilidade, já que se observa que o encaminhamento é utilizado como estratégia pontual para mobilizar os serviços e facilitar o acesso desses usuários, e isso se dá conforme a demanda apresentada aos profissionais, e essa situação diverge da intersetorialidade, que pressupõe a corresponsabilização.

Tal circunstância corrobora com o que expõe Schutz e Miotto (2010), de que as demandas são encaminhadas de setor em setor sem que suas necessidades sejam satisfeitas de forma integral, pois a população tem que se submeter a um paralelismo de ações, com

preenchimento de um mesmo cadastro em diversos serviços ou ainda com repetição da mesma história nos vários atendimentos.

Como exemplo, tem-se a vivência do cotidiano do Capsi Dr. Alexandre Nogueira, o qual recebe diversas solicitações⁹ de acompanhamento, principalmente do sociojurídico, que judicializa algumas situações e, às vezes, encaminha a mesma solicitação para outros serviços, requerendo avaliação de demandas específicas. Essas solicitações, algumas vezes, são para o atendimento de um público que não se enquadra no perfil¹⁰ de atendimento do Capsi. Contudo, acredita-se que o diálogo sobre as situações é necessário e que uma articulação entre os setores, de maneira planejada e contínua, que possibilite a troca de conhecimento, poderia evitar a sobreposição e a justaposição de ações, e até mesmo a violência institucional¹¹, possibilitando o atendimento real da necessidade da família.

E por mais que as Políticas Públicas possuam redes de serviços específicas organizadas de maneira setorial, de acordo com suas particularidades, o foco deve ser a articulação intersetorial entre essas redes.

Então, em contraposição ao encaminhamento, a intersetorialidade supõe que as Políticas Públicas, apesar das suas especificidades, devem se interligar por meio do desenvolvimento de ações conjuntas, cujas decisões e ações devem ser unívocas para o bem comum, destinadas à Proteção Social e ao enfrentamento das desigualdades sociais (YAZBEK, 2014; PEREIRA, 2014).

Portanto, entende-se que em vez de encaminhar, deve-se realizar a articulação intersetorial, com o planejamento das atividades conjuntas, com a articulação entre os saberes e as práticas setoriais, ao reunir os conhecimentos diversos na construção de objetos e objetivos comuns, a fim de atuar sobre as necessidades reais (MONNERAT; SOUZA, 2014).

Sendo assim, o cuidado intersetorial ofertado às infâncias e juventudes com transtorno mental de Teresina-Piauí tem sido construído em conformidade com as necessidades materializadas pelas expressões da questão social que são apresentadas a cada serviço. Porém, a efetivação da intersetorialidade tem sido obstaculizada pela utilização dos encaminhamentos,

⁹ As solicitações do sociojurídico ao Capsi são de visitas domiciliares, participação em audiências e acompanhamento de casos, em sua maioria, sobre o uso de substâncias psicoativas, violência sexual e vulnerabilidade social. Na ocasião, a equipe faz a visita domiciliar ou o atendimento individual para avaliar a demanda e ofertar os cuidados necessários, de acordo com suas possibilidades.

¹⁰ Transtorno mental grave e severo.

¹¹ De acordo com a Lei nº 14.321/2022, violência institucional ocorre quando o agente público submete uma vítima de infração penal ou a testemunha de crimes violentos a "procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que a leve a reviver, sem estrita necessidade, a situação de violência ou outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização".

fato que chama atenção para a necessidade de atuar na compreensão de intersectorialidade em conformidade com o projeto democrático, como uma articulação capaz de proporcionar atenção integral às necessidades apresentadas.

4.3.3 As políticas públicas que integram o diálogo

Nesse tópico, cabe lembrar, conforme o exposto nos capítulos anteriores, que Política Pública é a ação e a omissão do governo, podendo se apresentar como um programa de ação governamental num setor da sociedade ou num espaço geográfico, sendo caracterizada como saúde, educação, seguridade social, entre outros (MULLER; SUREL, 2002).

Com esse entendimento e com o intuito de responder ao primeiro objetivo desse estudo, perguntou-se aos entrevistados quais as Políticas Públicas que mais se articulam, no seu trabalho, para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental. Perante a questão, a fala dos sujeitos ilustra os diversos setores que podem colaborar com esse cuidado, como pode ser observado nos trechos a seguir:

Educação e Saúde Mental, acho que são as principais, e como a gente trabalha com violência, então tem o Sistema de garantia de direitos, assim, de justiça mesmo, que eu falo, essa parte de justiça (ASSISTÊNCIA SOCIAL 2).

E aí são essas duas políticas que a gente visualiza com maior articulação: saúde e educação (GESTOR 2).

As políticas públicas que nós mais nos articulamos são as políticas de saúde mental, especial a saúde, a assistência social e a educação. E aí os serviços seriam os Capsi. Os Caps, porque também tem a questão dos encaminhamentos das famílias. A rede de assistência, os equipamentos da assistência, Cras e Creas do território, esses de forma muito recorrentes (JUSTIÇA 1).

Tudo da infância e da juventude precisa passar pela intersectorialidade, não se trabalha infância e juventude sem trabalhar saúde, educação, assistência social. Principalmente esses três. Esses três que são os mais importantes (JUSTIÇA 3).

É muito interessante essa pergunta, porque assim, por mais que eu tenha falado no Caps infantil, mas a particularidade aqui desse serviço, como... a demanda que vem pra cá, não é recorrentemente a do transtorno mental mais grave, então eventualmente nós vamos estar fazendo essa articulação com o Caps infantil, então, como muitas vezes esse adoecimento mental, ele já vem como uma comorbidade do transtorno de ansiedade, ele vem como uma consequência de todas as condições socioculturais e econômicas desfavoráveis para o desenvolvimento saudável, pra uma saúde mental, então o serviço que mais vai ser articulado, são as políticas de Assistência Social, o Cras e o Creas (EDUCAÇÃO).

As falas dos entrevistados convergem e revelam que cada situação é direcionada as políticas públicas que se enquadram para o atendimento das demandas e necessidades apresentadas pelos sujeitos, com destaque para a Saúde, a Educação, a Assistência Social e, especialmente, a Saúde mental. Chama-se a atenção para o fato de quando as outras políticas reconhecem as infâncias e juventudes com transtorno mental nos serviços, estes são direcionados para os dispositivos de Saúde mental, sobretudo os Caps infantojuvenis, para o imediato cuidado dos sintomas, reforçando o modelo centrado na doença.

Isso pode acarretar a centralização e sobrecarga do cuidado desses sujeitos apenas nos serviços de Saúde Mental, que em Teresina, para o público infantojuvenil, são organizados da seguinte maneira: um ambulatório municipal, no Hospital do Parque Piauí, inaugurado em 2021, para o atendimento de transtornos mentais leves e moderados, os quais, também, podem ser acolhidos nas Unidades Básicas de Saúde, conforme organização desses serviços, e nas clínicas escolas; o Cmam, que acolhe as demandas dos alunos da rede municipal de ensino com transtorno ou dificuldade de aprendizagem; os Caps infantojuvenis Martinelli Cavalca e Alexandre Nogueira para o acolhimento dos transtornos mentais grave e severos, conforme Portaria MS nº 336/2002, os quais possuem uma divisão territorial para atender a população do município de Teresina e do Piauí; e os serviços de urgência e emergência, destacando-se o Hospital Areolino de Abreu.

Essa realidade de organização da Rede de Atenção Psicossocial em Teresina suscita, muitas vezes, a reflexão acerca da insuficiência do número de serviços para as infâncias e juventudes com transtorno mental na capital e no Estado, mas também reforça a necessidade de se pensar a mudança na lógica de organização das políticas públicas, pois a fragmentação e esse direcionamento aos serviços de saúde mental, além de reforçarem o modelo biomédico, podem desassistir uma parcela significativa da população.

E tal situação defronta-se com a compreensão de Amarante (2016) sobre a reforma psiquiátrica, concebendo-a, segundo o conceito de desinstitucionalização, como desconstrução da lógica manicomial, que olha apenas para a doença, pois o intuito é olhar e cuidar da pessoa com transtorno mental com práticas inovadoras que possibilitem o convívio social e a integralidade.

Por conseguinte, cabe evidenciar o processo de inclusão das infâncias e juventudes com transtorno mental, conforme fluxograma de atendimento (ANEXO D), no Capsi Dr. Alexandre Nogueira, o qual acontece mediante avaliação inicial desse público para verificar o nível de comprometimento psicossocial, ponderando o enquadramento deles naquilo que a Política de

Saúde Mental considera como transtorno mental grave e severo. Após a inserção no serviço com a abertura de prontuário, as infâncias e juventudes passam a ser cuidadas, de acordo com suas necessidades. E para isso, o diálogo com as demais Políticas Públicas também é requerido, como pode ser visto nos trechos a seguir do grupo focal, em que os(as) profissionais destacam os serviços e as políticas públicas que mais se articulam no seu trabalho:

Cras, Creas... (CAPSi 1).

O Conselho Tutelar... (CAPSi 2).

A Assistência Social, a primeira... (CAPSi 1).

Abrigo também é uma coisa que a gente articula... (CAPSi 3).

E de esporte, esporte e educação [...] (CAPSi 5).

Até defensoria fulana faz contato, olha encaminha.... (CAPSi 3).

A escola, a própria UBS, o esporte.... a cultura, o lazer... (CAPSi 2).

Os depoimentos destacam que o Capsi realiza diálogo com a política de Assistência Social, Esporte, Educação, sociojurídico, entre outras, para o atendimento das demandas dos seus usuários. Tal fato é reiterado nos relatórios de gestão dos anos de 2018, 2019 e 2020, que apresentam um tópico sobre parcerias e nele destacam os seguintes serviços: 25º Batalhão de Caçadores; Abrigo Reencontro; Bibliosesc;¹² Colégio Einstein; Residência Multiprofissional da Uespi; Semec; Semcaspi; Cmam; 1ª Vara da Infância e da Juventude; IFPI; Casa de Punaré; Cras; Creas; INSS; Atenção Básica; Clínica Escola Uninovafapi (odontologia e fonoaudiologia); Casa de Cultura – Cursos profissionalizantes; Apae; Sesc; Equoterapia – Polícia Militar; Ação Social Arquidiocesana – Projeto Integrar; Abrigo Feminino; Hospital Areolino de Abreu; Esperança Garcia; Ria Leste; Ria Sudeste; Capsi do Estado; Associação dos Amigos dos Autistas; Abrigo São Lucas (FMS, 2018, 2019, 2020). Com os depoimentos e as parcerias relatadas é possível visualizar que o Capsi Dr. Alexandre Nogueira estabelece contato com as mais diversas políticas públicas e serviços, buscando acolher e atender às demandas e necessidades postas pelos usuários e seus familiares.

Diante disso, ressalta-se que os Centros de Atenção psicossocial Infantojuvenil (Capsi) são dispositivos que devem atuar como elemento estratégico na articulação e no apoio de uma rede ampliada, que inclui não só a Saúde, mas a Educação, a Assistência Social, a Justiça, entre outros, no cuidado das infâncias e juventudes (REIS *et al.*, 2016). Então, a articulação

¹² Programa itinerante de incentivo à leitura do Sesc.

intersetorial é atribuição estratégica do Capsi, estando previstas nas legislações que regem esse dispositivo, e a Raps para a construção do cuidado integral para com esse público.

Além disso, o Sistema de Garantia de Direitos, que institucionaliza a política de atendimento prevista no ECA, estabelece a responsabilidade das diversas instituições que atuam de acordo com a sua competência, em superar a fragmentação histórica, para assim garantir, por meio da articulação, os direitos previstos nas normativas legais, nas políticas e nas práticas (BAPTISTA, 2012). Dessa forma, é salutar reconhecer as políticas públicas que corriqueiramente dialogam entre si, com o desígnio de responder às necessidades e demandas das infâncias e juventudes com transtorno mental.

Com isso, caracteriza-se que as necessidades e demandas que requerem articulação intersetorial entre as políticas de saúde mental, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico, para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental, são apresentadas, em sua maioria, pelas famílias desses sujeitos e marcadas pelas múltiplas expressões da questão social, de acordo com as especificidades de cada serviço.

Nesses termos, é importante sublinhar a construção histórica das Políticas que compõem a Seguridade Social, com suas diferentes direções, já que tal situação estabelece o desafio de superar a lógica do encaminhamento e oportunizar ações inovadoras que favoreçam a reconstrução do sistema de Seguridade Social, buscando resgatar os sentidos de integração e transversalidade presentes na ideia de sistemas de proteção social (MONNERAT; SOUZA, 2011). Mesmo que as Políticas de Saúde Mental, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico possuam redes setorializadas, o foco precisa ser a construção de estratégias intersetoriais que compreendam os sujeitos em sua totalidade, para além da demanda inicial apresentada, apontando para o atendimento integral de suas necessidades.

4.4 A concretude da articulação intersetorial: ações, atividades e intervenções desenvolvidas no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí

Com o intuito de visualizar a materialidade da intersetorialidade no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental, o segundo objetivo desse estudo propôs-se a descrever as ações, as atividades e as intervenções de natureza intersetorial planejadas e realizadas em articulação entre as Políticas de Saúde Mental, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico no município de Teresina-Piauí. Para isso, foram examinadas as ações planejadas e as realizadas no cenário do estudo.

4.4.1 Entre ausências e possibilidades: o planejamento das ações intersetoriais na realidade do Sistema de Proteção Social para infâncias e juventudes com transtorno mental

O planejamento, segundo Baptista (2015), ao considerar sua dimensão política é um processo contínuo de tomadas de decisões inscritas nas relações de poder. Diante desse conceito, questionou-se os entrevistados acerca da realização do planejamento das ações, atividades e intervenções de natureza intersetorial no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental. Tal indagação fundamentou-se ainda nas considerações de autores como Monnerat e Souza (2014), que aloca o planejamento como algo central ao debate para o alcance de ações públicas integradas.

As respostas a essa pergunta se deram de maneira diversa, conforme a realidade de cada serviço. Alguns pontuaram que não existe planejamento específico para a articulação intersetorial, voltado para o cuidado com esse público, o que pode ser visto nos seguintes depoimentos:

Dentro do XXX¹³ não tem muito esse planejamento não... (JUSTIÇA 2).

Com transtorno mental a gente ainda não fez, assim, pelo menos no que eu, estando aqui, não lembro. A gente faz, assim, com outros setores, mas de ir, de conversar sobre alguns temas, mas com a saúde mental, eu não lembro (ASSISTENCIA SOCIAL 2).

Na XXX planejar de maneira específica pra essa demanda, não existe um planejamento (JUSTIÇA 1).

Com base nas discussões realizadas anteriormente compreende-se que para se efetivar a intersetorialidade é necessário aperfeiçoar a habilidade de elaborar planejamentos integrados. O planejamento das ações intersetoriais é posto por autores como Monnerat e Souza (2014), Teixeira e Paim (2000) e Junqueira (2004) como uma ferramenta indispensável para a articulação entre áreas de conhecimentos diversas e suas práticas específicas, pois possibilita a construção de objetos de intervenção comum e a disposição do cuidado com os cidadãos de maneira integrada. Contudo, o que se percebe nos trechos acima é que esse não planejamento de ações intersetoriais voltadas para as infâncias e juventudes com transtorno mental possibilita ponderar acerca da execução da intersetorialidade como um todo dentro dos serviços, tendo em vista que a realização de planejamento integrado oportuniza a articulação entre os diversos setores para a resolução de quaisquer demandas e necessidades postas pela sociedade. E não se

¹³ Uso do xxx para não revelar o local e preservar o anonimato e sigilo.

pode olvidar que as expressões da questão social estão dadas e requerem cada vez mais integração entre as Políticas Públicas.

Outra situação que surgiu na interrogação sobre a realização do planejamento foi dos serviços que, assim como o Capsi Dr. Alexandre Nogueira, realizam seu planejamento específico, em que as outras Políticas Públicas participam como convidadas durante a execução da ação, conforme as suas atribuições e dentro das especificidades dos casos apresentados para realizar o cuidado com esse público. E isso é verificado de acordo com os trechos a seguir:

Assim, o que nós fazemos...esse planejamento, ele não tem assim um momento específico. Ele acontece junto com as discussões de caso, junto com a elaboração do que nós chamamos aqui de PTG, Projeto Terapêutico Global (EDUCAÇÃO).

Já foi até planejado, e vai ser replanejado, por conta aqui da demanda que não foi possível, da questão de processo seletivo de professores. É um encontro entre a divisão de educação inclusiva, a GAE, a DAE da Semec, as meninas do Capsi (GESTOR 3).

Sim e não, porque a gente também não pode se jogar também não, a gente planeja na educação, planeja reuniões, planeja estudo de caso, planeja uma ida a uma ação com uma discussão no Caps Sudeste, esse mês mesmo discuti com o Caps Leste de forma planejada com o abrigo, porque sim e não, porque majoritariamente, na totalidade não (CAPSi 1).

A gente faz na medida que vai... das demandas... (CAPSi 4).

Os depoimentos assinalam que são realizadas discussões de caso, reuniões em consonância com as demandas postas, de maneira conjunta, mas que a intencionalidade da ação é de uma das partes, que convida as demais para estarem juntas na execução.

Para exemplificar, tem-se o Projeto “Mente Cidadã: família, vulnerabilidade e saúde mental”, através do qual a Defensoria Pública do Piauí reúne diversos serviços como: o Cras, o INSS, a Defensoria Pública da União, o Instituto de Identificação da Polícia Civil, entre outros, e os leva para prestar seu respectivo atendimento dentro dos serviços de saúde mental, de forma a facilitar o acesso e proporcionar orientação jurídica aos usuários e seus familiares (FEITOSA, 2021). Como visto, esse é um projeto que proporciona o acesso dos usuários da saúde mental a diversos serviços, no entanto, é de iniciativa da Defensoria Pública, que organiza a ação e a executa junto aos Caps. O Capsi Dr. Alexandre Nogueira teve duas ações do projeto, em 2019 e 2022. Nesse intervalo, o que se registrou como continuidade da ação do projeto foi o vínculo construído com a defensora pública Patrícia Feitosa, que coordena o projeto, cuja relação de troca possibilita informações apropriadas para as demandas.

Todavia, essa conjuntura possibilita refletir se após a execução essas ações são continuadas ou foram ações pontuais que findaram com a conclusão do momento. Sabe-se que para a concretização da intersetorialidade é necessário que as ações aconteçam de maneira planejada, integrada, contínua e permanente. Quando não se identifica essa continuidade integrada e planejada das ações, essa circunstância chama a atenção para a visão endógena da intersetorialidade, a qual se apresenta com um viés restrito, em que outras áreas devem se juntar a um setor que acena para intervir sobre os problemas (MONNERAT; SOUZA, 2014).

Outra experiência nesse sentido foi a realização, nos anos de 2018 e 2019, do Fórum Intersetorial de Saúde Mental Infantojuvenil, atividade planejada e proposta pelo Capsi Dr. Alexandre Nogueira. Em 2018, o I Fórum convidou instituições para o diálogo e a exposição das suas estratégias de atuação com o objetivo de discutir os desafios e as perspectivas e estabelecer vínculos para o cuidado intersetorial das crianças, adolescentes e jovens de Teresina. Em 2019, o II Fórum buscou ampliar o diálogo com as instituições e, assim, construir coletivamente as estratégias de cuidado intersetorial e integral para o público infantojuvenil de Teresina (FMS 2018, 2019). No entanto, o convite partiu do Capsi Dr. Alexandre Nogueira para que as instituições participassem do Fórum, com o intuito de ampliar os vínculos entre os serviços.

O vínculo foi ampliado, as instituições continuaram se encontrando, porém, esse encontro acontece de maneira esporádica, conforme as situações requerem atenção, não sendo possível visualizar planejamento e continuidade das ações, verificando-se que as ações são pontuais. E, além disso, após esses eventos não houve mais chamamento para a realização do Fórum, que está desde o ano de 2020 sem ser feito, entretanto, não se sabe se essa ausência do Fórum é devido à pandemia ou por conta da falta de incentivo, pois este não deve figurar como um projeto isolado de profissionais, mas fazer parte do calendário de atividades da gestão, já que discute a intersetorialidade, que é a diretriz política necessária para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental. Porém, chama atenção o fato de o planejamento e a realização do Fórum não terem sido citados nas falas dos(as) profissionais do Capsi Dr. Alexandre Nogueira durante a realização do grupo focal.

O êxito da intersetorialidade depende de uma direção comum entre setores com práticas e tarefas distintas, e segundo Couto e Delgado (2016a), o Capsi, como dispositivo estratégico, deve iniciar o processo, mas não pode encerrar em si a materialidade da articulação intersetorial. Por isso a importância do planejamento compartilhado, tendo em vista que essa estratégia estabelece um estágio de relacionamento entre as instituições dos diversos setores instituídos

no respeito às diferenças de concepções e competências (TEIXEIRA; PAIM, 2000). E isso converge para a afirmação de Bidarra (2009) de que investir na participação ativa dos sujeitos permite a identificação e o sentimento de pertença ao processo.

Portanto, o planejamento coloca-se como indispensável para a intersectorialidade, ao assentir que as responsabilidades sejam construídas de maneira contínua e compartilhada. Dessa forma, percebe-se que há um hiato entre a intenção e a prática nesse contexto, conforme será evidenciado no tópico a seguir.

4.4.2 A realidade das ações, atividades e intervenções intersectoriais para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental

Atuar na perspectiva da intersectorialidade está para além de uma lista de ações e serviços, requer a habilidade de construir e compartilhar compromissos, de organizar tarefas e intervir em objetos e objetivos comuns, erguidos de maneira conjunta, o que difere das propostas de sobreposição ou justaposição de ações setoriais (BIDARRA, 2009; MONNERAT, SOUZA, 2014). No entanto, ao serem interrogados sobre as ações, as atividades e as intervenções em articulação entre as Políticas Sociais no cuidado com esse público que, de fato, são realizadas, os entrevistados relataram o seguinte:

A gente faz... [...] essa intersectorialidade em relação a saúde e educação, que é o programa saúde na escola e quando nós fazíamos antes da pandemia, a gente detectava muitas crianças com transtorno de comportamento, problemas no desenvolvimento e... a escola, entrava em contato com a família, a família agendava, assim, uma consulta aqui na UBS pra gente fazer esses encaminhamentos...pro neuro, psicólogo, psiquiatra, conforme a necessidade (SAÚDE).

Nesse trecho, cabe sublinhar a citação ao Programa Saúde na Escola, no qual as Políticas de Saúde e Educação se articulam para promover saúde e educação integral às crianças, aos adolescentes, aos jovens e aos adultos da educação pública brasileira. Frisa-se a intersectorialidade como diretriz desse Programa, em que o desenvolvimento das ações implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois o que deve ser assegurado é a sustentabilidade e a corresponsabilização entre as políticas públicas (BRASIL, 2007). Além disso, a escola é tida como lócus importante para atividades de orientação e troca de informação:

A gente faz sim é atividades, é... de conscientização dentro de escolas, principalmente escolas, para que a gente possa orientar tanto o corpo docente como as famílias a perceberem quando a criança precisa de um

acompanhamento, e a gente esclarece os direitos que eles têm de atendimento, principalmente os pais, nesse momento, orientar que eles tenham ciência de que existe um local, de que é um direito da criança ser atendida com prioridade nesses setores (JUSTIÇA 2).

Discussão ampliada de caso, fazendo palestras educativas, que inclusive a gente está tentando romper isso pontualmente em escolas, discussão ampliada com equipes técnicas que a gente avançou muito, quando a gente chamou, por exemplo, a equipe toda de um serviço mostrando e pedindo que eles vejam isso... (CAPSi 1).

Os excertos acima reforçam o espaço escolar como local em que é possível disseminar informações necessárias para o cuidado com as infâncias e juventudes, o que possibilita a articulação entre os setores para a realização dessas ações. Entretanto, são situações que acontecem de maneira pontual, via solicitação de alguns dos serviços ou até mesmo da própria escola para abordar temas específicos.

Outra intervenção realizada são as audiências concentradas:

Elas seriam mais nesse sentido, quando a gente faz esses momentos dessas audiências concentradas, esses estudos de caso e quando a gente realiza esses encaminhamentos. É fato que essa terceira modalidade, podemos dizer assim, que nós realizamos, ela é... quando a gente está realizando algum estudo específico, de alguma situação, a gente acaba precisando entrar em contato com a rede, acaba precisando buscar mais informações na rede, a cerca daquela determinada demanda, daquela criança, daquele adolescente, daquela família (JUSTIÇA 1).

As audiências concentradas realizadas pelo sociojurídico têm como propósito reavaliar a situação jurídica e psicossocial das infâncias e juventudes, e para essa ação, convocam e recorrem ao diálogo com as demais políticas para juntas traçarem estratégias para o cuidado com esse público. Todavia, as audiências debatem casos também de maneira pontual para a definição de ações, conforme a necessidade das famílias, o que vai resultar em encaminhamentos em que cada serviço vai assumir a sua responsabilidade na situação.

Nota-se que esse diálogo convocado por uma política pública para a resolução de demandas específicas é algo que tem aparecido como rotineiro nesse debate sobre a intersetorialidade. E nesse caminho, tem-se as ações em forma de encaminhamento para garantir o acompanhamento:

Então a gente vai atrás fazer esse atendimento com a família e perceber essas situações para fazer os encaminhamentos, para que a criança seja atendida de forma mesmo completa, que ela tenha esse acompanhamento... (ASSISTÊNCIA SOCIAL 2).

Então assim, o que vai de certa forma prevalecer são os encaminhamentos que nós vamos fazer para os demais serviços, mas também os acompanhamentos. Então essa criança que foi encaminhada para o Caps infantil, que foi encaminhada para o Creas, que foi encaminhada para o Cras, que foi encaminhada para o Ceir, que foi encaminhada para Apada, enfim, que foi encaminhada para outros serviços, nós costumamos fazer não só... melhor dizendo, além do acompanhamento, também, o compartilhamento (EDUCAÇÃO).

Do que já é feito: de repente essa criança tem um problema social de..., né... dificuldade financeira... hoje o Capsi ele consegue, de alguma forma, se relacionar com a Semcaspi, que é a secretaria de Assistência Social, consegue encaminhar para os serviços, né... sociais, pra que essa família possa ter uma condição, uma dignidade melhor de vida e, conseqüentemente, é... esses problemas sociais relacionados aos transtornos mentais possam ser melhorados (GESTOR 1).

A partir dessas análises e das declarações acima acentua-se que os serviços se dirigem a pontos comuns ao realizarem ações como palestras, orientações, discussões/estudos de caso, entre outras, as quais culminam no encaminhamento das demandas entre si. Com isso, entende-se que as ações realizadas são pontuais de encaminhamento, até mesmo de diálogo entre as Políticas, muitas vezes, convocadas por um serviço conforme as demandas que recebe no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental. Não se identificou nas falas a presença do planejamento articulado, a partilha de decisões, a intervenção conjunta das ações acertadas entre os serviços que compõem as políticas públicas. Sendo assim, com os exemplos das ações expostas nos discursos dos entrevistados não se visualizou a materialidade da intersetorialidade no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí.

Contudo, essas ações esporádicas podem ser o início da concepção de atos coletivos para a construção da intersetorialidade, mas não devem se encerrar em si, pois a proposta intersetorial não se faz de modo fragmentado ou esporádico, é necessário investir na superação das desigualdades por meio da construção de projetos de vida comuns, que resultem no desenvolvimento local e participativo (TAÑO; MATSUKURA; MINAEL, 2021).

O desafio não está no entendimento acerca da relevância da articulação intersetorial, mas na aptidão de fazer isso na prática.

Contudo, destaca-se que existem serviços que experienciaram a realização de ações compartilhadas antes da Pandemia, de maneira articulada com as RIA:

Não, o que existia, antes da pandemia existia o RIA, que era o pessoal da Saúde mental que articulava e nós participávamos das atividades do RIA, entendeu? Então, o que existia era isso, mas está suspenso, com essa pandemia muita coisa ficou suspenso (ASSISTÊNCIA SOCIAL 1).

É... sim, relativamente. Algumas, por exemplo, alguns serviços que a gente consegue realizar, tem sido... teve um declínio, mas nós temos as RIAs territoriais, que são as Redes, Integradas de... (GESTOR 2).

A Rede, Instituições e Articulações, mais conhecida como RIA, foi criada no ano de 2015, por iniciativa de duas Assistentes Sociais¹⁴ do Caps II Sul, com a proposta de articular a rede às políticas públicas, e assim promover a integralidade do cuidado da pessoa com transtorno mental no município de Teresina-Piauí. A RIA foi instituída na perspectiva de articular e integrar os dispositivos que compõem a rede socioassistencial, a rede de atenção psicossocial e as demais redes e serviços que demonstrarem interesse com a proposta. A orientação é que tais dispositivos realizem ações intersetoriais e atividades intergeracionais, trabalhando a pessoa com transtorno mental como cidadão/cidadã que pertence ao seu território e não apenas a um serviço específico (LIMA; SANTOS, 2015).

De modo que os objetivos da RIA, conforme seu plano de ação, são: articular a rede formal e informal de cada zona territorial de Teresina-PI; mapear os dispositivos localizados em cada zona territorial de Teresina; proporcionar a comunicação contínua entre os diversos atores sociais que compõem a rede formal e informal do município de Teresina; realizar ações intersetoriais nos diversos espaços da rede; planejar atividades intergeracionais a serem executadas em cada território, sem critérios de exclusão; favorecer a reinserção social da pessoa com transtorno mental no território (LIMA; SANTOS, 2015).

Como estratégias de intervenções a RIA instituiu: reuniões mensais; realização de atividades compartilhadas no território; discussão de casos; matriciamento; visitas conjuntas, entre outras (LIMA; SANTOS, 2015). Portanto, vale destacar que as ações da RIA são planejadas em conjunto pelos seus participantes, logo, em seu período de execução foi possível discutir temas como: valorização da vida, promoção de saúde e qualidade de vida no território, assim como realizar as festas de carnaval e de São João de maneira conjunta, o que possibilitou, naquele momento, a integração da pessoa com transtorno mental e da comunidade. Nota-se que tais ações permitem que os serviços envolvidos na RIA se mantenham em constante contato, o que é lembrado no trecho a seguir:

É... antes da pandemia, como já falei, nas RIAs a gente tinha... todo... essas ações do setembro amarelo, principalmente, era o mês de concentração das atividades, então, é... se faz essa articulação com essa rede de serviços para fazer ações, principalmente, nos territórios, seja nas praças, seja em local estratégicos, dentro... dentro do território. E aí a gente percebe ações concentradas nesse sentido, mas aí a gente percebe que essa articulação é bem

¹⁴ Idealizadoras da RIA: Diaponira Vitoria da Silva Santos e Sayonara Genilda de Sousa Lima.

feita, quando a gente se propõe a fazer inclusive, todos os serviços, todos os profissionais se dedicam mesmo, procuram levar ações para essa comunidade, para esse público que perpassa pelas políticas públicas, como saúde, como por outras (GESTOR 2).

Pereira (2019), sobre a discussão da RIA, aponta essa iniciativa como um projeto importante para a construção de uma cultura de cuidado compartilhado e para o desenvolvimento da comunicação contínua entre os diversos setores. Segundo essa autora, que realizou uma pesquisa sobre o tema, a RIA proporcionou o diálogo e o estreitamento de vínculos entre os profissionais de um mesmo território, o que é essencial para a implementação da intersetorialidade, na medida em que o trabalho em rede é construído e materializado pelos trabalhadores que executam as políticas sociais.

A autora destaca que as atividades realizadas em conjunto no território aparecem como uma inovação ocasionada pela RIA, pois possibilitam aos profissionais saírem do seu lugar comum e exercitarem o diálogo com a comunidade e com outros serviços, além de viabilizar a construção de um planejamento coletivo com outras instituições, áreas e saberes. A pesquisadora enfatiza que o projeto da RIA, por sua relevância, precisa ser institucionalizado pela gestão e por todos os trabalhadores da saúde mental e das demais políticas sociais, para que o projeto não se reduza a uma atividade passageira e de responsabilidade apenas de determinados profissionais, sem garantia de continuidade (PEREIRA, 2019).

Ressalta-se que após a criação da RIA no território sul, ela se estendeu para os territórios norte, leste e sudeste, nessa sequência, possibilitando à RIA estar em todo o município de Teresina. Apesar de alguns dos entrevistados da pesquisa aqui relatada terem participado da RIA, ao responderem às perguntas apenas dois recordaram essa iniciativa como algo intersetorial. Importante ressaltar que as ações da RIA encontram-se em suspenso desde 2020, quando a Pandemia da Covid-19 se instalou no Brasil e no Piauí, logo, a RIA hoje se encontra restrita a grupos de WhatsApp, e isso se deve justamente ao que Pereira (2019) chama a atenção: à necessidade de institucionalizá-la, pois o que se percebe é que falta iniciativa para a retomada das ações, o que demonstra que a intersetorialidade não pode ficar restrita à "boa vontade" de um ou de outro sujeito.

Por fim, compreende-se que a intersetorialidade precisa avançar no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental, além disso, requisita-se que as ações aconteçam de maneira planejada, compartilhada e contínua entre todos os que constituem os serviços e as

Políticas Públicas, e que tal condição é possível de ser vivenciada, como o exemplo da RIA, porém, é preciso investir na continuidade e legitimidade dessas ações.

4.5 Potencialidades e desafios na gestão e execução do trabalho intersetorial no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí

A realidade investigada, no decorrer da pesquisa de campo, demonstrou que o processo de intersetorialidade entre as Políticas Sociais é atravessado por alguns desafios que podem limitar a concretização do processo, mas também é cruzado por potencialidades que encontram na gestão das Políticas Públicas o apoio essencial na consolidação desse cuidado intersetorial. Tal circunstância corresponde ao terceiro objetivo desse estudo, o qual se empenha em identificar as potencialidades e os desafios encontrados na gestão e execução do trabalho intersetorial voltado para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina.

4.5.1 Desafios: do “apagar incêndio” à “rede furada”

Para atingir tal objetivo, uma das questões apresentadas aos sujeitos na entrevista diz respeito aos desafios encontrados na realização da articulação intersetorial. Sobre isso, eles destacaram, entre outras coisas, a sobrecarga de trabalho que os profissionais enfrentam no seu dia a dia, e que segundo eles dificulta o planejamento e a realização das ações:

[...] a gente começa a trabalhar de forma a apagar incêndio, mesmo, então cada um apaga seus incêndios aqui e aí acaba deixando de fazer seu serviço integrado que era para ser feito... (ASSISTÊNCIA SOCIAL 2).

E aí, eu acho que um desafio é a questão que, o nosso dia a dia é um dia a dia que é um pouco aperreado, é um dia a dia que por conta das demandas que a gente tem, a gente não tem a possibilidade de fazer ações mais amplas, que esse público, com certeza demanda. A gente não tem essa possibilidade de... de se voltar mais para ações que sejam até mais preventivas mesmo, que sejam mais coletivas, mais efetivas. A gente sempre se volta mais para o atendimento, mesmo o atendimento da demanda que já existe, daquela demanda de quando a gente busca a rede, quando a gente da disponível para o atendimento, para o acolhimento, para o encontro com a rede, é muito mais no sentido de... pra se encontrar pra falar dos casos que já estão ali postos (JUSTIÇA 1).

E eu acho que nós, não nós da saúde mental, pegando esse exemplo que a XXX está dizendo, todos nós enquanto profissionais estamos só apagando incêndio, e nós não estamos trabalhando, é só o tempo todo apagando

incêndio, até... enxugando gelo, porque nós não conseguimos desempenhar como deveria. A gente só consegue o quê? Aquilo que é demanda maior vai tomando meu tempo e pronto, se estanca... a demanda maior toma de conta e pronto, nós vamos tentar ainda resolver porque nós aqui, nós temos muita consciência que vamos depender de muitas outras instancias, órgãos entre outras coisas, que a gente sabe que não funciona, que empurra com a barriga, que faz tudo do jeito que a gente já sabe e a gente tenta fazer o nosso papel ali, para tentar minimizar as coisas que vão acontecendo, mas se a gente for realmente avaliar o que a gente está fazendo, a gente não faz ¼ do que a gente queria fazer (CAPSi 3).

As vezes são tantas atividades que até para gente sair para uma reunião intersetoriais dificulta, porque você deixa a equipe desfalcada, se uma adocece não tem substituto, se está de férias, não tem substituto, então, é um desafio para gente ter que fazer atividades extra CAPS, por conta do serviço... (CAPSi 2).

Os excertos acima propiciam assimilar que políticas públicas e serviços diferentes apresentam a mesma fala: o “apagar incêndio”. Com o uso desse termo e do “aperreado” como semelhantes, os entrevistados expõem que sua dinâmica de trabalho é permeada de ações imediatistas, com a resolução de inúmeras demandas não previstas que se colocam como urgentes. Essa situação evidencia a falta de planejamento das ações, o que pode acarretar na sobrecarga com as diversas demandas que vão surgindo diariamente nos serviços. Essa realidade contrapõe-se à materialização da intersectorialidade, que requisita uma intervenção planejada e pactuada.

Além disso, ressalta-se que os(as) profissionais do Capsi se referem ao número insuficiente de profissionais nos serviços, o que diante das inúmeras demandas pode sobrecarregar a equipe e complicar a participação naquilo que chamam de atividades extras. Cabe destacar que esse cenário retratado pelos profissionais também é reflexo do neoliberalismo, que reduz os investimentos públicos e passa a incentivar as ações do mercado, o que evidencia a precarização dos serviços públicos com cortes de gastos, ausência de concursos públicos, entre outros. Logo, isso é ponto para a discussão sobre o papel da gestão dos serviços públicos, que precisa ofertar as condições necessárias para a realização eficiente do trabalho.

Ademais, cabe enfatizar que a articulação intersectorial é uma atividade prevista nas legislações, portarias e documentos que normatizam as Políticas de Saúde, de Saúde Mental, de atendimento às infâncias e juventudes, portanto, não é uma atividade extra, uma atividade “a mais”. É uma atividade que deve fazer parte das intervenções a serem planejadas pelos serviços, pois consta no rol de ações descritas das políticas públicas, assim como, é um dos procedimentos propostos para o serviço de Caps, conforme a Portaria nº 854, de 2012,

consoante o apresentado nos capítulos anteriores. Inclusive, a intersectorialidade é considerada uma das ações estratégicas, junto ao Capsi, para a implantação da política de saúde mental infantojuvenil, como exposto por Couto e Delgado (2016a). À vista disso, atribuir à intersectorialidade esse lugar de “extra” pode ocasionar a essa ação um fardo que é possível de ser visto como algo que favorece a sobrecarga, quando na realidade a ação intersectorial contribui para o compartilhar das responsabilidades. Portanto, é importante que faça parte do processo de trabalho das equipes e seja requerida também pela gestão, de forma que haja condições adequadas para o seu desenvolvimento.

Nesse cenário de desafios o planejamento ocupou um lugar na fala de um dos gestores: “Sim. Os desafios é a gente vencer essas barreiras, de poder dar importância e colocar, por exemplo, num plano de trabalho, vamos colocar essa articulação, esse é o maior desafio de sentir a importância realmente” (GESTOR 3). Esse trecho revela o planejamento como uma estratégia a ser utilizada para superar o real desafio de dar às ações intersectoriais a devida importância na realização do trabalho. A fala do gestor corrobora com a discussão realizada por Monnerat e Souza (2014), na qual os autores apresentam a intersectorialidade como uma estratégia de gestão que deve ser alcançada por meio do planejamento de intervenções conjuntas. Essa fala acentua, mais uma vez, a necessidade do planejamento para a concretização das ações intersectoriais.

Outro ponto de análise que a questão sobre os desafios suscita é a falta de institucionalização no momento da realização da articulação, o que leva, algumas vezes, os(as) profissionais a se utilizarem do personalismo na hora de estabelecer o contato:

Às vezes, as coisas não funcionam pela lei, mas funcionam pela amizade. Então há essa necessidade, e, também, há essa dificuldade, viu, existe essa dificuldade intersectorial (JUSTIÇA 2).

Eu percebo um personalismo, assim, as pessoas personalizam... “Ah porque eu conheço fulano de tal, então eu vou lá falar com ele...” E não deveria ser assim os serviços, porque assim, os serviços é para funcionar tendo ou não pessoas que eu conheço. E essa intersectorialidade tem que funcionar por causa do serviço, é a instituição, é a intersectorialidade porque é a instituição e os atores dessa instituição, mas não deveriam depender de: porque eu conheço, “ah vai lá porque fulaninha vai te atender” ... entendeu? Então assim, acho que ainda tem... é muito personalizado, né... tipo: “ah, eu vou lá porque já conheço fulano de tal” ... (ASSISTÊNCIA SOCIAL 2).

Os depoimentos acima assinalam para contatos realizados entre os(as) profissionais por meio de vínculos informais e assistemáticos, estabelecendo relações pontuais, sem garantir o vínculo entre os serviços. Isso se reflete no uso das relações pessoais para viabilizar o acesso

do público atendido aos direitos e benefícios sociais, o que de acordo com Pereira (2018), leva à personalização das relações profissionais e institucionais. Essa cultura personalista da sociedade brasileira é discutida por Sergio Buarque de Holanda (1995) no capítulo intitulado *Homem Cordial*, do seu livro *Raízes do Brasil*, no qual o autor aponta como os brasileiros rejeitam, afrouxam e humanizam o rigor dos ritos e da disciplina ao estabelecerem uma intimidade com fundo emotivo em todos os tipos de atividades que precisam realizar, e isso demonstra o medo que o brasileiro tem de depender de si mesmo, por isso, constitui relações pessoais.

E esse personalismo se coloca como um desafio à concretização da intersetorialidade, já que esta exige mudanças de culturas e valores que fortaleçam o avanço das pactuações conjuntas para contribuir com processos que possibilitem a distribuição e o acesso aos direitos e benefícios sociais de maneira universal e equânime (JUNQUEIRA, 2004; BIDARRA; DOURADO, 2020). Diante disso, Pereira (2018) enfatiza a imprescindibilidade de institucionalizar as ações intersetoriais com o reconhecimento formal dessas ações pelas gestões. Esse reconhecimento deve efetivar o que está normatizado nas legislações federais, ao incluir a intersetorialidade no planejamento e na execução das atividades dos(as) profissionais e gestores das políticas públicas, a nível local.

Outro ponto é o direcionamento do contato ao profissional do serviço social, o Assistente Social, conforme o seguinte relato: “[...] eu tenho o contato, o contato pessoal meu, que eu tenho, ela é Assistente Social, tenho contato com ela e eu ligo no contato pessoal dela e peço ajuda” (SAÚDE). Salienta-se que a articulação em rede é uma das competências do(a) Assistente Social na realização do seu trabalho, e que muitas vezes, quando essas demandas chegam aos serviços, são direcionadas a este profissional por ele ser considerado o profissional habilidoso para desenvolver tal trabalho, o que reforça a importância dele na equipe.

Todavia, como ressaltado por Pereira (2018), esse profissional, sozinho, não conseguirá romper com a fragmentação das políticas públicas. É necessário o engajamento dos(as) demais profissionais, com destaque para as equipes de Caps, já que nesse serviço o profissional é técnico de referência dos usuários, e ao assumir essa função, precisa articular a rede para o atendimento das demandas e necessidades apresentadas pelos usuários e seus familiares na construção do projeto terapêutico singular, que é um plano de cuidados contínuos a ser elaborado e executado junto com os usuários e de acordo com as singularidades. Dessa forma, apesar de ser perceptiva a concentração da ação intersetorial com os assistentes sociais, é

significativo ressaltar que esse trabalho pode e deve ser realizado pelos demais profissionais, o que inibe, inclusive, a sobrecarga na realização do trabalho.

Entre os desafios elencados, as falas dos sujeitos apontam ainda para a necessidade de fortalecer o diálogo entre os serviços, com o intuito de possibilitar o conhecimento entre e sobre os setores e, assim, diminuir as distâncias que são vivenciadas. Tal circunstância é captada nas seguintes falas:

Existe sim, existe uma carência muito grande nessa atividade, porque tem hora que a gente pensa que essa rede está furada, entendeu. A gente percebe que, muitas vezes, [...] é até mal compreendido quando requisita, quando cobra, por isso que, muitas vezes, nos nossos documentos, a gente precisa citar alguns artigos da lei, que, às vezes, até de certa forma ofende [...], mas essa dificuldade de relacionamento entre os setores, ele dificulta um pouco o atendimento diretamente a criança (JUSTIÇA 2).

Então acho que os desafios seriam esses, de conhecer os setores, conhecer as instituições mesmo que fazem; é esse da distância, do distanciamento entre os serviços, principalmente dos serviços de saúde; e quando eu falo do desconhecimento, é o desconhecimento, também, não só de lá para cá, mas de cá para lá também, assim, dos encaminhamentos pra saúde mental (ASSISTÊNCIA SOCIAL 2).

E um dos grandes desafios é exatamente esse: articular a rede. Nos apresentar a essa rede, porque essa criança que vem com dificuldade ou transtorno de aprendizagem, ela não tem só a dificuldade e o transtorno de aprendizagem, ela tem várias outras demandas (EDUCAÇÃO).

Mas a gente precisa fortalecer... que é um desafio, essa articulação da rede intersetorial... e acredito, também, que a publicização dos serviços, dessa rede, de atenção... como eu falei, a gente precisa ultrapassar essa noção, essa visão de um mês específico. E acho que é um desafio fortalecer essa rede... o desafio é que essa rede ainda é muito fragilizada, embora alguns territórios se destaquem mais do que outros (GESTOR 2).

Os fragmentos das entrevistas acima convergem ao relatar sobre a necessidade de conhecer os demais setores. Para evidenciar essas falas destacamos o vocábulo “rede furada”, cujo uso permite fazer considerações a respeito das definições de rede. Aqui se discorre sobre o conceito utilizado por Roberto Tykanori, em um vídeo¹⁵, no ano de 2014, que considera a rede uma interação sincrônica e coordenada entre os pontos de atenção com um objetivo comum. A rede só existe quando há interação dos indivíduos entre si. Então, compreende-se que a rede é feita pelas “mãos” dos(as) profissionais que compõem os serviços, dessa forma, se a rede está “furada” é porque falta algo para que essas “mãos” se entrelacem, portanto, é preciso pensar a rede para além da concretude dos serviços, para a concretude das relações.

¹⁵ Roberto Tykanori fala sobre redes: <https://www.youtube.com/watch?v=P4fXHGjD-VA>.

À vista disso, é interessante que as “mãos” que fazem os serviços se unam para possibilitar e fortalecer o diálogo necessário para o conhecimento e a realização da intersetorialidade, pois esta é uma via de mão dupla. Dentro dessa discussão, destaca-se o matriciamento:

É... eu vejo mais desafio, eu preciso que essas instituições elas se aproximem mais da UBS, da atenção básica, por exemplo, esse matriciamento ele deve ser contínuo, não só uma vez na vida, né, uma vez no ano perdida, por que não a cada semestre? (SAÚDE).

O matriciamento é uma metodologia para superar a lógica de encaminhamentos que fragmenta o cuidado e compromete a responsabilização clínica durante o cuidado interdisciplinar dos problemas de saúde, com destaque para o matriciamento da saúde mental na atenção básica. A metodologia do Apoio Matricial promove a ativação dos espaços de comunicação e de deliberação conjunta para o compartilhamento de saberes e para a organização dos fluxos na rede de atenção à saúde, rompendo com a burocratização presente na modalidade de referência e contrarreferência (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Dessa forma, o matriciamento favorece a corresponsabilização; reduz distâncias; oferta conhecimentos, saberes, propostas de ação e práticas conjuntas; favorece o acolhimento, saberes coletivos; garante a ampliação do acesso e organiza os coletivos em torno de um objetivo comum. É uma ação que requer a construção de vínculo e pressupõe um diálogo contínuo e permanente entre saúde mental e atenção básica. Portanto, a sua realização possibilita a construção de cuidado singular e integral. Além disso, o matriciamento é o indicador que garante, segundo pactuação interfederativa, a avaliação das ações da saúde mental junto ao Ministério da Saúde, logo, cada serviço deve fazer, no mínimo, doze ações de matriciamento por ano a fim de garantir o financiamento de novos serviços. Então, assim como a intersetorialidade, o matriciamento, que também é uma metodologia de articulação, requer esforço dos(as) gestores e dos(as) profissionais para a sua efetiva realização.

Mas para isso, compreende-se que é preciso romper com algumas cronicidades apresentadas por Magda Dimenstein (2006), com base em alguns autores, como a cronicidade dos modos de gestão, dos dispositivos e dos profissionais, conjecturada na dificuldade em ultrapassar a setorialização, os especialismos e a centralidade das ações; e a cronicidade produzida pela inexistência ou fragilidade da rede, cuja conectividade e a produção permanente não acontece.

Desse modo, a intersectorialidade para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental só é possível por meio da atuação simultânea e complementar de todos que integram a rede (BIDARRA, 2009).

Ainda nas discussões sobre os desafios os entrevistados mencionam sobre o desmonte das Políticas Públicas, como pode ser visualizado nos excertos a seguir:

É, os desafios: os desmontes das políticas públicas [...] o desfinanciamento, a qualidade dos serviços que são ofertados (ASSISTÊNCIA SOCIAL 2).

Então assim, os desafios: recursos humanos; recursos materiais, as vezes falta uma caneta, clipe, é... o ar-condicionado que está sem funcionar já há algum tempo, às vezes não tem, a questão dos computadores antigos, sucateados, que vivem dando problema e que demora bastante quando vai para o conserto (ASSISTÊNCIA SOCIAL 1).

O Desafio gigante. A questão de levantamento de recurso junto com essa sensibilização (GESTOR 1).

E a gente vê um desmonte na saúde mental de forma geral, então, assim é uma coisa muito paradójica que a gente vai vendo, é um paradoxo que a gente vai vendo e não consegue entender, porque ao mesmo tempo que as demandas em saúde mental elas aumentam, vai de oposição o investimento, está ao contrário e não é no Piauí... (CAPSi 3).

Os entrevistados, em suas falas, não deixam evidente o âmbito em que estão acontecendo esses desmontes, contudo, sabe-se que, a nível federal, tem-se vivenciado os efeitos perversos do desmonte, da destruição e mercantilização das políticas de seguridade social, como anunciado por Castilho e Lemos (2021). Esses desmontes perpassam pelas políticas de saúde, educação, assistência social e segurança pública, evidenciado com a Proposta do governo federal para o Orçamento da União em 2023, enviada ao Congresso por meio do Projeto de Lei nº 32, de 2022, amplamente debatido pelos noticiários, ao declarar um corte de quase 15% nas despesas e investimentos com as políticas públicas.

Contudo, esse desfinanciamento não é de agora, vem desde a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que dispõe sobre o congelamento de 20 anos dos gastos públicos, corrigindo a inflação a cada ano (BRASIL, 2016). Com essa Emenda, conhecida como a Emenda do Teto Fiscal, há um privilegiamento do mercado, das instituições privadas, em detrimento das Políticas Públicas Sociais de Proteção. Como exemplo, entre tantos, tem-se a Portaria nº 596/2022, que susta o Programa e o Incentivo Financeiro de Custeio Mensal para o Programa de Desinstitucionalização Integrante do Componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) para privilegiar o

financiamento de instituições privadas¹⁶ totalitárias. Tal conjuntura implica diretamente na precarização dos serviços a nível municipal e estadual, que de alguma forma dependem dos investimentos do governo federal, e potencializa a fragmentação das políticas públicas.

E nesse contexto atravessado pela sobrecarga de trabalho, pela fragilidade da rede e pelas incertezas apresentadas pelos desmontes das políticas públicas, uma fala retrata um desafio enfrentado por vários profissionais na execução das suas atividades, inclusive das atividades intersetoriais: “Eu acho que um desafio é a gente encarar a desmotivação e o adoecimento dos(as) profissionais...” (CAPSi 3).

Mello *et al.* (2020) evidenciam que a organização, o ritmo, a carga de trabalho, as interações profissionais e o modelo de gestão são fatores que geram no trabalhador desgaste físico e mental no desempenho de suas atividades laborais. Sobre os modelos de gestão, apesar de não ter sido citado pelos entrevistados, é fundamental destacar a sobrecarga que os processos de trabalho baseados em metas quantitativas e burocráticas trazem ao trabalhador, e que influenciam diretamente na sua saúde. Essa indicação corrobora com o depoimento acima, o qual salienta a exigência do cuidado com a saúde do trabalhador, e, com isso, frisa-se a importância de ações voltadas para os(as) profissionais no ambiente de trabalho, com a finalidade de reduzir os agravos a sua saúde.

Diante do exposto, verifica-se que os desafios apresentados, como a sobrecarga de trabalho, a ausência de institucionalização da articulação, a precarização das políticas públicas e a desmotivação dos(as) profissionais, incidem diretamente na realização da intersetorialidade, que exige pactuações permanentes.

4.5.2 Potencialidades: do diálogo ao planejamento

Na indagação sobre as potencialidades na execução do trabalho intersetorial no cuidado com as infâncias e juventudes com transtorno mental, os(as) profissionais salientaram:

Acho que potencialidade é o fato que a gente sempre tem muita oportunidade quando a gente busca, no sentido que a gente tem muita resposta, assim, no sentido que a gente sempre tem os retornos, as informações que a gente quer... é... a rede sempre se movimenta para fornecer as informações para que aquele atendimento, ele se torne integral (JUSTIÇA 1).

¹⁶ Incentivo para a ampliação das Comunidades Terapêuticas, de cunho privado, religioso e conservador, o qual possui foco na abstinência total, e para isso exige a reclusão dos usuários.

Fundamentando-se no trecho acima e nas discussões teóricas realizadas até aqui, analisa-se que os(as) profissionais apontam o contato com as instituições com o retorno satisfatório das informações como uma potencialidade garantida pela ação intersetorial. No entanto, frisa-se que contatos esporádicos não configuram a intersetorialidade, é preciso que haja vínculo entre esses serviços e que a construção das respostas aos problemas aconteça de maneira conjunta.

Outra análise realizada no tocante às potencialidades seria sobre a necessidade de aproximar os setores, com o uso de instrumentais que proporcionassem o conhecimento das atribuições e responsabilidades de cada um dos serviços:

Então as potencialidades seria ter mais conhecimento do que cada um é responsável, saber, isso só iria contribuir lá na ponta, que são nossos alunos atendidos e facilitar o trabalho, tanto da secretaria como dos outros centros (GESTOR 3).

Eu acho que dentro dessa rede de proteção, nós poderíamos potencializar mais, é... criando mecanismos de fazer com que a gente entenda... com alguns instrumentais que possibilitem essa relação mais próxima ... mecanismos ou sistemas de informática que a gente possa estar junto ali, ao mesmo tempo (JUSTIÇA 2).

Na discussão realizada no tópico anterior essa proximidade mostrou-se como um desafio a ser superado para garantir a intersetorialidade. Salienta-se que o uso de instrumentais e o conhecimento, por si só, não garantem a efetividade da intersetorialidade, pois podem ser reduzidos ao encaminhamento, mas a integração de forma planejada entre os serviços pode vir a possibilitar sua execução.

De modo que, nesse sentido de aproximar os serviços, reforça-se a atuação do sociojurídico quando este requisita o diálogo entre as políticas, como visto anteriormente, em audiências e estudo de casos. Uma amostra disso é a atuação do Ministério Público, que convoca vários serviços para a construção de fluxogramas, inclusive o Capsi Dr. Alexandre Nogueira participou da construção de alguns desses fluxos para o cuidado das infâncias e juventudes. Com essa construção, espera-se que os fluxos não figurem apenas como um mapa físico dos serviços, mas que se aliem ao planejamento, fomentando a articulação e o diálogo entre os(as) profissionais do Sistema de Proteção Social, para assim garantir a intersetorialidade.

Outra potencialidade apontada é o trabalho desenvolvido pelos profissionais:

E de potencialidade, eu acredito que os profissionais, eu acho que é uma potencialidade assim, do que a gente conhece aqui em Teresina de

profissionais qualificados, concursados, e que fazem a diferença, entendeu? Assim, eu vejo uma potencialidade nos profissionais. Acho que é isso, eu vejo como potencialidade, os profissionais... os atores mesmo das políticas... e assim, as legislações que a gente tem, também, são importantes... a gente conhecer, também, essas legislações de proteção... essa legislação de direito a criança e ao adolescente... pra gente poder, por que Assistente Social é isso, a gente tem que conhecer pra gente poder repassar, pra gente poder educar essa população, essas familiar, pra que elas sejam emancipadas, pra que elas tenham esse conhecimento, e elas possam ir atras (ASSISTÊNCIA SOCIAL 2).

Eu acho que a gente vai mesmo na base, que é a própria equipe é ela ter um conhecimento, ter vontade, eu vejo isso como uma potencialidade, só em a gente se importar com a problemática já demonstra que a gente está se incomodando, a gente quer melhorar isso, então, eu vejo que a equipe é muito forte em querer resolver, mudar, melhorar, querer conhecimento, então, isso eu já vejo como uma grande potencialidade (CAPSi 2).

A equipe não consegue fazer nada sozinho, também é uma potencialidade... (CAPSi 1).

Essa vontade de trabalhar em equipes, entre setores, de envolver setores, isso também eu vejo como uma potencialidade (CAPSi 3).

Assim sendo, os próprios profissionais e as equipes são alçados ao lugar de potencialidade para a realização da articulação intersetorial. Diante disso, recorda-se o conceito de rede de Roberto Tykanori, que enfatiza as “mãos que tecem as redes”, os profissionais, com efeito, são quem mobilizam os setores para a resolução das necessidades e demandas sociais que são postas no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental, mas para isso a gestão deve investir na qualificação desses profissionais, por meio da educação permanente. Além disso, a circunstância de serem profissionais concursados proporciona a constância na realização das atividades inerentes ao processo intersetorial, contudo, essas ações não podem ser movidas apenas pela vontade dos(as) profissionais, é impreterível ter condições humanas e materiais para que as ações aconteçam de maneira a garantir a integralidade do cuidado, para não esbarrar naquilo que Marilda Iamamoto (2008, p. 22) denomina de o messianismo profissional, que seria “uma visão heroica do Serviço Social que reforça unilateralmente a subjetividade dos sujeitos, a sua vontade política sem confrontá-la com as possibilidades e limites da realidade social”. Dessa forma, para que a intersetorialidade aconteça, é indispensável a conjunção de esforços de vários setores e áreas de conhecimento, incluindo as gestões.

Ainda nesse caminho, as legislações que trazem em seu arcabouço legal a intersetorialidade como diretriz política para as políticas públicas na resolução das demandas e necessidades também são posicionadas como uma potencialidade, visto que legitimam essa

diretriz por meio de leis, portarias e documentos. Entretanto, constata-se o desafio da sua implementação na prática.

Ademais, o planejamento também se firmou como uma potencialidade para a realização das ações intersetoriais:

É... e em relação as potencialidades, é... o nosso cronograma, por ser um cronograma contínuo, é, periódico, então é muito fácil da gente detecta, a gente já tem esse cronograma de atendimento (SAÚDE).

[...] é o plano operacional, toda a prefeitura, de operações, e aí eles estão caracterizando entre urgentes e não tão urgentes, pra realmente, conseguir desenvolver esses projetos que as secretarias têm enviado de melhoria na assistência a população (GESTOR 1).

As falas acima reafirmam a relevância do planejamento para a execução de ações intersetoriais. Reitera-se que o planejamento é condição imprescindível nas negociações que requerem negociação de respostas partilhadas para as demandas e necessidades que são comuns.

Outrossim, tem-se a própria formatação, estruturação da instituição, que se apresenta como uma potencialidade, pois se dá de maneira intersetorial: “[...]essa particularidade do XXX de já ser, de certa forma, um serviço intersetorial, porque ele nasce da parceria entre a educação e a saúde. Então ele já tem essa especificidade e essa particularidade” (EDUCAÇÃO).

Este serviço foi instituído por meio da pactuação entre a política de Saúde e a política de Educação do município de Teresina, para ofertar acolhimento às infâncias das escolas municipais com dificuldades na aprendizagem. Todavia, a pactuação foi realizada apenas entre duas políticas, e isso não deve encerrar as articulações intersetoriais precisas para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental que passam por esse serviço.

E uma última potencialidade evidenciada é a RIA, que precisa ser fortalecida:

Das potencialidades, eu acho que é fortalecer as RIAs territoriais, [...] de fortalecer RIAs, porque são... de certa forma, que o profissional se vê obrigado, nem é obrigado, mas no dever de participar, no momento em que eu participo daquela RIA, vai me instigando, quanto a esse trabalho intersetorial, porque é uma forma de... porque nós temos nos nossos territórios, por exemplo, os grupos da assistência... mas as RIAs mostra essa questão mais intersetorial, mas diversificada e essas ações mais integradas (GESTOR 2).

Acho assim, que seria possível a gente realizar mais atividades intersetoriais, como era na época o RIA, por exemplo, reunião para discutir os casos, é fazer mais atividades em conjunto, palestras, atividades educativas com a população, mas, infelizmente, isso tem acontecido muito pouco (ASSISTÊNCIA SOCIAL 1).

A RIA, como visto anteriormente, foi uma tentativa de materialização da pactuação, do planejamento e da execução de ações conjuntas entre as Políticas Públicas de Saúde, Saúde Mental, Assistência Social, entre outras. Foi uma oportunidade que demonstrou os benefícios da articulação intersetorial na prática, no município de Teresina, e que precisa ser fortalecida, institucionalizada para que suas ações voltem a acontecer de maneira efetiva e apoiada pela gestão, com condições para a participação de todos os atores necessários.

Nota-se que as potencialidades e os desafios abordados nesse estudo são faces da mesma moeda, e que a mudança de significações entre eles deve perpassar pela compreensão dos(as) profissionais e gestores sobre a importância da intersetorialidade no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental.

4.5.3 Um olhar da e sobre a gestão das políticas públicas de educação, assistência social e saúde mental

E nesse cenário permeado por desafios e potencialidades, a atuação da gestão municipal das Políticas Públicas (Educação, Assistência Social e Saúde Mental) na execução do trabalho intersetorial para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental é ponto de análise desse estudo. Para tal, questionou-se tanto os(as) profissionais da Assistência Social, Educação, Saúde, Justiça, Capsi como os próprios gestores sobre a compreensão do papel da gestão nesse trabalho.

Diante da pergunta, os gestores ressaltaram a importância do seu papel na realização das atividades intersetoriais:

É extremamente essencial, porque é a gestão que sensibiliza, os gestores maiores a, realmente, olharem para essa questão, e essa demanda infantil, principalmente, nessa perspectiva de transtorno mental, emocional... (GESTOR 1).

É muito importante, inclusive, porque, enquanto gestão, o nosso papel é potencializar a operacionalização das nossas unidades. Então, enquanto gestão se a gente não faz esse papel de articular, de proporcionar, inclusive, meios pra que as nossas unidades possam fortalecer as articulações no âmbito do território, mesmo... É... a gente é frágil, mas, é muito importante, enquanto gestão, pra que a gente possa potencializar essa operacionalização nesses serviços, inclusive, garantir materiais, infraestrutura, condições básicas, mesmo pra que esse trabalho seja realizado, e, garantir isso (GESTOR 2).

É o papel cabeça, é o de organizar realmente, é o de conseguir enxergar, que isso vai facilitar muita coisa, e de se sentar e de fazer com que realmente aconteça. E eu como gestor(a) é que tenho que fazer todo esse planejamento.

Tem que partir realmente de mim, do setor, de arquitetar esses momentos e tudo (GESTOR 3).

Os entrevistados destacam a relevância da gestão ao exemplificarem uma atuação baseada na sensibilização dos demais gestores na operacionalização das articulações e na realização do planejamento. Esses exemplos demonstram que as gestões mensuram seu papel para a concretização das ações intersetoriais. Nesse sentido, Pereira (2018) assinala que a efetivação da intersetorialidade não deve ficar sob a responsabilidade apenas dos(as) profissionais, é indispensável que os gestores públicos, de fato, executem um planejamento de ações integradas para a resolução de problemas concretos. Logo, a escolha pela ação intersetorial manifesta a finalidade política de assumir um processo construído socialmente, que solicita o conhecimento da realidade e a análise das demandas por todos os sujeitos (trabalhadores e gestores) que compartilham compromissos e projetos comuns (BIDARRA, 2009).

Sob o questionamento a respeito do papel da gestão na realização das ações intersetoriais, os(as) profissionais comentam sobre a sua indispensabilidade ao processo, caso os gestores saibam compreender e executar o seu papel:

O papel da gestão é fundamental ou a gestão tem leitura do que é uma política pública, formulador de política pública, ele tem que ter notoriedade e saber naquela área, a partir do momento que acontece um [...] (CAPSi 1).

A gente foca em dizer o que que a gente entende que eles poderiam fazer? (CAPSi 3).

Estudar, primeira coisa estudar... (CAPSi 1).

É conhecimento técnico... (CAPSi 2).

Proximidade para dialogar, pois não existe diálogo, é lá e cá, ninguém se fala... (CAPSi 4).

É necessário diálogo... (CAPSi 5).

Realização de eventos, rodas de conversas com os profissionais, capacitação e não panfletar... (CAPSi 1).

Construção coletiva, só estão chegando os impressos “a partir de hoje é assim”, pronto, mudou... (CAPSi 4).

Outra forma que a gestão pode atuar é cuidando dos servidores... (CAPSi 2).

Mas é porque não tem nem a primeira parte ainda, que é o diálogo, não tem conversa, então todos os outros pontos para frente então... nada acontece. Então, assim, não existe diálogo, não existe o entender (CAPSi 3).

Pois é... é importantíssimo. Porque é quem vai assumir a implementação da Política, vai gerenciar, né. E se uma gestão, não entende essa intersetorialidade, não entende o papel dela, a gente tem uma dificuldade tremenda, muitas vezes, a gente se depara com situações como essas. Não entende no sentido técnico, não entende no sentido político, também. Muitas vezes a gente não tem com aquele gestor o que a gente precisa naquele momento, por uma decisão política (JUSTIÇA 3).

O papel da gestão é primordial, porque, assim... é... se você for ler os cadernos de orientação de CREAS, é papel da gestão fazer essa articulação intersetorial, e as vezes essa gestão não conhece o papel, ai fica... eles querem... se... mexer no nosso processo de trabalho, eles acham que fazer a gente mudar pra satisfazer... (ASSISTÊNCIA SOCIAL 2).

Ao contrário das falas dos gestores, que exemplificam uma atuação possível de efetivar a intersetorialidade, os trechos acima, das entrevistas dos(as) profissionais, indicam a urgência dos gestores compreenderem seu papel, entenderem que sua atuação deve, além de também executar ações de articulações intersetoriais, proporcionar o diálogo com e entre as equipes e potencializar os(as) profissionais para a implementação da intersetorialidade, instrumentalizando-os com condições para o desempenho do trabalho. Isso está explicitado nos seguintes depoimentos:

O Papel da gestão ele é fundamental e indispensável, porque são eles ou é ela a gestão que dá as condições necessárias para que tudo isso funcione. Então se a gestão não atua nessa parte de gerenciar, de dá as condições necessárias, o trabalho perde a qualidade, e se ele perde a qualidade, quem paga o preço é a criança... porque ela que vai sofrer a falta de um encaminhamento bem-feito, a falta da própria requisição do serviço pra ela [...] então esse poder público, essa gestão, ela precisa ter consciência de que o não... a não participação efetiva dela, ocasiona num prejuízo para a criança e o adolescente. Então é fundamental que ela entenda isso... tem que instrumentalizar, tem que dá as condições básicas, tem que favorecer um bom trabalho, porque tudo depende dela ... eficiência e eficácia tem um pouquinho de diferença (JUSTIÇA 2).

Eu acho que a gestão deveria buscar articular mais os serviços e, também, munir as equipes de condições, principalmente de condições materiais, de ampliar as equipes, para que a gente pudesse atender melhor essas demandas (ASSISTÊNCIA SOCIAL 1).

Ela é essencial, se a gente não tiver o apoio da gestão, da alta gestão, se a gente não tiver uma estrutura, se a gente não tiver um fluxo, um apoio, pra quem recorrer. Qual é o apoio? Qual é a parceria que nós temos? Se a gente não tiver esse matriciamento, tanto da saúde mental, quanto do CRAS, ai fica inviável o nosso trabalho, a gente vai vê só a questão saúde mesmo, mas o principal a gente não vai conseguir resolver (SAÚDE).

Observa-se, diante desses depoimentos, que a gestão, apesar de saber exemplificar o seu papel para a realização das ações intersetoriais, não tem oferecido aos profissionais as condições necessárias para a concretização dessas ações. Os entrevistados expõem que essa ausência pode

ocasionar perdas no momento de ofertar cuidados com qualidade às infâncias e juventudes com transtorno mental. Conforme as discussões postas acerca da intersetorialidade, acentua-se que a sua pactuação é um árduo trabalho de construção política que requer a partilha do poder, a capacidade de construir consensos e um modelo de interação horizontal, o que é incompatível com as rotinas dos órgãos estatais, os quais se encontram centralizados nos seus comandos e nas suas especificidades (BIDARRA, 2009; BIDARRA; DOURADO, 2020). Por isso, mostra-se tão necessário ultrapassar os obstáculos que impedem o trabalho intersetorial nas gestões das organizações setoriais.

No entanto, profissionais da Educação e da Justiça apresentam avaliações positivas das gestões, como constatado a seguir:

E, então, eu acredito que um dos papéis principais da gestão é, exatamente, ela vai gerir os processos de trabalhos internos, mas ela vai entender que esse é apenas um ponto da rede e vai buscar outras possibilidades e outras perspectivas.... é nós temos parcerias realmente institucionalizadas, com faculdades, nós temos parceria com... é clínicas que são conveniadas do SUS (EDUCAÇÃO).

E eu acho que especificamente em relação a nossa atuação, ela nos deixa à vontade para fazer isso, pra fazer esses encaminhamentos, pra realizar essas articulações. Então eu acho que é uma gestão, que apesar das dificuldades que eu já coloquei anteriormente, no sentido de... de a gente não ter tanta possibilidade de movimento, por conta das outras demandas de trabalho que a gente tem... é uma gestão, sim, que nos permite, fazer isso, de forma confortável, de forma, a vontade... de fazer essas articulações de forma a vontade, ela não interfere (JUSTIÇA 1).

Os trechos acima retratam duas realidades específicas, em que a primeira é alusiva à Educação, a qual destaca as parcerias institucionais implementadas pela gestão, o que demonstra uma preocupação com o atendimento das necessidades clínicas apresentadas por quem busca acolhimento, pois são parcerias realizadas no âmbito dos serviços de saúde, o que valida a preocupação da gestão em não deixar a população desassistida, contudo, para que a intersetorialidade avance, outras políticas públicas são fundamentais nessa parceria, para que haja uma atenção integral ao usuário. A outra realidade refere-se a um dos serviços da Justiça, que menciona a não interferência da gestão na realização do trabalho intersetorial, o que vai de encontro às recomendações para a materialização da intersetorialidade, pois as gestões devem estar engajadas no comprometimento com as responsabilidades, validando a atuação profissional.

Cabe ressaltar que para uma rede intersetorial ter condições de efetivar a proteção social é essencial que as instâncias do poder público, as gestões, os trabalhadores e a sociedade civil estejam articulados e integrados (BIDARRA; DOURADO, 2020).

Com esse intuito de buscar ilustrar o que os gestores¹⁷ têm feito para que a intersetorialidade aconteça, interrogou-se os sujeitos desse estudo sobre a execução de projetos compartilhados. Ressalta-se que são gestores de políticas públicas distintas, e eles afirmaram que:

Existem recursos... a gente inclusive está em busca da habilitação do Caps infantil, que é um recurso que não é tão grande, no qual o ministério da saúde, ele oferece, um valor para estar... é, de certa forma, ajudando e aí o Capsi não é habilitado ainda, a gente está nessa busca justamente, até pra tentar essas melhorias... o número de profissionais. No que puder ser feito melhor. Além da busca de outros recursos voltados para a internação, voltados para mais ambulatórios que atenda essas crianças e essas famílias (GESTOR 1).

É mais essas ações territoriais. As nossas unidades... elas... nesses serviços, ou seja, no serviço de convivência familiar, ou seja, outros programas, grupos de pais, ou de idosos... Essas ações muitas vezes chamam o profissional que trabalha com o transtorno mental, ou de outra área, para muitas vezes fazer palestra, divulgar o serviço, ali naquela unidade, naquele grupo que está sendo trabalhado. É muito nesse sentido de chamar o outro, de outra política, o outro profissional, psicólogo, muitas vezes, ... para estar trabalhando com aquele grupo, pra estar apresentando (GESTOR 2).

Não. Existem os recursos, mas voltados mesmo para a questão das salas de recursos, que já é nossas unidades de ensino. Existe uma parceria com alguns centros, AMA, Acep [...], mas com os Caps, com essa parte dos transtornos e tudo não existe, nenhum tipo de parceria, aqui né, pelo menos pelo setor (GESTOR 3).

Os relatos indicam que as gestões municipais das políticas públicas pesquisadas na realidade de Teresina não possuem projetos compartilhados entre as Políticas Sociais para a realização da intersetorialidade, o que se tem são projetos internos, unilaterais, de convite de outros profissionais para participar das atividades esporádicas. Nem mesmo a RIA foi citada como um projeto intersetorial a ser planejado e compartilhado pelas e entre as gestões e profissionais.

Diante dessa situação cabe salientar que o trabalho intersetorial é colocado pelos autores abordados nos capítulos anteriores como uma inovação do modo de gestão pública, e que requer mudanças no planejamento, na participação, nas formas de executar as ações (BIDARRA; DOURADO, 2020; PEREIRA 2018). Assim, verifica-se a necessidade de a gestão

¹⁷ Importante destacar que quando se fala de gestão aqui é para ilustrar a gestão federal, estadual, municipal, e a dos próprios serviços.

romper com as práticas fragmentadas e passar a atuar de maneira a favorecer a concretização da intersetorialidade, estando presente nos planejamentos e nas execuções das ações.

Ao longo desse estudo observou-se que as políticas públicas são elaboradas e executadas de maneira setORIZADA e focalizada, o que reforça a centralização dos(as) profissionais e das gestões, logo, esse é um cenário que precisa ser superado, mais ainda, que precisa efetivar a intersetorialidade e por meio dela garantir o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental como cidadãos, que ao serem identificados nos serviços, sejam protegidos e cuidados na sua integralidade, e não encaminhados a serviços específicos, com inúmeras sobreposições e justaposições de ações setoriais. Sabe-se que muitos são os desafios que perpassam essa concretização, mas muitas também são as potencialidades, pois a intersetorialidade constrói relações institucionais mais democráticas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, como aprofundado nos capítulos deste trabalho, o resgate histórico demonstra que as políticas públicas são campos de disputa entre interesses conflitantes. Nesse cenário, foram dispensadas várias formas de atenção às infâncias e juventudes, do ponto de vista de construção de um Sistema de Proteção Social. Neste ponto, destaca-se que a assistência voltada a pessoas com transtorno mental remete a um longo período de institucionalização em hospitais psiquiátricos, muitas vezes junto com os adultos, e, também, a uma atenção realizada por instituições filantrópicas e privadas, como as Apaes e a Pestalozzi.

No Piauí, a assistência a esse público não destoou muito do panorama nacional. O amparo, como visto, ficou limitado às instituições específicas, iniciando com os ambulatórios, hospital-dia, e culminando na implantação dos Capsi, pós-reforma psiquiátrica. Contudo, são apenas três Capsi em todo o Estado, e dois desses estão localizados em Teresina, centralizando a assistência na capital.

Posto isto, cabe destacar que a implantação de serviço como o Capsi pode não atenuar o lapso nas Políticas Públicas de assistência às infâncias e juventudes com transtorno mental, no atendimento das suas demandas. Para isso, deve requerer a construção de serviços organizados de maneira intersetorial entre as diversas políticas públicas.

Tendo isso em consideração, este estudo realizou uma análise acerca da realidade do município de Teresina, tendo como objetivo geral compreender como ocorre a articulação intersetorial entre as Políticas Sociais que compõem o Sistema de Proteção Social para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental do município de Teresina-Piauí, com destaque para as Políticas de Saúde Mental, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico. Com o intuito de alcançar essa compreensão, o primeiro objetivo específico buscou, precisamente, caracterizar as necessidades e demandas que requerem articulação intersetorial entre as Políticas de Saúde Mental, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico no município de Teresina-Piauí, no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental.

Para isso, destaca-se o papel da família, nesse assunto, por ela ser quem exterioriza as necessidades e demandas das infâncias e juventudes com transtorno mental, porém, isso não deve inviabilizar a participação desse público na defesa dos seus direitos individuais. É importante garantir o protagonismo das infâncias e juventudes com transtorno mental no que diz respeito à resolução das suas necessidades e demandas, e, principalmente, superar a lógica familista nas ações voltadas para esse público.

Os achados da pesquisa demonstraram que as Políticas Públicas são historicamente regulamentadas, planejadas, financiadas e executadas de forma fragmentada. E nesse cenário, as necessidades e demandas das infâncias e juventudes com transtorno mental são postas aos entrevistados, em conformidade com aquilo que os serviços em que trabalham têm para oferecer. Como exemplo, tem-se o acesso aos direitos e benefícios sociais. Tal situação possibilita assimilar que as necessidades e demandas, assim como as Políticas Públicas, apresentam-se de maneira fragmentada, pois estão de acordo com a forma setorializada como os serviços se organizam.

Essa realidade de fragmentação e setorialização contrapõe-se inclusive com o que é preconizado pelas próprias políticas específicas, como o Estatuto da Criança e Adolescente, o Sistema de Garantia de Direitos e as normativas que balizam a construção de uma política de saúde mental infantojuvenil que, apesar de terem sido elaboradas de forma fragmentada, colocam como prerrogativa que a oferta de cuidado às infâncias e juventudes com transtorno mental deve considerar suas singularidades e acontecer de maneira integral.

Essa exigência da integralidade na atenção evidencia a importância de ofertar cuidado intersetorial às infâncias e juventudes com transtorno mental. De modo que, mesmo diante de suas especificidades, os(as) profissionais da Assistência Social, Educação, Justiça, Saúde, Saúde Mental e do Capsi visualizem a articulação intersetorial como estratégia fundamental para intervir sobre as expressões da questão social que se apresentam durante o acolhimento das necessidades e demandas expostas por esse público. O estudo evidenciou que a atuação intersetorial possibilita a interligação das Políticas Públicas no planejamento e na execução de ações conjuntas em prol de um objetivo comum.

Observou-se a utilização do encaminhamento como estratégia para mobilizar os serviços e facilitar o acesso dos usuários, conforme a demanda que é apresentada aos profissionais. Essa situação expressa uma sobreposição ou até mesmo uma justaposição de intervenções, em que a família é encaminhada de setor em setor para tentar ter suas necessidades satisfeitas de forma integral, porém, sem qualquer garantia que isso aconteça. Ressalta-se que nem sempre há um protocolo ou um fluxo de encaminhamento, o que faz com que o encaminhamento ocorra de formas diferentes, dependendo do setor ou do profissional. Assim, é importante definir melhor como esse encaminhamento ocorre, para que não se torne um mero repasse de responsabilidade, o que vai divergir da intersetorialidade, que pressupõe a corresponsabilização.

Por mais que as Políticas Públicas possuam serviços organizados de maneira setorial, de acordo com suas especificidades, o cerne deve ser a articulação intersetorial entre esses serviços. Dessa forma, este estudo possibilitou identificar a Saúde, a Educação, a Assistência Social, e, especialmente, a Saúde mental, como as políticas públicas que, com maior intensidade, dialogam entre si, com a finalidade de responder às necessidades e demandas das infâncias e juventudes com transtorno mental.

Salienta-se, nessa interlocução, o direcionamento imediato das infâncias e juventudes com transtorno mental aos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), assim que são identificados pelas demais políticas públicas, para o imediato cuidado dos sintomas, o que reforça o modelo biomédico. Essa é uma ocorrência que pode acarretar a centralização e sobrecarga do cuidado desses sujeitos apenas nos serviços de saúde mental. Enfatiza-se que esse é um serviço voltado para os transtornos mentais graves e severos, por isso, a importância de organizar o território para acolher as demais necessidades e demandas das infâncias e juventudes com transtorno mental.

Dito isso, compreende-se que as necessidades e demandas que requerem articulação intersetorial entre as Políticas de Saúde Mental, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental, caracterizam-se pela intervenção nas múltiplas expressões da questão social, que são postas pelas famílias aos profissionais dos diversos serviços, em conformidade com suas especificidades. Nesse sentido, é preciso avançar no desafio de superar a fragmentação das Políticas Públicas, por meio do entendimento sobre a articulação intersetorial, para além do uso de encaminhamentos e de ações pontuais, para assim garantir a participação efetiva desse público e alcançar a integralidade do cuidado.

Nesse caminho, o segundo objetivo específico desse estudo empenhou-se em descrever as ações, as atividades e as intervenções de natureza intersetorial planejadas e realizadas em articulação entre as Políticas de Saúde Mental, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico no município de Teresina-Piauí. À vista disso, identificou, entre os resultados, a ausência de planejamento de ações interssetoriais voltadas para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental, em alguns serviços. Isso possibilitou refletir sobre a materialização da interssetorialidade dentro dos serviços, pois o planejamento integrado oportuniza a articulação entre os diversos setores para o atendimento de todas as demandas e necessidades que possam vir a ser postas pela sociedade.

Outra situação é a realização do planejamento específico de cada local em que ele é feito de forma unilateral, e as demais Políticas Públicas são convidadas apenas a conjuntamente, conforme suas atribuições e dentro das especificidades das necessidades e demandas apresentadas. Nesse caso, cabe ponderar se após a execução essas ações são continuadas ou foram pontuais, findando com a conclusão do momento. Como exemplo, tem-se a participação do sociojurídico com as convocatórias para estudos de caso, audiências concentradas, participação em projetos como o “mente cidadã” e a construção de fluxogramas, além da realização do Fórum Intersetorial de Saúde Mental Infantojuvenil, nos anos de 2018 e 2019, cuja iniciativa deu-se por parte do Capsi Alexandre Nogueira, porém, não foram identificados relatos sobre a continuidade das ações.

Cabe enfatizar que o planejamento tem função indispensável na concretização da intersetorialidade, pois é por meio dele que setores diversos constroem e compartilham responsabilidades comuns.

O estudo revelou que as ações realizadas para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental são pontuais, como palestras, orientações, discussões/estudos de caso, entre outras. Dessa forma, não se detectou, nas falas dos entrevistados, assim como nos documentos analisados, a realização do planejamento e da intervenção conjunta. Com isso, entende-se que as ações que envolvem diálogo entre as Políticas Públicas são limitadas e conforme as demandas apresentadas. Sendo assim, não foi possível visualizar, nessas ações, a materialidade da intersetorialidade no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-Piauí.

Entretanto, essas ações pontuais de chamamento para o diálogo por uma política pública, para a discussão de casos específicos é a intersetorialidade que Teresina vivencia no seu cotidiano, e, portanto, não devem ser descartadas, devendo serem vistas e, principalmente, potencializadas, para serem o início da concepção de atos coletivos que levam à verdadeira intersetorialidade, por meio de ações planejadas e executadas conjuntamente.

Frisa-se que é possível vivenciar esse planejamento conjunto. Como experiência, tem-se o projeto Rede, Instituições e Articulações, a RIA, que por meio de ações construídas de forma planejada, compartilhada e articulada, buscou promover a integralidade do cuidado da pessoa com transtorno mental no município de Teresina-Piauí. Contudo, o projeto encontra-se suspenso desde a Pandemia da Covid-19, o que revela a necessidade de institucionalização das ações interssetoriais, como a RIA, que ficou a cargo da "boa vontade" de alguns profissionais, o que acarretou a não garantia de sua continuidade.

Assim sendo, verifica-se que as ações, as atividades e as intervenções realizadas entre as Políticas de Saúde Mental, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico, no município de Teresina, precisam avançar no planejamento e no compartilhamento de responsabilidades, requisito indispensável para a materialização da intersetorialidade no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental.

Isto posto, o terceiro objetivo específico explorou as potencialidades e os desafios encontrados na gestão e execução do trabalho intersetorial voltado para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina. Os desafios apresentados perpassaram o “apagar incêndio” até a discussão sobre a “rede furada”. Cabe apontar o “apagar incêndios” nas dinâmicas de trabalho sobrecarregadas por demandas que requerem atendimento imediato, o que tem dificultado a intervenção planejada e pactuada. Salienta-se, mais uma vez, o lugar estratégico do planejamento para a concretização das ações interssetoriais, o qual precisa ser inserido nos processos de trabalho.

Diante disso, atribuir à intersetorialidade um lugar de atividade “extra” é contribuir para que seja vista como um peso que aumenta a sobrecarga de trabalho. No entanto, a articulação intersetorial é uma atividade prevista nas legislações, portarias e documentos que normatizam não somente as Políticas de Saúde, de Saúde Mental, de atendimento às infâncias e juventudes, como outras também. Por conseguinte, a intersetorialidade não é uma atividade “a mais”, é uma atividade que deve fazer parte do processo de trabalho das equipes, cujas gestões devem garantir as condições adequadas para o seu desenvolvimento.

Outro desafio é o uso das relações pessoais e o direcionamento a uma categoria profissional para viabilizar o acesso aos direitos e benefícios sociais, o que leva à personalização dentro dos serviços públicos e pode favorecer a sobrecarga daqueles profissionais tidos como “acessíveis”. O personalismo apresenta-se como o acesso informal e não garante pactuações que favoreçam os direitos de maneira universal e equânime, os quais poderão ser garantidos mediante a institucionalização, o reconhecimento formal das ações interssetoriais pelas gestões.

Já o desafio da “rede furada” remete ao conceito de rede que compreende o conectar entre os pontos de atenção em prol de um objetivo comum. Contudo, entende-se que essa rede é conectada por profissionais que compõem os serviços. Dessa forma, se a rede está “furada” é porque faltam condições adequadas para a intersetorialidade acontecer, para que as “mãos” dos profissionais se entrelacem. Deste modo, é preciso pensar a rede para além da concretude dos serviços, e sim das relações, tanto dos(as) profissionais como das gestões. Para isso, necessita-

se ultrapassar a setorialização, os especialismos e a centralidade das ações, e avançar na atuação compartilhada entre todos que integram a rede.

Todo esse contexto de sobrecarga de trabalho com o “apagar incêndio” e da “rede furada” é permeado pelos desmontes das Políticas Públicas. Esses desmontes perpassam as políticas de Saúde, Educação, Assistência Social, entre outras, e culminam em cortes de gastos, que implicam diretamente na precarização dos serviços e potencializam a fragmentação das políticas públicas, o que obstaculiza a materialização da intersetorialidade no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental.

Todavia, nem só de desafios vive a intersetorialidade no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental, as potencialidades também foram apontadas nesse estudo. Entre elas, cabe enfatizar os próprios profissionais e as equipes, que são alçados ao lugar de potência para a realização da articulação intersetorial, principalmente ao considerar que são os(as) profissionais que tecem as redes. Além disso, no geral, são profissionais concursados, o que é uma característica diferenciada de Teresina, em comparação com outros municípios do Piauí, em que uma minoria de profissionais é efetiva, e isso possibilita a constância e a vinculação na realização das atividades, o que é indispensável para a intersetorialidade. Contudo, essas ações não podem ser movidas apenas pela “boa vontade” dos(as) profissionais, é preciso que as gestões garantam as condições necessárias, assim como a qualificação, por meio da educação continuada.

Ademais, as legislações que regulamentam as Políticas Públicas de Assistência Social, Saúde Mental, entre outras, também são vistas como potencialidades para a realização da articulação intersetorial no cuidado das infâncias e juventudes, pois legitimam a intersetorialidade como diretriz política para a resolução das necessidades e demandas desse público.

Uma ressalva necessária neste estudo diz respeito ao planejamento, que despontou durante toda a investigação como um desafio e uma possibilidade, mas, acima de tudo, como estratégia imprescindível para a realização da intersetorialidade. Em face disso, enfatiza-se a potência da RIA na materialização da pactuação, do planejamento e da execução de ações conjuntas entre as Políticas Públicas de Saúde, Saúde Mental, Assistência Social, entre outras. No entanto, é algo que precisa ser retomado e institucionalizado, o que na atual gestão ainda não aconteceu.

Diante desses desafios e potencialidades, enfatiza-se o papel das gestões nessa realidade, as quais reconhecem a relevância da sua atuação no planejamento e na operacionalização das

articulações intersetoriais. Entretanto, para a concretude, não possuem projetos pactuados entre as Políticas Sociais, o que se tem são projetos internos e unilaterais. Tal ausência corrobora com a solicitação dos(as) profissionais entrevistados para que as gestões, de fato, atuem conforme suas atribuições, de maneira a favorecer as ações intersetoriais, oportunizando às equipes as condições necessárias para a efetivação dessas ações.

Conforme as apreensões realizadas até aqui, conclui-se que a efetividade da intersectorialidade para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental esbarra na forma como os serviços são organizados, na setorialização das Políticas Públicas, impostas pelo projeto neoliberal. A materialização da intersectorialidade exige um intenso trabalho de construção política que requer a capacidade de construir consensos nivelados e contínuos, o que não se visualizou na realidade estudada.

Apesar disso, não se pode ignorar o trabalho realizado por alguns profissionais e gestores com a intenção de alcançar a oferta de cuidado integral para o público em questão. Para isso, é preciso investimentos de todos os atores envolvidos, no intuito de ultrapassar as práticas pontuais e esporádicas. É preciso vivenciar a intersectorialidade no dia a dia, e uma alternativa poderia ser o resgate das ações da RIA pelos profissionais e gestores, de maneira formal e organizada, contemplando todos os setores da sociedade.

Portanto, espera-se que esses resultados municiem as gestões e os trabalhadores de informações acerca da sua realidade, que possibilitem melhorias no processo de planejamento e execução das políticas públicas, de maneira a fortalecer o diálogo pactuado e contínuo entre os serviços que integram o Sistema de Proteção Social voltado para as infâncias e juventudes com transtorno mental em Teresina-PI.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, H. W.; BRANCO, P. P. M. (Orgs.). **Retratos da Juventude Brasileira**: análise de uma pesquisa nacional. São Paulo: Instituto Cidadania / Fundação Perseu Abramo, 2005.
- ALENCAR JÚNIOR, O. G. **Estadualização da saúde no Piauí**: a força da ação política. Curitiba: Editora CRV, 2019.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. *In*: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2014. p. 73-84.
- AMARANTE, P. **O Homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.
- APPOLINARIO, F. **Metodologia da ciência**: filosofia e prática da pesquisa. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.
- BAPTISTA, M. V. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 109. p. 179-199, 2012.
- BAPTISTA, M. V. **Planejamento Social**: intencionalidade e instrumentação. 3. ed. São Paulo: Veras Editora; Lisboa: CPHTS, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2000. 71p.
- BIDARRA, Z. S. Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia de direitos. **Serviço Social e Sociedade**, v. 99, 2009. p. 483-497
- BIDARRA, Z. S.; DOURADO, A. L. Intersetorialidade em redes de políticas públicas para consolidar o Sistema de Garantia dos Direitos: o que aprendemos nesses 30 anos de Estatuto da Criança e do Adolescente? **Emancipação**, n. 20, p. 1-22, 2020.
- BOSCHETTI, I. A insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 112, p. 754-803, out./dez. 2012.
- BOSCHETTI, I. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, 2009.
- BRASIL. **Código de menores de 1927**. Lei nº 17943 – A, de 12 de outubro de 1927. Brasília, DF, 1927.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Artigos 196 a 200. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e suas alterações posteriores**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais e de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em:

https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf. Acesso em: outubro/2022

BRASIL. **Lei 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. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: fevereiro/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004**. Constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.

BRASIL. **Política Nacional da Assistência Social – PNAS – Versão Original**. Aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social por intermédio da Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004 e publicada no diário oficial da união – DOU do dia 28 de outubro de 2004. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. OPAS. Brasília, nov. 2005. Disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: fevereiro/2021

BRASIL. Ministério da Saúde-MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. M.S. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a. 76p.

BRASIL. Decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Cria o Programa Nacional de Saúde na Escola. Brasília, DF, 2007. **Diário Oficial da União, de 06 de dezembro de 2007**. Seção 2, p. 02. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/decreto/d6286.htm. Acesso em: 8 fev. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (Conasa). Comissão Organizadora da IV CNSM. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 27 de junho a 1º de julho de 2010. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 out. 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: fevereiro/2023

BRASIL. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS. Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS. Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS. Brasília, DF, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS. Brasília, DF, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS. Brasília, DF, 2017e.

BRASIL. **Portaria nº 1.701/SAS/MS, de 25 de outubro de 2018.** Institui a documentação oficial do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), CMD, RTS e SIGTAP. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política

Nacional sobre Drogas. Disponível em:

<https://pbpd.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: outubro/2022

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: Mota, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Saúde na atual conjuntura, a pandemia do coronavírus e as lutas da frente nacional contra a privatização. **Revista Humanidades e Inovação**. v. 8., n 35, p. 143-156, 2021.

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, Brasília v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020.

BULCÃO, I. A produção de infâncias desiguais: uma viagem na gênese dos conceitos ‘criança’ e ‘menor’. Em: Nascimento, M. L. (org.). **Pivetes: a produção de infâncias desiguais**. Niterói: Intertexto; Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 2002. p. 61-73.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 760/22**. Deputada Jaqueline Cassol. Que institui o Programa de Suporte a Saúde Mental na Era Digital. Brasília, DF, 2022

CARRANO, P. C. R. Lucidade jovem. In: **Juventudes e cidades educadoras**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 109-157.

CARVALHO, M. do C. B de. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A.; VITALE, M. A. (Orgs.). **Família, redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: IEE/PUC, 2004, p. 267-276.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 269-279, maio/ago., 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/TyMKscqwjWfwpbScmWpwCvc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: outubro/2022

CONANDA. **Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006**. Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Carta de Maceió, Seguridade Social pública: é possível! In: ENCONTRO NACIONAL CFESS/CRESS, 26. **Anais...**, Maceió, 2000.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais**. **Psicologia Clínica**. v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010356652015000100017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 6 de maio de 2020.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2016a.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. *In*. LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (Orgs.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016a, p.161-192.

DAGNINO, E. ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? *In*: MATO, D. (Coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil entiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004, p. 95-110.

DRAIBE, S. M. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Cadernos de Pesquisa**, n. 8, UNICAMP/NEPP, 1993.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, v. IV, n. 6, junho, 2006, pp. 69-83. Universidade Presidente Antônio Carlos. Barbacena, Brasil

FALEIROS, V. P. Infância e Processo Político no Brasil. *In*: RIZZINI, I.; PILOTTI, F. **A Arte de Governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

FEITOSA, P. F. M. Mente Cidadã: família, vulnerabilidade social e da saúde mental. *In*: ANAIS DO 2º CONGRESSO BRASILEIRO CIÊNCIA E SOCIEDADE, 2021, Teresina. **Anais eletrônicos...** Campinas, Galoá, 2021. Disponível em: <https://proceedings.science/cbcs/cbcs-2021/trabalhos/mente-cidada-familia-vulnerabilidade-social-e-da-saude-mental?lang=pt-br>. Acesso em: 8 fev. 2023.

FLICK, U. Pesquisa social integrada: combinação de diferentes abordagens de pesquisa. *In*: FLICK, U. **Introdução a metodologia de pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 177-190

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. Portaria/Pres/N 201/2017 de 18 de setembro de 2017. Dispõe sobre a implantação do CAPS InfantoJuvenil. **Diário Oficial do Município**: Teresina, ano 2018, nº 2210, p. 5, 25 de janeiro de 2018.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS. **Relatório de Gestão**. Teresina, 2018.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS. **Relatório de Gestão**. Teresina, 2019.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS. **Relatório de Gestão**. Teresina, 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. (Cap. 10, 11, 12 e 14)

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 111-138, 2019.

HOLANDA, D. G. M. **Relatório Final**. Estágio Supervisionado I – Universidade Federal do Piauí: Teresina, 1982.

HOLANDA, S. B. de. **Raízes do Brasil**. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. (Cap. 5).

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

JUNQUEIRA L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.

KERSTENETZKY, C. L. **Estado do Bem-Estar Social na Idade da Razão**. Rio de Janeiro: Campus, 2012. 289p.

LEME, C. C. C. P. O assistente social na saúde mental, um trabalho diferenciado, uma prática indispensável. In: NICACIO, E. M.; BISNETO, J. A. (Orgs.). **A Prática do Assistente Social na Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013. p. 21-32

LIMA, Rossano C. Saúde Mental na Infância e Adolescência. In: Marco Aurelio Soares Jorge, Maria Cecília de Araujo Carvalho, Paulo Roberto Fagundes da Silva (Orgs.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. – Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014. P. 229-254.

LIMA, Maria J. Girão. **A prática do assistente social na área da saúde mental: uma análise centrada na cidadania dos usuários**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Piauí: Teresina, 2004.

LIMA, S. G. S.; SANTOS, D. V. S. **RIA: Rede, Instituições e Articulação**. Plano de Ação. 2015.

LUSTOSA, A. F. M et al. Política Pública Brasileira de Saúde Mental voltada para o Público Infante-Juvenil: Impasses e Perspectivas. In: IV Jornada Internacional de Políticas Públicas. **Anais...** São Luis, 2009.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativa na pesquisa em Serviço Social. In: **Seminário sobre metodologias qualitativas de pesquisa**. NEPI, PUC-SP, maio de 1994, p. 11-18

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. Tradução e introdução de Florestan Fernandes. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008. 288p.

MATOS, M. C. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da covid-19. **Revista Humanidades e Inovação**. v. 8., n. 35, p. 25-35, 2021.

MELLO, I. A. et al. Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. **Trab. educ. saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/G4HRbZSdFM8sXQDTLbtvXWz/?lang=pt>. Acesso em: nov. 2022.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M.A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (orgs.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2. ed. 2006.

MIOTO, R. C.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al (Org). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, OPAS, 2008, p. 273-303.

MONFREDINI, M. I. Proteção integral e garantia de direitos da criança e do adolescente: desafios à intersectorialidade. 2013. 296f. **Tese (Doutorado em ???)** – Universidade Estadual de Campina, 2013.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Intersetorialidade e políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L.T.; SOUZA, R. G. (Orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas (SP): Papel Social, 2014. p. 41-54

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Katál**. Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011.

MULLER, P.; SUREL, Y. **Análise das políticas públicas**. Pelotas: EDUCAT, 2002. p. 7-30

NASI, Cíntia; Cardoso, Adriana Serdotte Freitas; Schneider, Jacó Fernando; Olschowsky, Agnes; Wetzels, Christine. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **REME rev. min. enferm**;13(1):147-152, jan/mar 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/174>. Acesso em: abril de 2020

NETTO, J. P. Introdução ao método da teoria social. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 667-696

NIEHUES, M. R.; COSTA, M. O. Concepções de infância ao longo da história. **Rev. Técnico Científica (IFSC)**, v. 3, n. 1, 2012.

NOGUEIRA NETO, W. Por um sistema de promoção e proteção dos direitos humanos de crianças e adolescentes. In: FÁVERO, E. T.; PINI, F. R.O.; SILVA, M. L. O. (Orgs). **ECA e a proteção integral de crianças e adolescentes**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2020.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. *et al.* (Org). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2008. P. 218- 241.

OLIVEIRA, M. M., CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**. n. 20, v. 1, p. 229-238, 2015.

PAIM, J. S. *et al.* **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p. (Coleção Temas em Saúde).

PAIS, J. M. A transição dos jovens para a vida adulta. *In: Culturas juvenis*. 2. ed. Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 2003. p. 27-46.

PEREIRA, P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. *In: BOSCHETTI, I. et al.* (Org.) **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo, Ed. Cortez, 2009. p. 87-108.

PEREIRA, P. A. A Intersetorialidade das Políticas Sociais na Perspectiva Dialética. *In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T; SOUSA, R. G.* (Ogs.) **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. P. 21-41.

PEREIRA, S. L. B. **Intersectorialidade na política de saúde mental: uma análise a partir das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais nas redes intersetoriais**. 2018. 288p. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2019.

PEREIRA, S. L. B.; GUIMARÃES, S. de J. Rede, instituições e articulação: desafios e possibilidades para a intersectorialidade na política de saúde mental. **Barbarói**, n. 1, v. 53, p. 185-207, 2019. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v1i53.12806>

REIS, A. O. A. *et al.* Breve história da saúde mental infantojuvenil. *In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. P. P.; TANAKA, O. Y.* (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2016. p. 109-130.

RIZZINI, I. Crianças e Menores: do pátrio poder ao Pátrio dever – um histórico da legislação para a infância no Brasil. *In: RIZZINI, I.; PILOTTI, F.* **A Arte de Governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

RIZZINI, I. **O século perdido: Raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2011.

RODRIGUES, M. M. A. Políticas Públicas – Coleção Folha Explica apud NETO, G. **POLÍTICAS PÚBLICAS: Dos conceitos à sua impossibilidade na gramática do capital. Perspectivas em Políticas Públicas**. v. XIII, n. 26. maio/ago. 2020. ISSN: 2236-045X

ROSA, L.C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3º ed, São Paulo: Cortez, 2008.

ROSA, L. C. S. As condições das famílias brasileiras de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. *In: VASCONCELOS, E. M.* (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p.263-288.

SANTOS, W. G.. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro, Campus. 1994.

SANTOS, W. S. CAPSi Dr. Alexandre Nogueira. **Análise Institucional**. Estágio Supervisionado – Universidade Federal do Piauí: Teresina, 2018.

SANTOS, W. S. AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NA DINÂMICA FAMILIAR DE ADOLESCENTES E SUA RELAÇÃO COM OS AGRAVOS EM SAÚDE MENTAL: Uma Análise no CAPSi Dr. Alexandre Nogueira. **Trabalho de Conclusão de Curso.** – Universidade Federal do Piauí: Teresina, 2019.

SANTOS, D. V. S.; ROSA, L. C. S. A Experiência de Adolescente com Transtorno Mental. In: ROSA, L. C. S. (Org.). **Saúde Mental Sob o Prisma Acadêmico: A Experiência em Serviço Social da UFPI na Docência, nos Estágios e em produção de Conhecimento.** Teresina: EDUFPI, 2011. p. 207- 223.

SOARES, C. A. Psiquiatria infantil: o Nascimento do CAPSi. In: ROSA, L.C.S. **Capsi: reconstruindo experiências no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil Dr. Martinelli Cavalca.** Teresina: Edufpi, 2008. P. 9-24.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. Os custos sociais do ajuste neoliberal no Brasil. **Sader E, compilador. El ajuste estructural en América Latina. Costos sociales y alternativas.** CLACSO, v. 8, p. 171-86, 2001. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101003020857/9cap08.pdf>, acessado em: 05/10/2020.

SOUSA, L. E. et all. Construção de uma identidade singular do cuidado no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Dr. Martinelli cavalca: reflexões sobre avanços e desafios. IN: PEREIRA, Sofia Laurentino B. et al (org.). **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS.** EDUFPI: Teresina, 2017, p. 467-481.

SARMENTO, M. J.; PINTO, M. As crianças e a infância: definindo conceitos, delimitando o campo. In: SARMENTO, M. J.; PINTO, M. **As crianças, contextos e identidades.** Braga, Portugal. Universidade do Minho. Centro de Estudos da Criança. Ed. Bezerra, 1997.

SCHEINVAR, E. Idade e Proteção: fundamentos legais para a criminalização da criança, do adolescente e da família (pobres). In: NASCIMENTO, M. L. do. **PIVETES. A produção de infâncias desiguais.** Rio de Janeiro/Niterói, Oficina do Autor/Intertexto, 2002. p. 83-109.

SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate.** Pelotas, n. 16, v. 1, jan./jun. 2010. p. 60-72.

SOUZA, A. C. **Estratégias de Inclusão da Saúde Mental na Atenção básica: um movimento dos mares.** São Paulo: Hucitec, 2015.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br>. Acesso em: 10 maio 2020.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S.; MINATEL, M. M. Atenção psicossocial e intersetorialidade: entre o lugar do saber e o saber do lugar. In: A. D. S. A.; FERNANDES, B. L.; TAÑO, M. F. B.; CID, T. S. Matsukura (Eds.). **Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial.** (pp. 2-20). São Paulo: Manole, 2021.

TEIXEIRA, S. M. (2016). Família na Política de Assistência Social: avanços e retrocessos com a matricialidade sociofamiliar. **Revista De Políticas Públicas**, n. 13, v. 2, p. 255-264. Disponível em: <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/4769>. Acesso em: outubro/2022

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**. FGV. Rio de Janeiro, RJ, v. 349, n. 6, nov./dez. 2000. p. 63-80.

TERESINA. **Lei Complementar nº 2.960, de 26 de dezembro de 2000**. Disponível em: <https://dom.pmt.pi.gov.br/admin/upload/DOM1348-1-02072010.pdf>. Acesso em: outubro/2022

TYKANORI, R. **Conceito de Rede**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=P4fXHGjD-VA>. Acesso em: outubro/2022

UNICEF. **A Convenção sobre os Direitos da criança**. 1989. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: outubro/2022

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* Tratado de Saúde Coletiva, 2006.

YAZBEK, M. C. Sistema de proteção social, intersetorialidade e integração de políticas sociais. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T; SOUSA, R. G. (Ogs.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

ZANIANI, E. J. M.; LUZIO, C. A. A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantil. **Psicologia em Revista**. v. 20, n. 1, p. 56-57, abr. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-11682014000100005. Acesso em: 13 jun. 2020.

ZUCCHETTI, D. T.; BERGAMASCHI, M. A. Construções Sociais da Infância e da Juventude. **Cadernos de Educação** – FaE/PPGE/UFPel, Pelotas [28]: p. 213-234, 2007.

APÊNDICE A - LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Quadro A1: BIBLIOTECA DIGITAL BRASILEIRA DE TESES E DISSERTAÇÕES

Descritores: infância e juventude/criança; saúde mental; sistema de garantia de direitos

Nº	Título	Ano	Natureza	Area de Conhecimento
01	O transtorno da internação: o caso dos adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação.	2011	Dissertação	Serviço social/política social UNB
02	Crianças encarceradas - a proteção integral da criança na execução penal feminina da pena privativa de liberdade.	2013	Tese	Direito/UFSC
03	As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social.	2014	Dissertação	Psicologia

Fonte: Sistematização da autora

Descritores: infância e juventude; saúde mental; intersetorialidade – não teve resultados

Descritores: intersetorialidade; sistema de garantia de direitos; transtorno mental – não teve resultados

Descritores: intersetorialidade; sistema de proteção social; saúde mental infantil – não teve resultados

Descritores: criança; saúde mental; intersetorialidade/rede

Nº	Título	Ano	Natureza	Area de Conhecimento
01	Articul(A)ções Entre Saúde Mental E As Escolas: Pistas Para Construir Um Trabalho Intersetorial	2016	Dissertação	Psicologia
02	Estratégias de cuidado intersetorial em saúde mental infantil: (des) conexões da rede	2017	Dissertação	Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
03	A constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.	2017	Tese	Educação

04	Redes e ação intersetorial: a experiência de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do município do Rio de Janeiro.	2014	Dissertação	Saúde Pública
05	Avaliação do cuidado em saúde mental à criança no contexto da estratégia da saúde da família.	2019	Dissertação	Psicologia
06	Educação: ações intersetoriais em prol da saúde mental infantojuvenil.	2019	Dissertação	Saúde Pública
07	Intersectorialidade no atendimento de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas no município de Cascavel-Pr.	2019	Dissertação	Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde
08	Articulação entre saúde mental infanto-juvenil e atenção básica em Natal-RN: limites e possibilidades	2014	Dissertação	Saúde Coletiva
09	Sobre cartografar a articulação entre o centro de atenção psicossocial infantojuvenil e a atenção básica: um percurso pelo cuidado em saúde mental	2019	Tese	Ciências da Saúde
10	Cartografias territoriais: infância e adolescência nas práticas intersetoriais entre a saúde e a assistência social	2019	Dissertação	Psicologia Social
11	Representações e ações acerca das queixas escolares atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPSi	2017	Tese	Saúde Pública
12	Apoio matricial entre a rede de atenção psicossocial e a rede de ensino: avaliação de uma experiência em construção	2014	Dissertação	Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
13	O enfrentamento da dependência de crack em crianças e adolescentes pelas equipes multiprofissionais da rede de saúde mental do município de Cascavel: estratégias, desafios e possibilidades	2011	Dissertação	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social.
14	Cuidado em saúde mental infantojuvenil na atenção	2019	Tese	Terapia Ocupacional

	básica à saúde: práticas, desafios e perspectivas			
15	Fluxos na rede de atenção psicossocial infanto-juvenil na cidade de Campinas-SP: compreensão, construção e itinerários	2016	Dissertação	Saúde Coletiva
16	Laboratório de Inclusão: espaço multidisciplinar e intersetorial em um CAPS Infantil no município de São Paulo. (Inter) Invenções possíveis entre Saúde, Educação e Assistência	2017	Dissertação	Gestão da Clínica
17	A saúde mental infanto juvenil e atenção básica: um estudo de caso	2019	Dissertação	Saúde Pública
18	(In)visibilidades no campo da saúde mental infantojuvenil: tessituras e desenlaces na construção da atenção psicossocial e do cuidado em rede	2016	Tese	Psicologia

Fonte: Sistematização da autora

Quadro A2: SCIELO

Descritores: infância e juventude/criança; saúde mental; sistema de garantia de direitos – não teve resultado

Descritores: infância e juventude; saúde mental; intersetorialidade – não teve resultados

Descritores: intersetorialidade; sistema de garantia de direitos; transtorno mental – não teve resultados

Descritores: intersetorialidade; sistema de proteção social; saúde mental infantil – não teve resultados

Descritores: criança; saúde mental; intersetorialidade

Nº	Título	Ano	Periódico
01	A intersetorialidade na redução de iniquidades sociais vivenciadas por crianças e adolescentes	2021	Revista Latino-Americana de Enfermagem
02	Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil	2019	Physis: Revista de Saúde Coletiva
03	Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais	2015	Psicologia Clínica

Fonte: Sistematização da autora

1. Descritores: criança; saúde mental; rede

Nº	Título	Ano	Periódico
01	Práticas de terapia ocupacional na rede de saúde mental da criança e do adolescente	2021	Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional
02	Atenção à saúde mental infantil no contexto da Estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo	2020	Revista Gaúcha de Enfermagem
03	Saúde mental infantojuvenil: visão dos profissionais sobre desafios e possibilidades na construção de redes intersetoriais	2019	Revista Gaúcha de Enfermagem
04	Atenção Psicossocial Infantojuvenil: Interfaces Com A Rede De Saúde Pelo Sistema De Referência E Contrarreferência	2017	Texto e Contexto – Enfermagem
05	Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial para crianças e adolescentes	2016	Revista Gaúcha de Enfermagem
06	Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011)	2015	Estudos de Psicologia (Campinas)
07	Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais	2015	Psicologia Clínica
08	Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território	2015	Ciência & Saúde Coletiva

Fonte: Sistematização da autora

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor (a)

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa denominada “A Intersetorialidade na Saúde Mental Infantojuvenil: Caminhos para o Cuidado Integral das Infâncias e Juventudes de Teresina- Piauí”. Esta pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Sayonara Genilda de Sousa Lima, discente no curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí -UFPI e tem como objetivo compreender como ocorre a articulação intersetorial entre as Políticas Sociais que compõem o Sistema de Proteção Social para o cuidado as infâncias e juventudes com transtorno mental do município de Teresina – Piauí, com destaque para as Políticas de Saúde Mental, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico.

Esta pesquisa tem por finalidade compreender como as ações intersetoriais se realizam e publicizar essas informações, poderá favorecer o reconhecimento da potencialidade do trabalho intersetorial para as infâncias e juventudes, o que poderá municiar as gestões de dados que possibilitem melhorias no processo de formulação e execução das políticas públicas, de maneira a fortalecer o diálogo entre os serviços que compõem a rede de atendimento, acerca da discussão da saúde mental infantojuvenil em Teresina-PI. Neste sentido, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura desse termo.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante. Após seu consentimento, assine todas as páginas e ao final desse documento que está em duas vias. O mesmo, também será assinado pelo pesquisador em todas as páginas, ficando uma via com você participante da pesquisa e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com o pesquisador responsável pela pesquisa através do seguinte telefone: (86) 99918-8437 (Sayonara Genilda de Sousa Lima). Se mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: [as](mailto:as@ufpi.edu.br); no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Esclarecemos mais uma vez que sua participação é voluntária, caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e o (os) pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento.

A pesquisa tem como justificativa qualificar a construção de estratégias intersetoriais entre a política de saúde mental voltada para o público infantojuvenil e as demais políticas sociais, como outros serviços de Saúde, Assistência Social, Educação e Sociojurídico, pois, almeja-se identificar, analisar e apresentar a realidade do município de Teresina, expondo as contribuições dos gestores e profissionais na construção de uma política de cuidados intersetorial.

Para sua realização serão utilizados os seguintes procedimentos para a coleta de dados: observação participante, a entrevista semiestruturada e o grupo focal. A observação participante, a partir da experiência da pesquisadora na Rede de Atenção Psicossocial de

Teresina. A entrevista semiestruturada que será utilizada com os profissionais das políticas de Atenção Básica, Assistência Social, Sociojurídico e Educação, além, das gerencia de Saúde Mental, de Proteção Social Básica e da Divisão da educação inclusiva, totalizando a proposta de realização de onze entrevistas semiestruturada. E o grupo focal deverá acontecer em dois encontros, devendo ocorrer um por semana, com a participação de oito profissionais do Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Dr. Alexandre Nogueira. As entrevistas e o grupo focal serão gravados e depois transcritos para análise, caso autorizado e não terá tempo de execução delimitado tendo em vista deixar o profissional a vontade para que possa expressar-se abertamente às perguntas realizadas

Destaca-se que o contato com o campo será estabelecido através de diálogo prévio com equipe profissional, coordenação/responsável técnico pelo serviço, a fim de conhecer a realidade institucional, buscando a não interferência negativa na rotina de atividades. Devendo ocorrer, conforme planejado em cronograma de execução, nos meses de julho e agosto de 2022. Reforça-se que tanto as entrevistas semiestruturadas como o grupo focal tem por objetivo apreender informações referentes ao cuidado intersetorial voltado para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental de Teresina.

Esclareço que esta pesquisa pode acarretar alguns riscos: as perguntas poderão provocar no(a) senhor(a) algum anseio, podendo levar a alguma consternação, porém todo o cuidado será tomado para evitar sua exposição ou qualquer constrangimento, de já elucidamos que suas respostas não receberão julgamentos por parte dos pesquisadores, além do que, terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa para esclarecimentos e o direito de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem justificativa. Para minimizar os riscos será respeitada a opção do participante a não responder determinada(s) pergunta(s); buscar realizar as entrevistas de forma leve e com linguagem de fácil entendimento; garantir o sigilo das entrevistas ficando sob responsabilidade do pesquisador proteger informações fornecidas pelos participantes, bem como realizar as entrevistas em espaços adequados e privadas. Assim, reafirmamos que as informações serão sigilosas, não sendo utilizadas fora do seu contexto real, e que não haverá divulgação personalizada.

Como benefício o/a senhor(a) contribuirá com a discussão sobre a intersetorialidade como caminho para o cuidado integral das infâncias e juventudes com transtorno mental de Teresina-Piauí. Acredita-se que compreender como as ações intersetoriais acontecem e publicizar essas informações, irá possibilitar o reconhecimento da potencialidade do cuidado intersetorial para as infâncias e juventudes com transtorno mental, o que poderá municiar as gestões de dados que possibilitem melhorias no processo de formulação e execução das políticas públicas, de maneira a fortalecer o diálogo entre os serviços que integram o Sistema de Proteção Social voltado para o público infantojuvenil em Teresina-PI. Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. E você terá livre acesso as todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

A sua participação, bem como a de todas as partes envolvidas será voluntaria, não havendo remuneração para tal. Esclareço ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido.

Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação neste estudo você receberá o acompanhamento e a assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, bem como poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), será assinado pelos participantes que concordarem em participar da entrevista semiestruturada e do grupo focal.

Consentimento da Participação

Após os devidos esclarecimentos e estando ciente de acordo com os que me foi exposto, eu -----declaro que aceito participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas. Para tanto, assino este consentimento em duas vias, rubrico todas as páginas e fico com a posse de uma delas.

Preencher quando necessário

- Autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação, filmagem e/ou fotos;
- Não autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação e/ou filmagem.
- Autorizo apenas a captação de voz por meio da gravação;

Local e data: _____

Assinatura do Participante

Documento Oficial

Assinatura do Pesquisador Responsável
CRESS - 1753 / 22ª Região - PI

APÊNDICE C**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: “A INTERSETORIALIDADE NO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: Caminhos para o cuidado das infâncias e juventudes com Transtorno Mental de Teresina-Piauí.”

Pesquisador responsável: Sayonara Genilda de Sousa Lima/

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas

Telefone para contato: (86) 99918-8437

Local da coleta de dados: CAPSi Dr. Alexandre Nogueira (Gestão Municipal); Gerencia de Saúde Mental do município de Teresina; Unidade Básica de Saúde; Gerencia de Proteção Social Básica da SEMCASPI; CRAS Leste; CREAS Leste; Divisão de Educação Inclusiva da SEMEC; Centro Municipal de Atendimento Multidisciplinar (CMAM); 1ª Vara da Infância e Juventude; Ministério Público; Conselho Tutelar Leste.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados a partir de entrevistas semiestruturadas e do grupo focal. As entrevistas e os grupos focais serão gravados e transcritos para análise. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em Pen Drive por um período de 5 anos sob a responsabilidade de Sayonara Genilda de Sousa Lima. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, 04 de abril de 2022

Pesquisador Responsável

Equipe de Pesquisa (Orientadora)

APÊNDICE D

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)

Ao Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Federal do Piauí

Eu, Sayonara Genilda de Sousa Lima, pesquisador responsável pela pesquisa intitulada “A INTERSETORIALIDADE NO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: Caminhos para o cuidado das infâncias e juventudes com Transtorno Mental de Teresina- Piauí.” declaro que:

- Assumo (imos) o compromisso de cumprir os Termos das Resoluções Nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012 e Nº 510/2016, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).
- Assumo (imos) o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas, sem o devido consentimento dos voluntários;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Sayonara Genilda de Sousa Lima;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP/UFPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP/UFPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, 04 de abril de 2022

Pesquisador Responsável

Equipe de Pesquisa (Orientadora)

APÊNDICE E

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA, ASSISTÊNCIA SOCIAL, EDUCAÇÃO E SOCIOJURIDICO

Entrevista

Data: _____ Local: _____

Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Profissional nº _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____ Tempo no serviço: _____

Serviço: _____

ROTEIRO

1. No serviço em que atua, acolhem demandas de infâncias e juventudes com transtorno mental? Se sim, quais as situações que são mais frequentes?
2. Dessas situações, quais necessitam de articulação intersetorial?
3. Quais as Políticas Públicas e os serviços que você mais se articula no seu trabalho para o cuidado com este público? Quais você considera indispensáveis? Pode justificar?
4. Vocês planejam ações, as atividades e as intervenções de natureza intersetorial para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental?
5. Quais são as ações, as atividades e as intervenções realizadas em articulação entre as Políticas Sociais no cuidado com esse público?
6. Você visualiza desafios e potencialidades na realização das ações interssetoriais? Quais? Por quê?
7. Como você compreende o papel da gestão na articulação intersetorial para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental? Por quê?

APÊNDICE F**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM GESTORES**

Entrevista

Data: _____ Local: _____

Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Profissional nº _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____ Tempo no serviço: _____

Serviço: _____

ROTEIRO

1. No serviço em que você atua, vocês acolhem demandas de infâncias e juventudes com transtorno mental? Se sim, quais as situações que são mais frequentes?
2. Dessas situações, quais necessitam de articulação intersetorial?
3. Quais as Políticas Públicas e os serviços que você mais se articula no seu trabalho para o cuidado com este público? Quais você considera indispensáveis? Pode justificar?
4. Vocês planejam ações, as atividades e as intervenções de natureza intersetorial para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental?
5. E quais são as ações, as atividades e as intervenções realizadas em articulação entre as Políticas Sociais, no cuidado com esse público?
6. Como você compreende o papel da gestão na articulação intersetorial para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental? Por quê?
7. Existem recursos e projetos compartilhados entre serviços para o cuidado com as infâncias e juventudes com transtorno mental? Quais as responsabilidades pactuadas?
8. Você visualiza desafios e potencialidades na realização das ações interssetoriais? Quais? Por quê?

APÊNDICE G

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DO CAPSi

Entrevista

Data: _____ Local: _____

Início: _____ Término: _____ Duração: _____

ROTEIRO

1. Como o CAPSi promove o cuidado as crianças e adolescentes com transtornos mentais?
2. Quais as questões que demandam articulação intersetorial?
3. Quais as Políticas Públicas e os serviços que mais têm contato na resolução das demandas que requerem articulação intersetorial?
4. As ações e as atividades de natureza intersetorial são planejadas?
5. Que ações são efetivadas em articulação com as demais Políticas Sociais?
6. Como compreende o papel da gestão na articulação intersetorial?
7. Visualizam desafios e potencialidades na realização do trabalho intersetorial? Quais? Por quê?

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INTERSETORIALIDADE NO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: Caminhos para o cuidado das infâncias e juventudes com Transtorno Mental de Teresina- Piauí.

Pesquisador: SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59006322.9.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.520.311

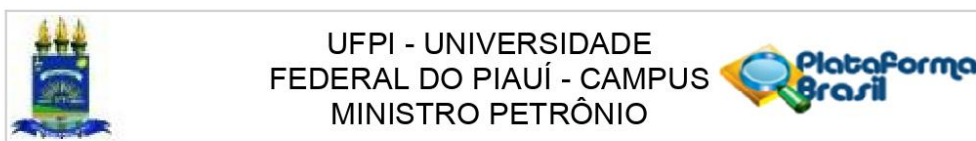
Apresentação do Projeto:

As informações apresentadas nos itens: apresentação do projeto, objetivos da pesquisa, análise de riscos e benefícios da pesquisa foram retiradas dos seguintes documentos: (TCLE.docx; PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1943046.pdf; PROJETO_MESTRADO_CEP_UFPI.docx).

Desenho:

Trata-se de uma pesquisa no campo das ciências sociais aplicadas, em que o tipo de pesquisa a ser utilizada é a explicativa e a abordagem é a qualitativa. O município de Teresina, localizado no Estado do Piauí, figurará como o local onde a pesquisa será desenvolvida. Logo, o cenário de pesquisa será delimitado entre os serviços que compõem a rede de cuidados com as infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina, tendo por indicação os delineamentos do Sistema de Garantia de Direitos: o CAPSi Dr. Alexandre Nogueira; Unidade Básica de Saúde; o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), 1ª Vara da Infância e Juventude, Ministério Público e do Conselho Tutelar de Teresina; Divisão da Educação Inclusiva da Semec e o Centro Municipal de Atendimento Multidisciplinar (CMAM). Os Sujeitos deste estudo serão os profissionais que compõem a equipe gestora e multidisciplinar dos serviços elencados nos cenários da pesquisa. Assim, verifica-se um total de dezenove sujeitos de pesquisa, dos quais três representam os gestores que deverão ser entrevistados; oito serão os profissionais que atuam diretamente nas

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI			
Bairro: Ininga		CEP: 64.049-550	
UF: PI	Município: TERESINA		
Telefone: (86)3237-2332	Fax: (86)3237-2332	E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br	



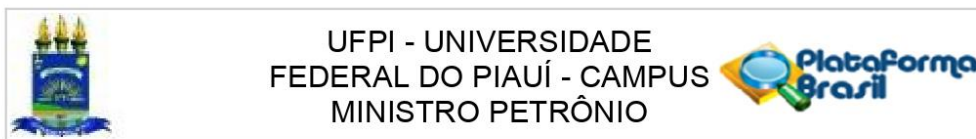
Continuação do Parecer: 5.520.311

Políticas de Atenção Básica, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico, e oito equivalem aos profissionais do CAPSi Dr. Alexandre Nogueira. Ressalta-se que os sujeitos aqui elencados devem estar em acordo com os critérios de inclusão. Para a coleta de dados será realizada: a pesquisa bibliográfica sobre o tema, a pesquisa documental sobre os CAPS Infantojuvenis de Teresina. Como instrumento de coleta de dados utilizar-se-á a observação participante, a entrevista semiestruturada e o grupo focal. Os dados serão analisados a partir do método dialético de Marx. Com os dados organizados, será empregada a estratégia de triangulação. Para a análise de dados será utilizado a análise de conteúdo.

Resumo:

O presente estudo pretende analisar como se efetiva a intersetorialidade no Sistema de Proteção Social para as infâncias e juventudes com transtorno mental do município de Teresina – Piauí, especialmente na Política de Saúde Mental em articulação com outros serviços de Saúde, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico. Para isso, realizará contextualização histórica a respeito da construção do Sistema de Proteção Social, com ênfase nas ações dirigidas aos cuidados das Infâncias e Juventudes com transtorno mental. Por isso, pretende-se investigar não só as ações realizadas pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil que se localiza no município de Teresina, mas sim, os serviços que compõem o Sistema de Proteção Social voltados para esse público, como a Saúde Mental, em articulação com outros serviços de Saúde, a Assistência Social, a Educação e o Sociojurídico. A escolha por essas Políticas Sociais Básicas se deu por se tratar das linhas de ação da Política de Atendimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) e que é operacionalizado pelo Sistema de Garantia de Direitos instituído pelo Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes (CONANDA, 2006). Trata-se de uma pesquisa no campo das ciências sociais aplicadas, em que o tipo de pesquisa a ser utilizada é a explicativa e a abordagem é a qualitativa. O município de Teresina, localizado no Estado do Piauí, figurará como o local onde a pesquisa será desenvolvida. Logo, o cenário de pesquisa será delineado entre os serviços que compõem a rede de cuidados com as infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina, tendo por indicação os delineamentos do Sistema de Garantia de Direitos: o CAPSi Dr. Alexandre Nogueira; Unidade Básica de Saúde; o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), 1ª Vara da Infância e Juventude, Ministério Público e do Conselho Tutelar de Teresina; Divisão da Educação Inclusiva da Semec e o Centro Municipal de Atendimento Multidisciplinar (CMAM). Os Sujeitos deste estudo serão os profissionais que compõem a equipe gestora e multidisciplinar dos serviços elencados

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



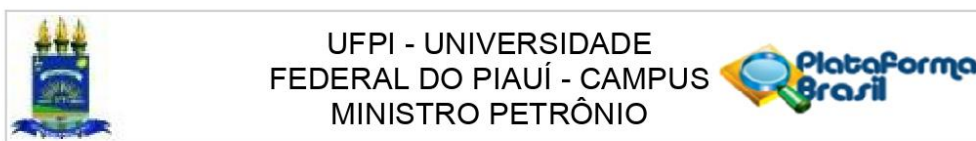
Continuação do Parecer: 5.520.311

nos cenários da pesquisa. Assim, verifica-se um total de dezenove sujeitos de pesquisa, dos quais três representam os gestores que deverão ser entrevistados; oito serão os profissionais que atuam diretamente nas Políticas de Atenção Básica, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico, e oito equivalem aos profissionais do CAPSi Dr. Alexandre Nogueira. Ressalta-se que os sujeitos aqui elencados devem estar em acordo com os critérios de inclusão. Para a coleta de dados será realizada: a pesquisa bibliográfica sobre o tema, a pesquisa documental sobre os CAPS Infantojuvenis de Teresina. Como instrumento de coleta de dados utilizar-se-á a observação participante, a entrevista semiestruturada e o grupo focal. Os dados serão analisados a partir do método dialético de Marx. Com os dados organizados, será empregada a estratégia de triangulação. Para a análise de dados será utilizado a análise de conteúdo. Com este estudo, espera-se contribuir com a geração de conhecimentos sobre a temática da intersetorialidade no Sistema de Proteção Social das Infâncias e juventudes com transtorno mental. Acredita-se que compreender como as ações intersetoriais acontecem e publicizar essas informações, irá possibilitar o reconhecimento da potencialidade do cuidado intersetorial para as infâncias e juventudes com transtorno mental, o que poderá municiar as gestões de dados que possibilitem melhorias no processo de formulação e execução das políticas públicas, de maneira a fortalecer o diálogo entre os serviços que integram o Sistema de Proteção Social voltado para o público infantojuvenil em Teresina-PI.

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa no campo das ciências sociais aplicadas, em que o tipo de pesquisa a ser utilizada é a explicativa, com abordagem qualitativa, já que a proposta é de conhecer e analisar. O local escolhido para a realização do estudo é o Município de Teresina, e, o cenário de pesquisa será delineado entre os serviços que compõem a rede de cuidados com as infâncias e juventudes com transtorno mental do município, tendo por indicação os delineamentos do Sistema de Garantia de Direitos. Assim, propõe-se pesquisar o Sociojurídico e as Políticas Sociais Básicas (Saúde, Educação e Assistência Social). Dessa forma, a pesquisa investigará dentro da Política de Saúde Mental, o CAPSi Dr. Alexandre Nogueira e a gerência de saúde mental do município de Teresina. Na Saúde pública elege-se a Atenção Básica que será representada por uma Unidade Básica de Saúde. Na política de Assistência Social optou-se por averiguar o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), além da Gerência de Proteção Social Básica. O Sociojurídico, aqui apresentada, diz respeito a atuação da 1ª Vara da Infância e Juventude, Ministério Público e do Conselho Tutelar de Teresina.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

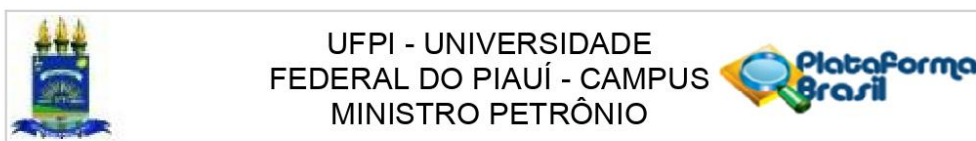


Continuação do Parecer: 5.520.311

Dentre os serviços da Política de Educação do município de Teresina elegeu-se a Divisão da Educação Inclusiva da Semec pois está é responsável por gerir as setenta salas de Atendimento Educacional Especializado (AEE), e, também, o Centro Municipal de Atendimento Multidisciplinar (CMAM). Os Sujeitos deste estudo serão os profissionais que compõem a equipe gestora e multidisciplinar dos serviços elencados nos cenários da pesquisa. Nesse caso, elege-se um total de dezenove sujeitos de pesquisa, dos quais três representam os gestores que deverão ser entrevistados; oito serão os profissionais que atuam diretamente nas Políticas de Atenção Básica, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico, e oito equivalem aos profissionais do CAPSi Dr. Alexandre Nogueira. Para a coleta de dados será realizada: a pesquisa bibliográfica da temática em questão; a pesquisa documental em que serão analisados: as legislações vigentes sobre a temática; os relatórios de atividades, de gestão e outros registros que compõem o acervo documental público e do período que a pesquisadora foi gestora do CAPSi Alexandre Nogueira e que podem auxiliar na compreensão sobre a intersectorialidade na realidade local. Como instrumento de coleta de dados utilizar-se-á a: a técnica de observação participante acontecerá por meio do contato direto do pesquisador com os eventos observados para obter informações sobre a realidade dos sujeitos em seus próprios contextos; a entrevista semiestruturada que será utilizado para entrevistar os profissionais das políticas de Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde), Assistência Social, Sociojurídico e Educação, além, da Gerência de Saúde Mental, de Proteção Social Básica e da Divisão da educação inclusiva, totalizando a proposta de realização de onze entrevistas semiestruturada; o grupo focal que deverá acontecer em dois encontros, com a periodicidade de um encontro por semana e a participação de oito profissionais do Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Dr. Alexandre Nogueira, Os dados serão analisados a partir do método dialético de Marx, pois esse método deverá ser utilizado na busca da compreensão concreta da realidade, indicando a perspectiva da totalidade, ao possibilitar uma análise crítica do objeto de estudo. Com os dados organizados, será empregada a estratégia de triangulação, o intuito de utilizar tal técnica está na combinação de técnicas e procedimentos de coletas de dados, para poder produzir conhecimento em diferentes níveis. Portanto, propõe-se triangular os dados que deverão ser colhidos na análise bibliográfica, na análise documental e na pesquisa de campo. E para a análise de dados será utilizado a análise de conteúdo, segundo Bardin (2011).

Critério de Inclusão: Como critérios de inclusão para a escolha dos serviços que irão compor o cenário dessa pesquisa leva-se em conta aqueles que compõem o Sistema de Garantia de Direitos voltadas para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental. Na Política de Saúde

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

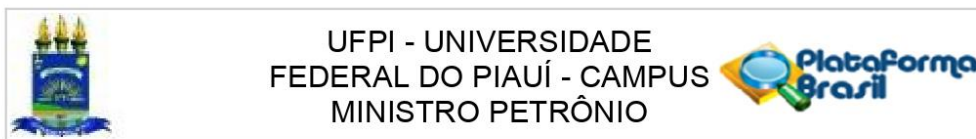


Continuação do Parecer: 5.520.311

Mental, o CAPSi Dr. Alexandre Nogueira, é escolhido por ser o serviço voltado especificamente para o cuidado à Saúde Mental das infâncias e juventudes com transtorno mental. Já a gerência de saúde mental do município é selecionada por ser responsável pela Política Pública de Saúde Mental em Teresina. Optouse, na Saúde Pública pela Unidade Básica de Saúde, por esta ser porta de entrada do Sistema de Único de Saúde (SUS). Na política de Assistência Social escolhe os serviços de base territorial: o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), além, da Gerência de Proteção Social Básica, por ser esta a responsável pela gestão dos serviços de CRAS. A 1ª Vara da Infância e Juventude, Ministério Público e do Conselho Tutelar foram indicados por serem os serviços que oportunizam o acesso à justiça em Teresina Na Política de Educação do município de Teresina selecionou-se a Divisão da Educação Inclusiva da Semec e o Centro Municipal de Atendimento Multidisciplinar (CMAM) pois estes ofertam cuidados as infâncias e juventudes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e os com altas habilidades/superdotação.

Perante esses locais, ressalta-se que o município de Teresina é organizado territorialmente em zonas leste, norte, sul e sudeste, e cada território descrito é contemplado com serviços como CRAS, CREAS, Unidades Básicas de Saúde e Conselho Tutelar, diante disso, os serviços estudados serão aqueles que estão na mesma zona do CAPSi Dr. Alexandre Nogueira, considerado o ordenador da rede de cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental, que situa-se na zona leste de Teresina, bairro Morada do Sol, pois, a proximidade, e possivelmente a acessibilidade, entre os serviços possibilitará observar o número de situações que requerem articulação intersetorial entre os dispositivos da rede de atendimento. Portanto, para afinar a escolha dos serviços de base territorial, utiliza-se como critério de inclusão a opção por aqueles que realizam atendimento na mesma área do CAPSi Alexandre Nogueira: CREAS Leste, CRAS Leste IV, a UBS Americo De Melo C Branco - Santa Isabel, e o Conselho Tutelar Leste. No caso dos profissionais dos serviços das Políticas que compõem o Sistema de Garantia de Direitos aqui elencada, os quais serão convidados a participar da entrevista semiestruturada, será utilizado como critério de escolha o tempo de trabalho no serviço superior a dois anos, com enfoque naqueles que tiverem maior tempo de serviço, prevalecendo o período de 2018 a 2020, pois este é o recorte temporal deste trabalho; Nas Gerencias de Saúde mental, de Proteção Social Básica e na Divisão da educação inclusiva, serão entrevistados os profissionais que ocuparam cargo de gestão no período proposto. Especificamente para os profissionais do CAPS infantil, que serão selecionados para o grupo focal, levar-se-á em conta a opção de um trabalhador de cada categoria profissional de nível superior, além do critério do recorte temporal, assim como pela

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 5.520.311

amostragem por julgamento, em que o pesquisador indica os sujeitos da pesquisa de forma intencional, acreditando que são representativos de uma dada população (APPOLINARIO,2012). Assim, segundo Minayo (2008), a validade da amostra estará na sua força em objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões.

Critério de Exclusão: como critérios para exclusão dos serviços: 1) aqueles que não compõem o Sistema de Garantia de Direitos voltados para as infâncias e juventudes com transtorno mental; 2) Serviços de base territorial que não se encontram na zona leste de Teresina.

Como critérios para exclusão de participantes nesta pesquisa serão adotados: 1) profissionais lotados de forma substituta ou temporária no serviço; 2) profissionais cuja atuação no serviço pesquisado seja inferior a 2 (dois) anos; 3) recusa em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

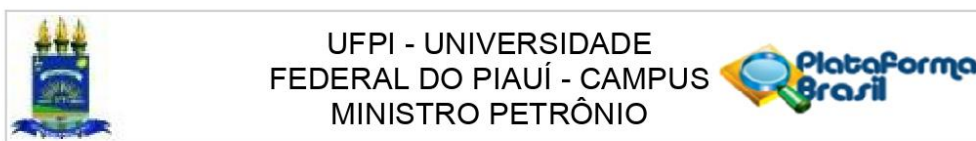
Objetivo Primário:

- Compreender como ocorre a articulação intersetorial entre as Políticas Sociais que compõem o Sistema de Proteção Social para o cuidado as infâncias e juventudes com transtorno mental do município de Teresina – Piauí, com destaque para as Políticas de Saúde Mental, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as necessidades e demandas que requerem articulação intersetorial entre as Políticas de Saúde Mental, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico no município de Teresina – Piauí, no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental;
- Descrever as ações, as atividades e as intervenções de natureza intersetorial planejadas e realizadas em articulação entre as Políticas de Saúde Mental, Assistência Social, Educação e o Sociojurídico no cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental no município de Teresina – Piauí;
- Identificar as potencialidades e os desafios encontrados na gestão e execução do trabalho intersetorial voltado para o cuidado das infâncias e juventudes com transtorno mental no

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 5.520.311

município de Teresina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Análise de Riscos e benefícios conforme informações básicas:

Riscos: Esclareço que esta pesquisa pode acarretar alguns riscos: as perguntas poderão provocar no(a) senhor(a) algum anseio, podendo levar a alguma consternação, porém todo o cuidado será tomado para evitar sua exposição ou qualquer constrangimento, de já elucidamos que suas respostas não receberão julgamentos por parte dos pesquisadores, além do que, terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa para esclarecimentos e o direito de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem justificativa. Para minimizar os riscos será respeitada a opção do participante a não responder determinada(s) pergunta(s); buscar realizar as entrevistas de forma leve e com linguagem de fácil entendimento; garantir o sigilo das entrevistas ficando sob responsabilidade do pesquisador proteger informações fornecidas pelos participantes, bem como realizar as entrevistas em espaços adequados e privadas. Assim, reafirmamos que as informações serão sigilosas, não sendo utilizadas fora do seu contexto real, e que não haverá divulgação personalizada.

Benefícios:

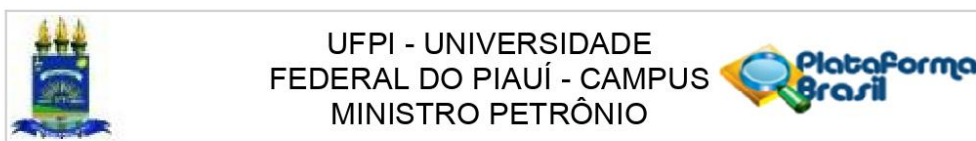
Como benefício o/a senhor(a) contribuirá com a discussão sobre a intersetorialidade como caminho para o cuidado integral das infâncias e juventudes com transtorno mental de Teresina-Piauí. Acredita-se que compreender como as ações intersetoriais acontecem e publicizar essas informações, irá possibilitar o reconhecimento da potencialidade do cuidado intersetorial para as infâncias e juventudes com transtorno mental, o que poderá municiar as gestões de dados que possibilitem melhorias no processo de formulação e execução das políticas públicas, de maneira a fortalecer o diálogo entre os serviços que integram o Sistema de Proteção Social voltado para o público infantojuvenil em Teresina-PI.

Análise de riscos e benefícios conforme TCLE.

Riscos:

Esclareço que esta pesquisa pode acarretar alguns riscos: as perguntas poderão provocar no(a)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 5.520.311

senhor(a) algum anseio, podendo levar a alguma consternação, porém todo o cuidado será tomado para evitar sua exposição ou qualquer constrangimento, de já elucidamos que suas respostas não receberão julgamentos por parte dos pesquisadores, além do que, terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa para esclarecimentos e o direito de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem justificativa. Para minimizar os riscos será respeitada a opção do participante a não responder determinada(s) pergunta(s); buscar realizar as entrevistas de forma leve e com linguagem de fácil entendimento; garantir o sigilo das entrevistas ficando sob responsabilidade do pesquisador proteger informações fornecidas pelos participantes, bem como realizar as entrevistas em espaços adequados e privadas. Assim, reafirmamos que as informações serão sigilosas, não sendo utilizadas fora do seu contexto real, e que não haverá divulgação personalizada.

Benefícios:

Como benefício o/a senhor(a) contribuirá com a discussão sobre a intersectorialidade como caminho para o cuidado integral das infâncias e juventudes com transtorno mental de Teresina-Piauí. Acredita-se que compreender como as ações intersectoriais acontecem e publicizar essas informações, irá possibilitar o reconhecimento da potencialidade do cuidado intersectorial para as infâncias e juventudes com transtorno mental, o que poderá municiar as gestões de dados que possibilitem melhorias no processo de formulação e execução das políticas públicas, de maneira a fortalecer o diálogo entre os serviços que integram o Sistema de Proteção Social voltado para o público infantojuvenil em Teresina-PI.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

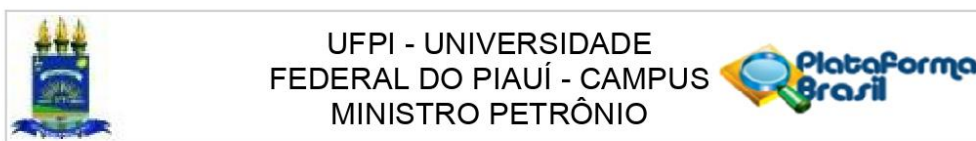
Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do protocolo com base na legislação vigente, não foram encontrados óbices éticos, estando o mesmo apto a ser desenvolvido.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 5.520.311

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação protocolo de pesquisa.

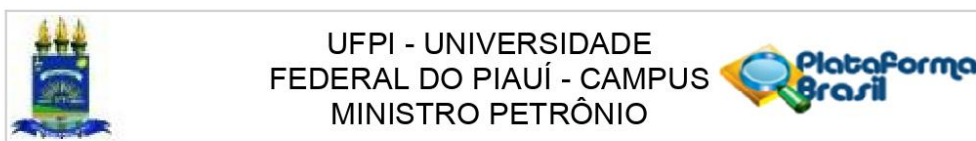
Solicita-se que seja enviado ao CEP-UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep>

- Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de “notificação”;
- Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.
- Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.
- O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1943046.pdf	24/05/2022 18:24:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_CEP_UFPI.docx	24/05/2022 18:23:03	SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Sofia.pdf	24/05/2022 18:21:51	SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Sayonara.pdf	24/05/2022 18:21:35	SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_COLETA.docx	24/05/2022 18:19:57	SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 5.520.311

Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	24/05/2022 18:19:27	SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA	Aceito
Outros	DECLARACAO_FMS.pdf	24/05/2022 18:18:48	SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO.pdf	24/05/2022 18:17:27	SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO.pdf	24/05/2022 18:16:18	SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	24/05/2022 18:14:59	SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	24/05/2022 18:14:33	SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	24/05/2022 18:12:52	SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	24/05/2022 18:12:29	SAYONARA GENILDA DE SOUSA LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 11 de Julho de 2022

Assinado por:

**Emidio Marques de Matos Neto
(Coordenador(a))**

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

**ANEXO B – SUMÁRIO RELATORIO DE GESTÃO CAPSi – Dr Alexandre Nogueira
(2018; 2019; 2020)**

1. INTRODUÇÃO	4
1.1 Centro de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil – Dr. Alexandre Nogueira.....	5
2. MISSÃO E VISÃO	7
2.1 Missão.....	7
2.2 Visão.....	7
3. QUANTITATIVO DA COMPOSIÇÃO DA EQUIPE - RECURSOS HUMANOS	7
3.1 Equipe Multiprofissional	8
4. ROTINAS DO SERVIÇO	10
4.1 Fluxograma de Atendimento	11
4.2 Cronograma de Atividades - Manhã - 1º semestre 2019.....	12
4.3 Cronograma de Atividades - Tarde -1º semestre 2019.....	13
4.4 Cronograma de Atividades – Manhã – 2º Semestre de 2019	14
4.5 Cronograma de Atividades – Tarde – 2º Semestre de 2019	15
4.6 Cronograma de Atividades – Manhã – 1º Semestre de 2020	16
4.7 Cronograma de Atividades – Tarde – 1º Semestre de 2020	17
5. CONSOLIDADO ANUAL DAS ATIVIDADES	18
6. ANÁLISE COMPARATIVA DOS DADOS DO CAPSi – DR. ALEXANDRE NOGUEIRA.....	27
7. AÇÕES	47
7.1 Ações realizadas pelo CAPSi	47
7.2. Participação em Ações Externas.....	49
8. PARCERIAS	51
9. PROJETOS REALIZADOS	52
10. AVANÇOS E DIFICULDADES	53
10.1 Avanços	53
10.2 Dificuldades.....	53
11. DESPESAS DO SERVIÇO	54
12. DESAFIOS PARA 2020.....	55
13. PLANEJAMENTO PARA 2020	56
REFERÊNCIAS	57
ANEXO A: RELATÓRIO DE MATRICIAMENTO.....	59

**ANEXO C – DESCRIÇÃO DOS CÓDIGOS DA RAAS/BPA UTILIZADO NOS CAPS
DE TERESINA, SEGUNDO PORTARIA Nº 854/2012**

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO
030108004-6	Acompanhamento de paciente em saúde mental (residência terapêutica)	Ações de acompanhamento no campo da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, com foco no resgate cuidados das dimensões do morar, propiciando a construção de um espaço promotor de autonomia e ressignificação cotidiana. Devem oportunizar vivência de escolhas, protagonismo na caracterização dos espaços, resgate da convivência comunitária e reinsertão social (trabalho, lazer, educação, entre outros), sempre de forma articulada à rede de saúde disponível no território.
030108019-4	Acolhimento diurno de pacientes em centro de atenção psicossocial	Ações de hospitalidade diurna realizada nos caps como recurso do projeto terapêutico singular, que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência - e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.
030108020-8	Atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial	Atendimento direcionado à pessoa, que comporte diferente modalidade, responda as necessidades de cada um incluindo os cuidados de clínica geral que visam à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derivam, promovam as capacidades dos sujeitos, de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes na unidade e fora dela.
030108021-6	Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial	Ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, auto-estima, autonomia e exercício de cidadania.
030108022-4	Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial	Ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, sejam elas decorrentes ou não da relação direta com os usuários, que garanta a corresponsabilização no contexto do cuidado, propicie o compartilhamento de experiências e informações com vistas a sensibilizar, mobilizar e envolvê-los no acompanhamento das mais variadas situações de vida.
030108024-0	Atendimento domiciliar em centro de atenção psicossocial	Atenção prestada no local de morada da pessoa e/ou familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento, que vise à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derive, que garanta a continuidade do cuidado. Envolve ações de promoção, prevenção e assistência.
030108027-5	Prática corporal em centro de atenção psicossocial	Estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora e os aspectos somáticos e posturais da pessoa, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

030108028-3	Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial	Estratégias ou atividades que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários, favorecendo a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura.
030108029-1	Atenção às situações de crise	Ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos, podendo ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família, favorecendo a construção e a preservação de vínculos.
030108034-8	Ações de reabilitação psicossocial	Ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas preferencialmente intersetoriais e em articulação com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando a produção de novas possibilidades para projetos de vida.
030108035-6	Promoção de contratualidade no território	Acompanhamento de usuários em contextos reais de vida - cenários de vida cotidiana - casa, trabalho; iniciativas de geração de renda/empreendimentos solidários; contextos familiares, sociais e comunitários territoriais, mediando relações para a criação de novos campos de negociação e diálogo que garantam e propiciem a participação de usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e a autonomia
030108002-0	Acolhimento noturno de paciente em centro de atenção psicossocial	Ações de hospitalidade noturna, realizadas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de observação dos usuários em casos mais complexos, oriundos de outros caps ou não. Estas ações exigem disponibilidade de observação atenta para mediar os possíveis conflitos, sendo realizadas no ambiente do próprio serviço, em regime de pernoite.
030108003-8	Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial	
030108023-2	Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial	Consiste no primeiro atendimento ofertado pelo caps para novos usuários, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território. O acolhimento consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.
030108025-9	Ações de articulação de redes intra e intersetoriais	Estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como os recursos comunitários presentes no território.
030108026-7	Fortalecimento do protagonismo de usuários e de seus familiares	Atividades que fomentem a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembléias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos, a apropriação e a defesa de direitos, e a criação de formas associativas de organização.

030108030-5	Matriciamento de equipes da atenção básica	Apoio presencial sistemático às equipes de atenção básica que oferece suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de gestão e responsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.
033108031-3	Ações de redução de danos	Conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada intra e intersetorialmente, que buscam minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliam cuidado e acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde, voltadas sobretudo à busca ativa e ao cuidado de pessoas com dificuldade para acessar serviços, em situação de alta vulnerabilidade ou risco, mesmo que não se proponham a reduzir ou deixar o uso de substâncias psicoativas.
30108032-1	Acompanhamento de serviço de residência terapêutica	Suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a responsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e reinserção social.
030108039-9	Matriciamento de equipes dos pontos de urgência/emergência	Apoio presencial sistemático às equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, incluindo UPAs, SAMUs, salas de estabilização e os serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas que ofereça suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de gestão e responsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.

Fonte: Sistematização da autora

ANEXO D – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO CAPSi – Dr Alexandre Nogueira

