

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

CAROLINE CIARDI VARANDA

**A compreensão dos profissionais dos CAPSij da Região  
Metropolitana da Baixada Santista a respeito da intersectorialidade**

Santos

2021

CAROLINE CIARDI VARANDA

**A compreensão dos profissionais dos CAPSij da Região  
Metropolitana da Baixada Santista a respeito da intersetorialidade**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista - como parte dos requisitos da defesa de mestrado sob orientação da Profª Drª Andrea Perosa Saigh Jurdi.

Santos

2021

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

V288c Varanda, Caroline Ciardi.  
A compreensão dos profissionais dos CAPSiJ da  
Região Metropolitana da Baixada Santista a respeito  
da intersectorialidade. / Caroline Ciardi Varanda;  
Orientadora Andrea Perosa Saigh Jurdi; Coorientador  
. -- Santos, 2021.  
65 p. ; 30cm.

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação  
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e  
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. infância. 2. adolescência. 3. Centros de Atenção  
Psicossocial. 4. colaboração intersectorial. I. Jurdi,  
Andrea Perosa Saigh , Orient. II. Título.

CDD 610.7

Bibliotecária Daianny Seoni de Oliveira - CRB 8/7469

## AGRADECIMENTOS

Muitos se ufanam:  
“Não devo nada a ninguém”  
Engano: devemos muito a todos.

-Cora Coralina

Começo agradecendo a todos e todas que estiveram comigo durante o processo de construção desse texto. Carrego um pouco de cada um que cruzou e permaneceu comigo nessa jornada. Deixei muito de meu eu pelo caminho, para poder construir, reconstruir, desformatar, formatar, significar e resignificar. Por vezes, agradei mentalmente por não desistir, mas no fundo sempre entendi que se cheguei até aqui, foi porque muitos se fizeram suporte, apoio e incentivo.

Aproveito a liberdade concedida para agradecer àqueles a quem dedico minha fé. São luz na minha caminhada e me fortalecem em cada passo.

Agradeço a ela, que me incentivou, me guiou, me acolheu e me conduziu até aqui. Andrea Perosa Saigh Jurdi, minha orientadora, aquela que eu escolhi e fui escolhida por ela, agradeço pela confiança, pela troca, pelos sorrisos, pela prontidão, pelos conhecimentos compartilhados, pela verdade, pela atenção e pelo carinho. Gratidão eterna pela sua generosidade, saiba que você sempre estará em mim.

Agradeço imensamente às professoras que aceitaram participar e caminharam junto comigo, contribuindo com apontamentos e reflexões tão preciosos no meu exame de qualificação e também na defesa desse mestrado, Prof<sup>a</sup> Bruna Lidia Taño, Prof<sup>a</sup> Carla Cilene Baptista da Silva, Prof<sup>a</sup> Maria Inês Badaró Moreira e Prof<sup>a</sup> Martha Morais Minatel.

Ao Felipe Granado, estatístico da UNIFESP Baixada Santista, agradeço a generosidade, a atenção e o tempo que dedicou a mim e aos dados dessa pesquisa.

À toda equipe do Programa de Ensino em Ciências da Saúde, especialmente aos professores e às professoras pelas trocas, e à turma 18, a qual tive sorte de pertencer, composta por pessoas inspiradoras, generosas, críticas e cheias de afeto a compartilhar.

Agradeço profundamente a todas e todos profissionais dos CAPSij da Baixada Santista, primeiramente por aceitarem a virtuosa missão de serem trabalhadores da saúde mental infanto-juvenil e por toparem ceder e compartilhar comigo seu tempo e suas vivências.

Agradeço aos meus amigos e amigas pelas palavras de incentivo e por serem tão disponíveis a ajudar. À Nayara, minha grande amiga, um agradecimento especial pelo cuidado e contribuição efetiva nesse texto.

À minha família, minha mãe Carmela, meu pai Silvio e a minha irmãzinha Patricia. Obrigada por serem meu terreno seguro. Cada um, a sua maneira, me fortalece e sempre será minha morada.

Meus sogros, Fátima e Marcelo, minha nova família, serei eternamente grata por toda generosidade, entrega e amor. Vocês renovam minha fé!

E na tentativa de encerrar, mas não esgotar esse agradecimento, quero dizer que me faltam palavras para agradecer a ele. Jorginho, meu companheiro, meu amor, a família que escolhi. Dedico-te esse processo e essa conquista. Sem o seu olhar atento, sem as suas palavras sábias, sem sua fé em mim, a jornada teria sido outra. Obrigada por confiar, em mim, nas pessoas e no mundo. Você me inspira a voar cada vez mais alto.

## RESUMO

A política de saúde mental infantojuvenil inclui em sua elaboração uma rede de atenção psicossocial e o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSij) é um dos serviços dessa rede. Um dos princípios dessa política é a articulação dos diversos setores, cabendo ao CAPSij a articulação de ações intersetoriais para as diferentes demandas de saúde mental de crianças e adolescentes nos territórios que estão inseridos. A garantia do direito à saúde de crianças e adolescentes só é efetivada na interdependência dos setores e no alinhamento das ações entre os mesmos. Diante disso, o objetivo desse estudo foi analisar a compreensão dos profissionais sobre as ações intersetoriais realizadas pelos CAPSij localizados nas cidades pertencentes à Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS). Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa que teve como instrumento um questionário *online*, contendo nove questões abertas e onze questões fechadas. O período da coleta se deu no segundo semestre de 2019 e primeiro semestre de 2020. Foi realizada análise descritiva das variáveis categóricas e as variáveis numéricas foram apresentadas por meio de média e desvio-padrão. Além disso, foram elencadas categorias temáticas para analisar as respostas abertas. Participaram 36 profissionais de nível superior que atuam como técnicos nos CAPSij da RMBS. Os resultados apontam que os profissionais compreendem as ações intersetoriais como um trabalho de rede, que envolve reuniões e articulação dos serviços, sendo uma prática de cuidado necessária. Os benefícios e desafios abordados pelos profissionais nesta pesquisa são semelhantes aos vivenciados por profissionais de outros CAPSij. Os participantes entendem como benefício o trabalho colaborativo que possibilita menos sobrecarga e efetivação de um cuidado mais integral. Entre as dificuldades elencadas em relação a essa articulação destacam-se as condições do trabalho e externas a ele, como a lógica vigente da patologização. Os dados dessa pesquisa revelam que por mais que ações intersetoriais sejam tidas como extremamente relevantes pelos profissionais dos CAPSij da Baixada Santista, elas geralmente acontecem de forma pontual e são sustentadas por iniciativas pessoais de alguns profissionais, notando-se um distanciamento entre discurso e prática.

Palavras-chave: Infância, Adolescência, Centros de Atenção Psicossocial, Colaboração Intersetorial.

## ABSTRACT

The mental health policy for children and adolescents includes a psychosocial care network in its design. The Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSij) is one of the services of this network. One of the principles of this policy is the articulation of different sectors based on the concept of intersectoriality, which depends on the CAPSij management in the articulation of actions for different demands of mental health of children and adolescents in the territories they are located. The children's and adolescents' right is guaranteed only with the interdependence of the sectors and the alignment of actions. Therefore, the objective of the present study was to analyze the professionals' understanding of the intersectoral actions carried out by the CAPSij located in the cities belonging to the Metropolitan Region of Baixada Santista (RMBS) in São Paulo, Brazil. It was quantitative and qualitative research based on an online questionnaire, which contained nine subjective questions and eleven objective questions. The collection period took place in the second half of 2019 and the first half of 2020. A descriptive analysis of categorical variables and numerical variables was performed by using means and standard deviations. Besides, thematic categories were listed to analyze open-ended responses. Thirty-six university-level professionals, who worked as technicians in the CAPSij of RMBS participated in this research. The results showed that the professionals understand the intersectoral actions as a network, which involves meetings and articulation of the services, being a necessary care practice. The benefits and challenges addressed by professionals in this research are similar to those experienced by professionals from other CAPSij. The participants described as the benefits of this service, the collaborative work that allows less overload, and effective comprehensive care. On the other hand, according to the results of the research, the difficulties found in this type articulation were work conditions and external to it, as the current logic of pathologization. The data from this research reveal that, even though intersectoral actions are considered extremely relevant by CAPSij professionals from Baixada Santista, they usually happen in a timely manner and are supported by personal initiatives by some professionals, with a gap between discourse and practice.

Key-words: Child, Adolescent, Mental Health Services, Intersectoral Collaboration

## LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1.</b> Mapa da Região Metropolitana da Baixada Santista.....                              | 30 |
| <b>Quadro 1.</b> Identificação dos CAPSij da Baixada Santista a partir do CNES.....                 | 33 |
| <b>Tabela 1.</b> Medidas descritivas das variáveis Idade, Tempo de Formação e Tempo de atuação..... | 36 |
| <b>Figura 2.</b> Percentual de profissionais segundo a formação acadêmica .....                     | 37 |
| <b>Figura 3.</b> Percentual de procedimentos realizados pelos profissionais .....                   | 37 |
| <b>Tabela 2.</b> Distribuição de frequência da variável apoio matricial .....                       | 39 |
| <b>Figura 5.</b> Nuvem de palavras utilizadas para definição das ações intersetoriais .....         | 40 |
| <b>Tabela 3.</b> Caracterização das ações intersetoriais.....                                       | 42 |
| <b>Figura 6.</b> Frequência da realização das ações intersetoriais (%).....                         | 42 |
| <b>Figura 7.</b> Percentual dos serviços mais contatados pelos CAPSij .....                         | 43 |



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental  
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social  
CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
EUA – Estados Unidos da América  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PTS – Projetos Terapêuticos Singulares  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
RMBS – Região Metropolitana da Baixada Santista  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
USF – Unidade de Saúde da Família  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

# SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO</b> .....  | <b>11</b> |
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>OBJETIVOS</b> .....   | <b>15</b> |
| OBJETIVO GERAL.....  | 15        |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....  | 15        |
| <b>CAPÍTULO 1: CRIANÇAS E ADOLESCENTES, SUJEITOS DE DIREITOS</b> .....   | <b>16</b> |
| 1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA .....                                    | 16        |
| 1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NO BRASIL ..... | 19        |
| <b>CAPÍTULO 2: INTERSETORIALIDADE COMO NORTEADORA DO CUIDADO</b> .....   | <b>23</b> |
| 2.1. INTERSETORIALIDADE COMO CONCEITO.....                               | 23        |
| 2.2. DESAFIOS NA SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL .....                      | 24        |
| 2.3. INTERSETORIALIDADE NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL.....   | 26        |
| <b>CAPÍTULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....                           | <b>30</b> |
| 3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....                                      | 30        |
| 3.2. CENÁRIO DA PESQUISA.....  | 30        |
| 3.3. PARTICIPANTES .....   | 31        |
| 3.4. INSTRUMENTO.....  | 31        |
| 3.5. PROCEDIMENTOS .....   | 32        |
| 3.5.1. <i>Éticos</i> .....   | 32        |
| 3.5.2. <i>Específicos</i> .....  | 33        |
| 3.6. PARTICULARIDADES DO PROCESSO DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19 .....   | 34        |
| 3.7. ANÁLISE DOS DADOS .....   | 35        |
| <b>CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....                          | <b>36</b> |
| 4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS .....                              | 36        |
| 4.2. PRÁTICAS COTIDIANAS.....  | 37        |
| 4.3. AÇÕES INTERSETORIAIS.....   | 40        |
| 4.3.1. <i>Desafios</i> .....   | 44        |
| 4.3.2. <i>Benefícios</i> .....   | 48        |
| <b>CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                            | <b>52</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>54</b> |
| <b>ANEXO 1</b> .....   | <b>57</b> |
| <b>APÊNDICE 1</b> .....  | <b>59</b> |

## Apresentação

Tudo passa e tudo fica  
porém o nosso é passar,  
passar fazendo caminhos  
caminhos sobre o mar  
Nunca persegui a glória  
nem deixar na memória  
dos homens minha canção  
eu amo os mundos sutis  
leves e gentis,  
como bolhas de sabão  
Gosto de vê-los pintar-se  
de sol e grená, voar  
abaixo o céu azul, tremer  
subitamente e quebrar-se...  
Nunca persegui a glória  
Caminhante, são tuas pegadas  
o caminho e nada mais;  
caminhante, não há caminho,  
se faz caminho ao andar

(Traduzido do poema Cantares, de Antonio Machado)

Desde que me formei psicóloga, em 2014, meu caminho profissional seguiu a área educacional principalmente, seguida pela área da saúde mental.

Em 2017, imersa no campo da educação especial, decido por ingressar no Mestrado Profissional entendendo que minha prática poderia ganhar novos contornos.

Ao ingressar em 2018 no Mestrado Profissional, minha ideia de pesquisa estava totalmente relacionada aos professores e sua atuação com os alunos público-alvo da Educação Especial. Fiz minha matrícula em setembro desse mesmo ano e em outubro fui dispensada do trabalho, devido ao término do projeto.

Nessa época eu era orientada pela professora Patrícia Borba e vivemos um processo de espera e também de dúvida, afinal meu campo de trabalho poderia mudar e o projeto de mestrado profissional precisaria acompanhá-lo. De fato, isso se concretizou e em 2019 comecei a trabalhar em um CAPSij na cidade de Itanhaém, e foi preciso elaborar um novo projeto pensando em agregar minha prática profissional.

Em julho de 2019, durante o processo de análise e correções do projeto pela Plataforma Brasil, a minha orientadora deixou a orientação por motivos pessoais e minha coorientadora na época, a Andrea, assumiu a orientação.

Devido aos vários atravessamentos no meu campo de trabalho, foi preciso repensar mudanças expressivas no projeto, tanto em relação aos sujeitos da pesquisa quanto em relação à metodologia adotada.

Com esse novo projeto, tivemos que trilhar um longo caminho em relação a aprovação na Plataforma Brasil, pois inicialmente fomos instruídas que seria possível fazer apenas acréscimos ao projeto já aprovado e logo em seguida descobrimos que seria necessário fazer um novo pedido e seguir todos os passos de uma nova submissão. Esse processo se reflete no tempo que dedicamos a isso: de outubro de 2019 até abril de 2020.

Em fevereiro de 2020 mudei de trabalho novamente e retornei para a área educacional, porém, com o projeto em vias de ser aprovado e com o prazo apertado para o término do mestrado, optamos por não fazermos novas alterações e seguirmos com o estudo, afinal o tema aqui proposto é transversal às várias áreas de atuação, inclusive a Educação. Além disso, o produto técnico produzido a partir dessa pesquisa, levou em consideração esse novo contexto de trabalho e é elencado como um dos objetivos específicos desse estudo.

Apesar de um percurso bastante atribulado por mudanças na pesquisa, o mestrado profissional contribuiu para que eu aprendesse a flexibilizar, a respeitar meus limites, a valorizar meus avanços e compreender que existem vários caminhos possíveis.

## Introdução

A política de saúde mental infanto-juvenil propõe construir uma rede de atenção que seja efetiva para lidar com as especificidades de crianças e adolescentes. Essa política teve como plano específico duas ações principais: criação e implantação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (CAPSij), e o investimento em estratégias visando a articulação da saúde mental com outros setores (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Dentre os princípios gerais dessa política, destaca-se: que as crianças e adolescentes sejam entendidos como sujeitos de direito; toda demanda que chegue ao serviço seja acolhida; haja encaminhamento corresponsável pelo cuidado; a rede de cuidados tenha como base o território e as suas relações e afetos; seja garantida a integralidade do cuidado; haja discussão e elaboração de ações em conjunto a partir da intersetorialidade (BRASIL, 2014).

Os CAPSij são serviços abertos e de caráter comunitário, que constitui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinados a crianças e adolescentes “que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas (...)” (BRASIL, 2017, p. 332). São indicados para municípios ou regiões com população acima de 75.000 habitantes ou justificável para locais que apresentem população inferior, desde que justificada epidemiologicamente a necessidade (BRASIL, 2017).

Segundo dados do DATASUS, a Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), composta pelas cidades: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Santos, São Vicente, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe, possui sete estabelecimentos na categoria de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, sendo que na cidade de Santos estão localizados três desses serviços, apresentando o maior número (BRASIL, 2019).

A garantia do direito está intimamente ligada à garantia do acesso aos serviços pelas crianças e adolescentes, sendo que é na interdependência dos setores e no alinhamento das ações entre os atores envolvidos que ela se efetiva (BRASIL, 2014; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Neste sentido, é a partir da articulação

intersetorial que a atenção à saúde de crianças e adolescentes pode abarcar a complexidade do sujeito (BRASIL, 2014; TAÑO, 2017).

A articulação do cuidado exige o fortalecimento de toda a rede de apoio, que envolve serviços, setores, e principalmente o destinatário desse cuidado, ou seja, crianças, adolescentes e suas famílias. Esse fortalecimento possibilita a ampliação da rede de forma compartilhada e responsável, potencializando a autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2014; TAÑO; MATSUKURA, 2017).

Entretanto, o que se tem observado na prática é que a intersetorialidade tem sido realizada de forma pontual e sem sustentação (AKERMAN et al., 2014). O conceito da intersetorialidade no campo da saúde mental infanto-juvenil aparece como prática pouco sistematizada e a operacionalização dessa articulação intersetorial é uma tarefa ainda em aberto, que para ser garantida precisaria alcançar o âmbito político e nacional (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; DELFINI; REIS, 2012; TAÑO, 2017).

Para analisar a compreensão dos profissionais dos CAPSij da RMBS acerca das ações intersetoriais que desenvolvem, esse estudo optou por uma pesquisa quanti-qualitativa que teve como participantes os profissionais com formação de nível superior que atuam como técnicos nesses serviços. A coleta de dados foi feita por meio de um questionário *online*.

No sentido de sistematizar e apresentar a pesquisa, logo após os objetivos, serão apresentados brevemente os capítulos que a integram: o primeiro capítulo traz uma perspectiva da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e um panorama das políticas públicas de saúde mental infanto-juvenil; o segundo capítulo aborda a intersetorialidade como norteadora do cuidado em saúde mental infanto-juvenil; o terceiro capítulo traça o percurso metodológico da pesquisa; o quarto capítulo apresenta os resultados quantitativos e qualitativos e a discussão dos dados apresentados; o quinto capítulo apresenta as considerações finais, com os alcances e desafios da pesquisa.

# OBJETIVOS

## Objetivo Geral

Analisar a compreensão dos profissionais dos CAPSij pertencentes à região metropolitana da Baixada Santista sobre as ações intersetoriais desenvolvidas a partir desses serviços.

## Objetivos Específicos

- Caracterizar os profissionais e suas práticas cotidianas;
- Descrever a partir da compreensão dos profissionais, a definição, os benefícios e os desafios das ações intersetoriais;
- Mapear os setores que participam dessas ações;
- Elaborar estratégias que fomentem a discussão sobre a articulação intersetorial.

# Capítulo 1: Crianças e adolescentes, sujeitos de direitos

## 1.1. Contextualização histórica

Uma instituição desapassivadora é a que se mantém sempre na exata temperatura que a tornará desnecessária (BASILE; ANDRÉ, 1999, p.128).

Pensar em infância e adolescência nem sempre foi possível historicamente. As concepções de infância são datadas e construídas a partir de um contexto histórico, político e social, e vivenciadas de diversas maneiras (ARIÉS, 1986; COHN, 2013). As informações trazidas neste capítulo referem-se a um recorte que não se esgota em si mesmo e não pretende abarcar toda complexidade do assunto, apenas apresentá-lo.

Na História do Ocidente, Ariés (1986) comenta a respeito da história social da criança e da família e destaca que a criança apenas começa a ser representada a partir do século XII. Ainda assim, as representações artísticas apontam que ainda não havia uma consciência sobre as particularidades da infância, pois as crianças eram reproduzidas como adultos em tamanhos reduzidos. Embora não existisse o sentimento de infância na sociedade medieval, isso não significa que as crianças eram desprezadas.

É considerado que a descoberta da infância começou por volta do século XIII, trazendo à tona a existência das particularidades, dando um novo lugar às crianças, representadas nas pinturas com vestimentas que as diferenciavam dos adultos. A partir desse século surgiram três tipos de representações: anjos adolescentes, mas que não eram representados como adultos em miniaturas; a infância ligada a maternidade da Virgem Maria, trazendo a figura do menino Jesus; a criança nua, representando as crianças que já haviam morrido. A figura da infância sagrada foi se ampliando desde o século XIV e apareceram os aspectos graciosos, ternos e ingênuos, porém, esses traços sentimentais tardaram a se estender para além das representações religiosas (ARIÉS, 1986).

Segundo Ariés (1986), a partir do século XV a infância começa a ser apresentada nos retratos, pois até então não se conservava o retrato de uma criança que tivesse sobrevivido e se tornado adulta ou que tivesse morrido pequena. Esse sentimento de indiferença devia-se a uma infância frágil em que a possibilidade de morte era muito grande (a mortalidade infantil permanecera alta entre o século XIII e XVIII). O



aparecimento do retrato da criança morta ao lado das crianças vivas se deu a partir do século XVI e ela ganhou um espaço exclusivo para si nos retratos a partir do século XVII. Um novo sentimento de infância surgia, os traços de graciosidade e de ingenuidade se expandiram; os adultos tinham nas crianças uma fonte de distração e relaxamento, e passaram a expressar e admitir o prazer em paparicá-las.

A partir do século XVII observa-se uma grande evolução dos temas da primeira infância, como: nos retratos de famílias as crianças se tornaram o centro da composição, as pinturas começaram a retratar cenas de criança, e as expressões e vocabulários usados pelas crianças começaram a ser registrados. Nesse período, o comportamento de paparicar as crianças sofrera reações críticas e surgiu o sentimento de exasperação, que correspondia ao fato de os adultos estarem ocupando tempo demais com as crianças, mimando-as. Sob forte influência dos moralistas e educadores, esse comportamento dá espaço para a entrada de um novo sentimento da infância: a preocupação moral e a “psicologia infantil”, que inspirou toda a educação até o século XX. Entre os aspectos relacionados a esse novo sentimento estavam: conhecer melhor as crianças para saber como corrigi-las, impor-lhes com severidade o desenvolvimento da razão, e a noção de que as crianças precisavam ser preservadas e disciplinadas. Esse sentimento passou a ser reproduzido no meio familiar, além da preocupação com a higiene e saúde física (*Ibidem*).

No Brasil, composto por realidades distintas e concepções de infância tão diversas, faz-se um recorte histórico e cultural para avançar nesse capítulo.

No período colonial, as crianças não eram vistas com suas particularidades e sofriam violências diversas. Até o século XVIII, o abandono era uma prática ainda aceita pela sociedade (ARAÚJO et al., 2014). Nesse momento histórico marcado por instabilidades, Portugal começou a intervir de modo mais efetivo tentando reestabelecer a ordem colonial e duas instituições ganharam destaque nesse controle: a Igreja e o Exército. Enquanto a primeira defendia seus próprios interesses e não o da metrópole, a militarização permaneceu como única alternativa para controlar a colônia. Porém, ela se apresentava como limitada, abarcando apenas uma parcela da população e não podendo ultrapassar os limites impostos pela metrópole. Esses entraves exigiram novas técnicas de coerção, assim como novos agentes, observando dessa forma o grande avanço da medicina higiênica a partir do século XIX (COSTA, 1979).

Durante o período Imperial as ideias higienistas e a noção de salubridade tornaram-se expressivas e coincidentes com os interesses do Estado. A medicina higiênica teve que adotar estratégias específicas para submeter as famílias, que tendiam a não se subordinar ao Governo. Essa medicina social ou higiene familiar era direcionada a um tipo de família (que na época era considerada a única possível), a família “latifundiária” (no Primeiro Império), seguida pela família “burguesa” (no Segundo Império). Essas famílias elitistas determinavam como a cidade funcionava e dessa forma eram um importante alvo das ações do Estado, que visava transferir para si a importância que o grupo familiar possuía. Depositava-se na medicina a produção de “uma norma familiar capaz de formar cidadãos individualizados, domesticados e colocados à disposição da cidade, do Estado, da pátria” (COSTA, 1979, p.48).

As intervenções médicas passaram a se estender a todos os indivíduos e o controle demográfico que começara a ser realizado refletiram no controle exercido sobre as famílias em disciplinar os cuidados físicos dos filhos. Nessa medicina doméstica voltada às famílias mais favorecidas, os objetivos eram a conservação e educação das crianças; em relação às famílias mais pobres, os objetivos eram as campanhas de moralização e higiene. Há uma revalorização do imperceptível, onde a figura do médico é colocada para descobrir aquilo que outros não conseguem ver, dominando e tutelando as relações familiares. “Todo trabalho de persuasão higiênica desenvolvida no séc. XIX vai ser montado sobre a ideia de que saúde e a prosperidade da família dependem de sua sujeição ao Estado” (*Ibidem*, p. 63).

Ideias como essas voltam a ganhar força no final do século XX com o fortalecimento das correntes organicistas, ascensão da psicopatologia descritiva, avanços dos diagnósticos e o aumento de condições passíveis de intervenção medicamentosa, culminando na medicalização/patologização da vida - processo de converter fenômenos biopsicossociais em problemas médicos como doenças ou transtornos (LIMA, 2016; MEIRA, 2012).

Mesmo com os indícios de que os cuidados voltados às crianças no Brasil tenham de fato surgido a partir do século XIX, autores concordam e afirmam que a história da criança e do adolescente no país sempre foi marcada por desigualdade e exclusão (BRASIL, 2014; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Essas concepções de criança e adolescente e as estratégias de controle tiveram inúmeros desdobramentos, interferindo na formulação das políticas públicas destinadas a esse segmento populacional.

## 1.2. Políticas Públicas e a saúde mental infanto-juvenil no Brasil

Proteção não significa, então, fazer pelo outro, ou suavizar os obstáculos, mas fazer com que o coletivo suporte a diferença, produzindo desafios e ternuras (BASILE; ANDRÉ, 1999, p.131).

O percurso histórico de construção de políticas públicas voltadas às crianças e adolescentes no Brasil foi marcado inicialmente por uma ausência de ações do setor da saúde, ficando a cargo dos setores da Assistência Social e Educação as formulações de ações assistenciais. Além disso, em todo esse percurso nota-se o papel centralizador do Estado, ora amparado em ações de institucionalização, ora voltado para ações de proteção e garantia de direitos de crianças e adolescentes (BRASIL, 2014; COUTO; DELGADO, 2015).

As políticas públicas voltadas às crianças e adolescentes são marcadas pela tutela de um Estado controlador e autoritário, como pode ser exemplificado no Código Mello Mattos (1927), na Política Nacional de Bem-estar do Menor (1964) e no Código dos Menores (1979), que partiam de um pressuposto higienista e depositavam sobre a imagem da criança e adolescente em situação de vulnerabilidade social um estereótipo de ameaça à sociedade, um risco a ser controlado e incapazes, necessitando ser reparadas através de ações de natureza corretivas e disciplinares, justificando para isso ações de internações compulsórias e em massa (BRASIL, 2014; COUTO; DELGADO, 2015; TAÑO; MATSUKURA, 2015; VICENTIM, 2006).

A institucionalização de crianças e adolescentes se dava fora de instituições psiquiátricas, ficando a cargo da assistência social e filantropia, mantendo a lógica de exclusão. Esse modo de lidar com a maioria dos problemas sociais, perdurou por décadas no Brasil (COUTO; DELGADO, 2015; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Segundo Couto e Delgado (2015), nesse período destaca-se:

(...) quatro elementos estruturantes: uma representação social da criança, a de um menor; um marco jurídico específico, a doutrina da situação irregular; uma concepção de Estado, um ente com função

tutelar e de controle; e uma proposta de intervenção, a institucionalização em “reformatórios” ou “educandários” (...) (p. 24)

Até meados do século XX, as crianças e adolescentes que precisavam da tutela do Estado eram aqueles que tinham sido abandonados ou aqueles oriundos de famílias pobres, denominados como “menores” ou em “situação irregular”. Outros temas relacionados às crianças e adolescentes, como os problemas mentais, permaneceram afastados das políticas assistenciais. Frequentemente esses problemas eram tidos como efeitos da pobreza e a solução era internar crianças e adolescentes (COUTO; DELGADO, 2015).

No fim do século XX, a história do Brasil foi marcada pelo processo de redemocratização do país e inúmeras manifestações, entre elas a dos trabalhadores de saúde mental, usuários e seus familiares, além da influência de ideias advindas da experiência italiana que culminaram na Reforma Psiquiátrica Brasileira, um marco importante para a saúde mental no país, no qual exigiu a reformulação das diretrizes do modelo assistencial e os objetivos da intervenção no campo da saúde mental (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica e a construção da Política Nacional de Saúde Mental estiveram associadas “à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), à descentralização da administração da saúde no país, à mobilização de profissionais e a mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira” (CALDAS DE ALMEIDA, 2019, p. 2).

Segundo Amarante (1999), a Reforma Psiquiátrica foi possibilitada a partir da sustentação de quatro pilares: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político, sociocultural. Além disso, ela não teve como objetivo apenas a humanização das relações, mas sim a construção de um novo lugar social para a loucura, substituindo o modelo asilar por uma rede comunitária e territorial de cuidados, resultando na atenção psicossocial.

Entretanto, as mudanças normativas no campo da saúde mental infanto-juvenil foram mais lentas, sendo priorizadas e reconhecidas a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 2001, mesmo ano que foi promulgada a lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2005; COUTO; DELGADO, 2015; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

A partir de 1980, emerge no Brasil uma nova concepção de direitos das crianças e adolescentes com a promulgação da Constituição Federal em 1988, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança em 1989 da qual o Brasil é signatário, e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 (BRASIL, 2014). A garantia de proteção passa a ser atrelada ao novo paradigma de entender crianças e adolescentes como sujeitos, promovendo mudanças nas políticas públicas.

a criança e o adolescente passam a ser sujeitos de direito; a doutrina jurídica, a da proteção integral; a concepção do Estado, a de um ente com função de proteção e bem-estar social; a proposta de intervenção, o cuidado em liberdade, de orientação psicossocial (COUTO; DELGADO, 2015, p.28).

O estabelecimento de leis não garante por si mudanças de paradigmas e práticas (BERTUOL; JURDI, 2016; BRASIL, 2005; TAÑO; MATSUKURA, 2015). Dessa forma os primeiros efeitos das políticas públicas voltadas à saúde mental infanto-juvenil surgem apenas no início do século XXI. Dois meses após a III CNSM, foi publicada a portaria que determinava a criação dos CAPSij, e em 2004 foi criado o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (COUTO; DELGADO, 2015). A criação do mesmo representa a abertura de um espaço coletivo de debate entre representantes de instituições governamentais e não-governamentais, além de ser um instrumento de gestão, representativo e deliberativo. As deliberações do I Fórum propiciaram pistas para uma possível construção de uma Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil (BRASIL, 2005).

Como pode ser observado, no Brasil é recente o reconhecimento da saúde mental infanto-juvenil como uma questão de saúde pública, pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido as principais ações concretas destinadas à saúde mental de crianças e adolescentes foram a implantação dos CAPSij, a realização dos Fóruns Nacionais sobre Saúde Mental Infanto-juvenil e o foco na construção de articulação intersetorial com setores que historicamente estiveram ligados aos cuidados das crianças e dos adolescentes, como a assistência social e a educação (BERTUOL; JURDI, 2016; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Em contrapartida, a partir de 2017 vem ocorrendo modificações relevantes nas legislações, minando conquistas importantes nas políticas de saúde pública, começando pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instaurada pela Portaria nº 2.436 de 21/09/2017. Nela nota-se um desinvestimento nas Equipes de

Saúde da Família, no caráter comunitário e territorial do cuidado e, por conseguinte, no matriciamento (CRUZ.; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Logo em seguida, em 28/09/2017, o Ministério da Saúde condensa as portarias referentes às normas sobre as redes do SUS, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na Portaria de consolidação nº 3. A RAPS, que foi instituída pela Portaria nº 3088 em 2011, visando ampliar a atenção em saúde mental a partir da articulação dos diferentes pontos de atenção no âmbito do SUS e do cuidado em saúde mental, passa por alterações que estabelecem novas diretrizes para o seu funcionamento a partir da resolução nº 32 em 14/12/2017 e com a instauração da Portaria nº 3.588 em 21/12/2017 (BRASIL, 2014; CRUZ.; GONÇALVES; DELGADO, 2020; TAÑO; MATSUKURA, 2019;).

Juntamente com a portaria 3.588, a resolução 32 da CIT constitui a base de toda a mudança na PNSM, pois, ao definir um novo modelo de RAPS, estabelece uma 'nova' orientação do modelo assistencial, que, na verdade, é um retorno ao paradigma anterior à Reforma Psiquiátrica (CRUZ.; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. 6)

Em consonância com essas modificações, em 2019 é lançada uma Nota Técnica prevendo mudanças no modelo assistencial em saúde mental, provocando mudanças nos princípios legais e nas estratégias da atenção psicossocial, como por exemplo: a criação de equipamentos especializados e descontextualizados do território (apartadas dos serviços de atenção primária), retomada da centralidade dos hospitais psiquiátricos, e a criação de serviços de internação para crianças e adolescentes (CALDAS DE ALMEIDA, 2019).

Essas modificações afetam os pilares da Reforma Psiquiátrica e os avanços presentes em todas as políticas de saúde mental, inclusive na infanto-juvenil, pois no campo teórico-conceitual há uma retomada a conceitos da psiquiatria que haviam sofrido inúmeras transformações como o próprio conceito de saúde mental; no campo técnico-assistencial há uma retomada ao modelo terapêutico tradicional e asilar; no campo jurídico-político inúmeras revisões estão sendo efetuadas nas legislações vigentes para retomar conceitos e intervenções manicomiais; e no campo sociocultural, terreno esse que sofreu modificações mais lentas do que os demais, os conceitos cristalizados voltam a ganhar força com esses retrocessos (AMARANTE, 1999).

## Capítulo 2: Intersetorialidade como norteadora do cuidado

### 2.1. Intersetorialidades

Reinventar o mundo é literalmente reinventar os olhos, o corpo, a luz, a rua, o outro, os horizontes (BASILE; ANDRÉ, 1999, p.145).

Tentando superar a clausura setorial que existe nas instituições e a atuação das mesmas de forma isolada, os termos intersectorialidade/transetorialidade surgem para indicar que é necessária uma articulação de saberes e práticas entre os setores na tentativa de solucionar problemas complexos e encarar as pessoas e famílias em sua totalidade (INOJOSA, 2001).

A intersectorialidade visando garantir o cuidado integral (ZANIANI; LUZIO, 2014), vai além da simples presença dos serviços, “efetiva-se quando uma linha de ação comum pode ser pactuada, partilhada e verificada entre diferentes programas” (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p.396). Essa linha de ação comum está presente por exemplo, na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que se baseiam numa discussão conjunta levando em conta elementos importantes da vida da pessoa atendida e o estabelecimento de acordos coletivos que compartilham o mesmo objetivo (BRASIL, 2014; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Como a intersectorialidade é desenvolvida na fronteira dos serviços, acaba representando uma área de problematizações coletivas (ROMAGNOLI, 2017). Além disso, ela não tem uma teoria como marco para análise, dessa forma não existe um padrão fixo que deve ser replicado; ela é dinâmica e construída a partir das particularidades de cada realidade territorial. Dessa forma, precisa ter como premissa focalizar a atenção no território e na população atendida (INOJOSA, 2001).

Como dispositivo de gestão, a intersectorialidade não deve ser lida apenas com uma ferramenta na busca por eficiência e, sim, ter um objetivo claro que leva em conta problemas reais, vislumbrando aumentar as oportunidades e a equidade (AKERMAN et al., 2014).

Existe uma multiplicidade de definições acerca da intersectorialidade na literatura (NASCIMENTO, 2010) e ao fazer uma escolha conceitual não se pretende afirmar que as outras não são válidas. A partir disso, a compreensão que norteia o conceito de intersectorialidade no presente estudo é um dos princípios presentes na Política

Nacional de Promoção de Saúde, descrita como “(...) 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, 2015, p.27).

Na prática alguns desafios se apresentam, como por exemplo, os atores sociais tendem a não se articular, mesmo quando têm projetos semelhantes para o mesmo público (INOJOSA, 2001). Além disso, os setores possuem campos teóricos e práticos específicos, assim como suas diretrizes e protocolos, e isso intervêm no trabalho intersetorial, muitas vezes como barreiras nesse processo (COUTO; DELGADO, 2010).

## 2.2. Desafios na saúde mental infanto-juvenil

Competência terapêutica é aquela qualidade que uma equipe só desenvolve coletivamente depois de cada um enfrentar, junto de cada companheiro, inúmeros desafios (BASILE; ANDRÉ, 1999, p.124).

Muitos autores reafirmam que uma nova política não se traduz em novas práticas necessariamente. O ruído existente entre o que está na lei e o que se observa na prática é grande. Para exemplificar, ainda se nota um número alto de internações e reinternações relacionadas às demandas de saúde mental de crianças e adolescentes (BERTUOL; BERTUOL; JURDI, 2016; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

As crianças e adolescentes, considerados dependentes e imaturos, são tidos como alvo de intervenção dos adultos. Nesse sentido, o sofrimento mental que equivocadamente é compreendido como sendo apenas da criança ou do adolescente, é tratado como algo individual, fomentando os processos de patologização da vida, que afetam intensamente esse público (LIMA, 2016; TAÑO; MATSUKURA, 2019).

Além disso, o deslocamento proposto pelos serviços com base comunitária e territorial, como os CAPSij, não se refere apenas a um deslocamento espacial, mas um deslocamento de conceitos e práticas, se afastando da normatividade imposta e traduzida em classificações nosológicas, para de fato olhar o sofrimento psíquico. Ao se afastar de soluções prontas baseadas em quem detém o conhecimento e poder, pode se distanciar do interior dos muros e identificar o território e o espaço familiar em que essas crianças e adolescentes estão inseridos. “O território, nas práticas de saúde mental, será sempre o território existente, desejado, vivido ou imaginado” (BERTUOL; JURDI, 2016, p.96).



Em contrapartida, nota-se uma distribuição desigual dos CAPSij nas regiões e um número insuficiente desses serviços. Essa insuficiência reflete-se também no número reduzido de profissionais nos serviços, principalmente psiquiatras especializados em saúde mental infanto-juvenil (COUTO; DELGADO, 2015; GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015).

Além disso, outros desafios se apresentam em relação ao funcionamento dos CAPSij, como: ausência de corresponsabilização do cuidado entre os serviços da saúde; falta de capacitação e de formação continuada para os profissionais que atuam nesses serviços; escassez de recursos físicos e humanos; vínculos trabalhistas instáveis, com aumento de terceirização; precarização dos salários; alta rotatividade da equipe técnica; pouca compreensão pelos gestores dos serviços de saúde mental sobre as atribuições dos CAPSij; cobranças por produtividade; falta de supervisão clínica para equipes visando qualificar o trabalho; precária avaliação e monitoramento das ações realizadas pelos CAPSij; e enfraquecimento dos Fóruns Nacionais de Saúde Mental Infanto-Juvenil (COUTO; DELGADO, 2015; DELFINI; REIS, 2012; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Na realidade brasileira, os profissionais apontam que a lógica de encaminhamento vigente é um desafio a ser superado, pois diz respeito ao que compete ou não a um serviço, pautada no modo de ver o usuário de forma fragmentada e centralizada na valorização das especialidades. Os números expressivos de encaminhamentos realizados pelos serviços, entre eles os CAPSij, podem evidenciar uma desarticulação das ações e a fragmentação do cuidado (DELFINI; REIS, 2012). Além disso, reforçam “uma lógica de responsabilização da saúde pelas questões socioculturais, econômicas e políticas a que um grupo está submetido, transformando problemas sociais em patologias” (TAÑO; MATSUKURA, 2019, p.21). A ampliação do cuidado perde sua potência se os problemas dos usuários são tratados de forma isolada nos diversos serviços (BRASIL, 2014; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

O valor do contexto e das condições externas na saúde infanto-juvenil é extremamente evidente, necessitando de olhar integral e baseado em compromissos coletivos. Entretanto, instituições que participam da rede de cuidado desenvolvem ações que, por vezes, se sobrepõem ou até se contradizem uma as outras, desperdiçando recursos e esforços na garantia do cuidado (AKERMAN et al., 2014; BRASIL, 2005).

Vale destacar que acolher não significa atender a todos, pois é essencial identificar as necessidades reais e realizar encaminhamentos implicados, garantindo que o público infanto-juvenil de fato consiga chegar e ser incluído em serviços que melhor possa atendê-lo em suas reais necessidades. Crianças e adolescentes precisam ser vistos integralmente, com os vários atravessamentos e dentro dos vários dispositivos que ocupam. Esses princípios culminam no papel do CAPSij em garantir o cuidado pautado em ações conjuntas com todos os envolvidos em cuidar das crianças e adolescentes (BRASIL, 2005; 2014).

### 2.3. Intersetorialidade no âmbito da saúde mental infanto-juvenil

É que um lugar de tratamento, ao invés de ‘terapeutizar’, crie os acontecimentos e os desafios para entrar em ressonância com os espaços de crescimento da criança (BASILE; ANDRÉ, 1999, p.136).

A intersetorialidade marca de forma definitiva a saúde pública ao se iniciar os cuidados voltados à criança e ao adolescente no Brasil. A saúde mental infanto-juvenil tem particularidades que escancaram necessidades para além do campo da saúde e é a partir da constatação da dispersão das ações dos campos da Assistência Social, Saúde, Educação e Justiça que a intersetorialidade se torna o ponto de partida para o cuidado. As ações promovidas por esses setores formam uma rede que (no caso das crianças e adolescentes) é constantemente acionada, e necessita de articulação e não apenas substituição de quem cuida em determinado momento (BRASIL, 2014; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; COUTO; DELGADO, 2010).

Couto e colaboradores (2008) contribuíram com essa discussão ao retomar o duplo papel desempenhado pelo CAPSij, terapêutico e gestor. Dentro desse segundo cabe citar que é sua função: identificar as demandas de saúde mental infanto-juvenil e os equipamentos públicos que estão presentes no território em que está inserido, e estabelecer fluxos com os equipamentos dos diversos setores para ampliar a garantia do cuidado. Esse cuidado exige um fortalecimento de uma atenção que seja ordenada, pactuada pelos vários setores, incluindo também a quem se destina: crianças, adolescentes e suas famílias (BRASIL, 2014).

Investir na saúde mental infanto-juvenil, fazendo com que conhecimentos a respeito das especificidades cheguem a vários serviços contribui para prevenir e intervir precocemente, beneficiando não apenas a saúde das crianças e dos

adolescentes, mas também de seus familiares (DELFINI; REIS, 2012). Nesse sentido é importante que haja uma parceria entre os diversos profissionais envolvidos para

(....) a montagem de estratégias de articulação da saúde mental com a atenção primária, educação, assistência social e outros setores frequentados pela população em questão, como as do matriciamento, supervisão, atendimento em parceria, treinamento continuado e outras afins (COUTO; DELGADO, 2010, p.272).

O contato entre os diversos setores vai além de troca de informações, tem como objetivo a construção de um objetivo comum de cuidado, englobando crianças, adolescentes, famílias e comunidades, porém, ainda se apresenta como um desafio pelos profissionais (COUTO; DELGADO, 2010; TAÑO; MATSUKURA, 2019).

Alguns saberes e ações podem ser difíceis de serem compreendidos pelos diversos atores da rede intersetorial, inclusive em relação a própria atuação do CAPSi e de suas especificidades, porém, esse desconhecimento pode ser utilizado como um disparador para o contato e também para se construir uma lógica contrária à da patologização da vida (SILVA, 2019; TAÑO; MATSUKURA, 2019).

Zaniani e Luzio (2014), ao pesquisarem sobre as publicações acerca da intersetorialidade nos CAPSi, apontam que muitas pesquisas se referem à construção de redes interssetoriais, porém, não deixam claro as ações e os resultados, pois estes não acabam sendo o foco das análises.

A intersetorialidade aparece como um dos principais fundamentos da rede de cuidado em saúde mental infanto-juvenil desde a III CNSM e é reafirmada na IV CNSM, em 2010, trazendo consigo o conceito de rede pública ampliada de atenção. Essa rede ampliada de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes pode ser considerada uma noção síntese, que abarca a oferta de serviços e as referências para ações de cuidado (COUTO; DELGADO, 2015; 2016).

Uma rede não existe a priori e nem o tempo todo. Ela não está relacionada à concretude dos serviços, mas sim na concretude das relações, nos pontos de atenção que têm indivíduos interagindo entre si com um objetivo comum. A rede não é um sistema linear e essa capilarização possibilita uma descentralização, na qual os centros mudam a depender da situação e isso proporciona inúmeras formas de organização, sem perder de vista que as ações não podem acontecer isoladamente (DELFINI; REIS, 2012; KINOSHITA, 2014).

(...) rede de atenção depende do vigor intersetorial que, por sua vez, depende fortemente da inscrição de uma direção comum, para que setores com práticas e mandatos distintos encontrem vias consequentes de diálogo e ação (COUTO; DELGADO, 2016, p.167)

A rede intersetorial pode ser uma grande rede de suporte na tentativa de solucionar problemas complexos garantindo direitos de crianças, adolescentes e seus familiares. Tendo como horizonte a construção de objetivos comuns, as redes intersetoriais podem propiciar uma normatização em relação às ações desenvolvidas pelos diversos atores, construindo suas próprias diretrizes para situações específicas (AVELAR; MALFITANO, 2018).

No processo de gestão compartilhada, os obstáculos e embates estão presentes também na constituição das redes, que requer uma gestão viva e horizontal. Entretanto, ter espaço para o diferente e para as contradições pode ser potente na busca por soluções em conjunto (DELFINI; REIS, 2012; TAÑO; MATSUKURA, 2019).

A RAPS, que visa a articulação dos diferentes pontos de atenção no âmbito do SUS e do cuidado em saúde mental, inclusive infanto-juvenil, é um dos exemplos de rede ampliada de atenção e entre seus objetivos gerais estão:

- (i) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; (ii) promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e (iii) 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 (BRASIL, 2014, p. 29).

Alguns pontos da RAPS merecem destaque quando se leva em consideração à atenção de crianças e adolescentes, tais como: a Unidade Básica de Saúde (UBS) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (inicialmente denominado de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF), na Atenção Básica, e os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil, na Atenção Especializada. As UBS são equipamentos localizados no território, próximo das famílias, das crianças e adolescentes, favorecendo assim a formação de vínculos e a efetividade das ações; os profissionais do NASF contribuem potencializando as ações, a partir dos conhecimentos especializados e dos apoios matriciais (BRASIL, 2014).

Se por um lado observa-se a importância do apoio matricial no enfrentamento de ações fragmentadas e na troca de conhecimentos acerca da saúde mental, por outro, nota-se uma prática na qual a corresponsabilização nem sempre está presente e as intervenções geralmente acontecem sem compartilhamento de saberes ou decisões (DELFINI; REIS, 2012; TAÑO; MATSUKURA, 2019).

Estabelecer e articular a rede intersetorial é tão importante quanto contribuir para as que já existam possam dialogar e funcionar melhor (ZANIANI; LUZIO, 2014). Além disso, o trabalho entre as instituições dos diversos setores deve ser permanente. É necessária uma transversalidade das ações e entender que o trabalho em rede não é sinônimo de homogeneidade e sim de convergência (COUTO; DELGADO, 2010; VICENTIN, 2006).

## Capítulo 3: Percurso Metodológico

### 3.1. Caracterização do Estudo

Essa pesquisa utilizou uma abordagem quanti-qualitativa, entendendo que as metodologias utilizadas de forma conjunta se complementam, mas não se esgotam em abarcar a totalidade da realidade. Nessa articulação, a metodologia quantitativa visou trazer à tona dados e variáveis mensuráveis, enquanto que a metodologia qualitativa visou compreender ideias e percepções dos profissionais (MINAYO; SANCHES, 1993).

### 3.2. Cenário da Pesquisa

A região metropolitana denominada Baixada Santista (RMBS) localizada no Estado de São Paulo é composta por nove cidades litorâneas: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Santos, São Vicente, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe.

**Figura 1.** Mapa da Região Metropolitana da Baixada Santista.



Fonte: [http://www.igc.sp.gov.br/produtos/mapas\\_rad41d.html](http://www.igc.sp.gov.br/produtos/mapas_rad41d.html)

Segundo dados do IBGE, em 2021 as nove cidades ocupam 2.428,74 km<sup>2</sup> do território paulista (faixa litorânea) e possui uma população de 1.845.822, composta por uma razão de sexos de 92,18% e uma população com menos de 15 anos de 19,53% (FUNDAÇÃO SEADE, 2021).

Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSij) estão presentes em cinco cidades da Baixada Santista, entre elas: Guarujá, São Vicente, Praia Grande, Itanhaém e Santos. Esta última contém três unidades de CAPSij em seu território, enquanto que as demais apresentam apenas um, totalizando sete CAPSij na RMBS.

### 3.3. Participantes

Foram convidados todos os profissionais de nível superior que atuam como técnicos nos CAPSij presentes nos cinco municípios da RMBS.

Até o início de 2020 foram contabilizados 50 profissionais, sendo que esse número foi trazido pelas respectivas equipes. Os 36 profissionais que concordaram em participar, assinalaram a opção “concordar” após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de responderem ao questionário *online* (APÊNDICE 1). Para identificá-los nos resultados, optou-se por nomeá-los a partir do número que ocupam na tabela de compilação das respostas.

### 3.4. Instrumento

O instrumento utilizado foi um questionário disponibilizado em uma plataforma única para preenchimento *online*, elaborado a partir de roteiros adaptados das pesquisas de Silva (2016) e Taño (2014; 2017).

Após a elaboração da primeira versão do questionário, ele passou por uma fase de adequação, sendo encaminhado a seis profissionais de nível superior atuantes em CAPSij de outras regiões do Estado de São Paulo com comprovada experiência de trabalho em CAPSij. É preciso salientar que o convite foi feito a seis profissionais, mas apenas quatro responderam à solicitação. O convite foi feito por meio de uma Carta Convite enviada por correio eletrônico no mês de outubro de 2019, na qual constavam dados relativos ao projeto e o *link* do questionário.

Os profissionais avaliaram o questionário como adequado em relação ao conteúdo e tempo dispendido para a resposta. Alguns examinadores sugeriram

mudanças em algumas questões que foram acrescentadas à versão final do questionário, tais como: a questão 13 foi reformulada (antes era “Como você define o termo ações intersetoriais ou intersectorialidade?” e passou a ser “Como são definidas as ações intersetoriais no serviço que você atua? Cite pelo menos quatro palavras para essa definição”), na questões 15 algumas alternativas foram acrescentadas, (“Qual a frequência que ocorrem as ações intersetoriais?” na qual foram adicionadas as alternativas “diariamente” e “outra”), e algumas questões foram suprimidas, como a questão 16 (“Quais são os setores que a equipe do CAPSij estabelece parcerias?”) e 19 (“Com quais desses serviços você desenvolve ações colaborativas?”).

O questionário *online* foi dividido em três seções: caracterização do profissional (com três perguntas fechadas e três abertas), caracterização da prática (com três perguntas fechadas e duas abertas), e caracterização das ações intersetoriais (com cinco perguntas fechadas e quatro abertas). Nesse questionário foram abordados aspectos relacionados às ações intersetoriais realizadas pelos profissionais nos CAPSij, as dificuldades e os benefícios dessas ações e a articulação com outros setores e serviços.

Na versão final do questionário, o profissional ao clicar no *link* enviado foi direcionado a uma página inicial, onde estava a descrição do estudo e o termo de consentimento livre esclarecido. Após o aceite do termo, o questionário ficara visível e disponível para o profissional responder.

### 3.5. Procedimentos

#### **3.5.1. Éticos**

O estudo foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e foi aprovado sob o parecer n. 3.977.778. (ANEXO 1)

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram descritos os objetivos do estudo, seus riscos e benefícios, bem como esclarecida a não obrigatoriedade de participação, a possibilidade de retirada do consentimento, a desistência da participação e a garantia de anonimato. (APÊNDICE 1)



Todos os procedimentos a serem utilizados nesse estudo respeitaram as normas estabelecidas pela legislação brasileira na Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

### **3.5.2. Específicos**

A identificação dos serviços que compõem a amostra desse estudo iniciou-se pela identificação dos serviços via internet, a partir do site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foram identificados sete CAPSij distribuídos em cinco municípios da RMBS:

**Quadro 1.** Identificação dos CAPSij da Baixada Santista a partir do CNES

| <b>Identificação</b> | <b>Cidade</b>       | <b>CNES</b> | <b>Cadastrado em</b> |
|----------------------|---------------------|-------------|----------------------|
| 1                    | CAPSij Itanhaém     | 6896030     | 2011                 |
| 2                    | CAPSij Praia Grande | 9148531     | 2017                 |
| 3                    | CAPSij São Vicente  | 5774780     | 2008                 |
| 4                    | CAPSij Santos       | 2698080     | 2003                 |
| 5                    | CAPSij Santos       | 2698099     | 2003                 |
| 6                    | CAPSij Santos       | 3664570     | 2005                 |
| 7                    | CAPSij Guarujá      | 2084864     | 2004                 |

Em seguida, a pesquisadora solicitou às secretarias municipais de saúde onde se encontravam os CAPSij a autorização para a participação dos profissionais. Com exceção do município de São Vicente (o pedido de autorização foi feito apenas à coordenadora de saúde mental) e do município de Guarujá (o contato foi direto com a coordenadora do serviço), os CAPSij de Santos, Praia Grande e Itanhaém necessitaram dessas autorizações advindas de setores específicos das respectivas prefeituras.

Após o aceite das secretarias, a pesquisadora esteve presente em seis CAPSij para apresentar a pesquisa às equipes e obter os contatos dos profissionais que

aceitassem participar. Com a equipe do CAPSij da Praia Grande, o contato foi realizado apenas por correio eletrônico.

O período referente aos contatos telefônicos, apresentação da pesquisa e da pesquisadora, e prospecção dos contatos dos profissionais se deu no segundo semestre de 2019 e primeiro semestre de 2020.

O contato com os profissionais e o envio do *link* contendo o questionário foi realizado através do aplicativo *WhatsApp*. Duas profissionais foram retiradas devido o único contato ser por SMS (não são cadastradas no *WhatsApp*) e não ser possível ter certeza que elas receberam as mensagens. No dia 27/04/2020 (após a autorização da Plataforma Brasil) foi feita a primeira tentativa e 48 profissionais foram contatados através de uma mensagem, sendo que 15 profissionais responderam ao questionário. Foi enviado uma nova mensagem no dia 07/05/2020 aos profissionais que não responderam ao primeiro contato e com isso o número de repostas chegou a 28. No dia 25/05/2020 foi enviado uma terceira mensagem aos profissionais e, ao final do mês de maio foi alcançado o número de 36 respostas, ou seja, 75% do total dos profissionais contatados concluíram o questionário. Os participantes foram referidos nos resultados da pesquisa com números, de acordo com a ordem das respostas dos questionários (P1, P2, e assim por diante até o P36).

### 3.6. Particularidades do processo diante da Pandemia de Covid-19

Importante ressaltar que durante a realização dessa pesquisa o mundo conviveu com uma pandemia jamais imaginada que afetou a todos de forma global, tendo em vista a necessidade do distanciamento social e as medidas preventivas de segurança. A Pandemia causada pela Covid-19 exigiu que vários processos já estabelecidos precisassem ser reorganizados e reinventados. A pesquisa teve sua aprovação durante o mês de Abril de 2020, e nesse momento o distanciamento social já estava instalado há mais de 30 dias. Como a coleta foi realizada de forma online não houve impactos expressivos para sua realização, exceto pela dificuldade apontada por alguns profissionais para responderem ao questionário, apontando como motivos: a sobrecarga de trabalho, uma vez que muitos colegas estavam afastados ou doentes, o estresse psicológico que o momento atual instalou, a falta de tempo e de recursos psíquicos para aqueles que estavam cuidando de familiares adoecidos. Em contrapartida, o fato das pessoas precisarem estar mais conectadas à internet e às

redes sociais devido as reconfigurações do trabalho, e possivelmente mais sensíveis a refletirem sobre suas condições de vida de trabalho, podem explicar a número expressivo de participantes no estudo.

### 3.7. Análise dos dados

Em relação a análise quantitativa foi realizada uma análise descritiva em que as variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas, e as variáveis numéricas apresentadas por meio de média e desvio-padrão. Todas as análises foram realizadas com o programa *RCore Team* (2020) e os gráficos elaborados no *Excel*.

Em relação a análise qualitativa, optou-se pela metodologia Análise de Conteúdo Temática (MINAYO, 2014). Trata-se de uma técnica teórico-prática visando uma investigação qualitativa de tratamento das informações. Sua finalidade, além de ampliar o conhecimento sobre o assunto e articular com o contexto social e cultural do tema, é confirmar ou não as hipóteses e entender o que está por trás dos conteúdos (MINAYO, 1994). Visando identificar os núcleos de sentido, a análise temática configura-se em três etapas neste estudo:

- Pré-análise: consiste em retomar os objetivos e hipóteses antes de fazer uma leitura flutuante das informações (respostas abertas ao questionário); analisar se as respostas estão em consonância ao que foi perguntado e aos objetivos do estudo;
- Exploração do material: busca uma classificação que vise alcançar o núcleo compreensível, dessa forma se estabelecem as unidades de registro temáticos a partir de categorias descritivas;
- Tratamento dos resultados (informações): momento de interpretação e para isso constrói-se categorias analíticas, fundamental para fazer o diálogo entre as informações e a teoria.

## Capítulo 4: Resultados e Discussão

### 4.1. Caracterização dos profissionais

O questionário aplicado (APÊNDICE 1) foi respondido por 36 profissionais de nível superior que atuam como técnicos nos CAPSij da RMBS, sendo que responderam ao questionário 29 profissionais do sexo feminino (80,6%) e 7 do sexo masculino (19,4%). O número expressivo e discrepante de profissionais mulheres em comparação aos profissionais homens, corrobora a realidade de outros CAPSij na região Sudeste do Brasil (SILVA; CID; MATSUKURA, 2018; TAÑO, 2017).

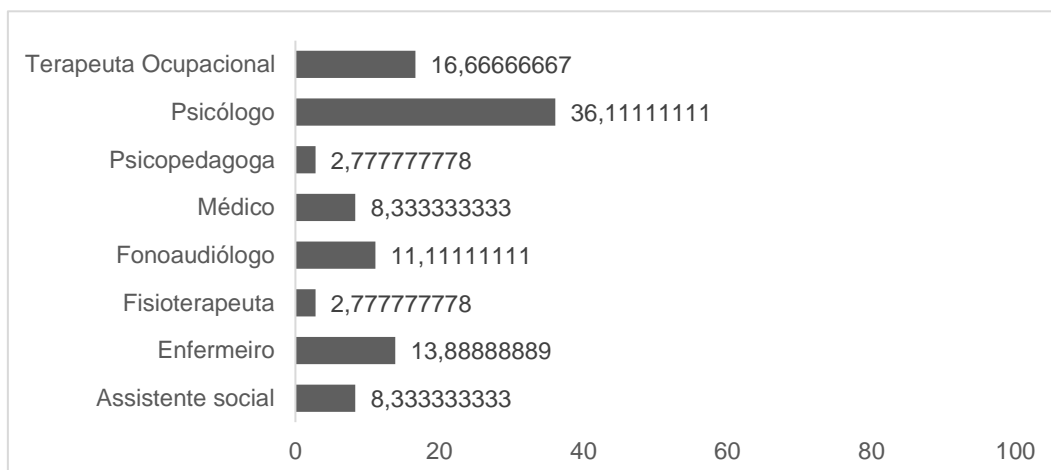
A partir da **Tabela 1** pode-se constatar que existe uma discrepância entre as idades dos participantes, sendo que a participante mais nova tem 24 anos e a mais velha 70 anos. A participante mais nova possui 2 anos de formada e a mais velha está formada há 40 anos. O tempo médio que os profissionais atuam no CAPSij é de 5,6 anos, sendo que a profissional que está há mais tempo no CAPSij acumula 15 anos nessa função. Esse dado permite visualizar que muitos profissionais possuem experiência em atuar com a saúde mental infanto-juvenil e tendem a conhecer as especificidades da área, mesmo com as limitações estruturais e organizativas atuais que vivem os CAPSij (COUTO; DELGADO, 2015; DELFINI; REIS, 2012; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

**Tabela 1.** Medidas descritivas das variáveis Idade, Tempo de Formação e Tempo de atuação

|                            | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo |
|----------------------------|-------|---------------|--------|--------|
| Idade                      | 44,4  | 12,4          | 24,0   | 70,0   |
| Tempo de Formação          | 16,7  | 10,5          | 2,0    | 40,0   |
| Tempo de atuação no CAPSij | 5,6   | 4,3           | 0,3    | 15,0   |

Em relação à formação acadêmica é possível notar a distribuição dos participantes nas seguintes formações: Enfermagem (5), Fisioterapia (1), Fonoaudiologia (4), Medicina (3), Psicologia (13), Pedagogia (1), Serviço Social (3), Terapeuta Ocupacional (6). A **Figura 2** apresenta a porcentagem referida em relação às formações acadêmicas.

**Figura 2.** Percentual de profissionais segundo a formação acadêmica

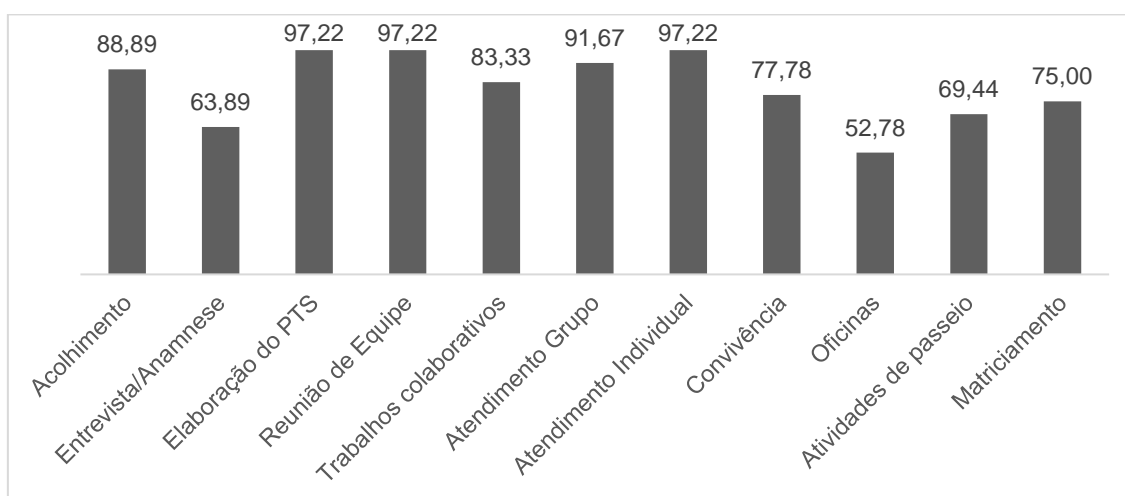


A maioria dos participantes possui formação em Psicologia. Isso indica a presença em maior número desses profissionais em comparação aos outros nos serviços pesquisados e uma reprodução da lógica vigente neste campo em dar preferências às áreas *psi* (TAÑO, 2017).

#### 4.2. Práticas cotidianas

Como observado na **Figura 3**, entre as opções de processos de trabalho mais citados pelos profissionais em sua prática diária estão: Elaboração de Projeto Terapêutico Singular, Reunião de Equipe, Atendimento Individual e Atendimento Grupal.

**Figura 3.** Percentual de procedimentos realizados pelos profissionais



Os profissionais puderam escolher livremente as opções que eles achassem pertinente. As reuniões de equipe foram citadas por quase 100% deles, indicando que existe um horário/espço destinado às trocas entre os profissionais das equipes. Entretanto, chama a atenção o número expressivo de profissionais que citaram o atendimento individual em detrimento às oficinas e aos Espaços de Convivência, demonstrando que o foco ainda permanece em intervenções ambulatoriais, ficando em segundo plano as intervenções que explorem além dos muros do serviço, corroborando dados de outros CAPSij (TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Vale mencionar que os CAPSij presentes na Baixada Santista, com exceção dos localizados em Santos, representam um único serviço para atender toda a população dessas cidades, sobrecarregando esses equipamentos e inviabilizando as ações no território. Pesquisas realizadas com trabalhadores de diferentes CAPSij apontam que um dos desafios mais expressivos do trabalho cotidiano é acolher a demanda. Essa necessidade está atrelada a exigência desses serviços responderem demandas cada vez maiores, sem capacidade ou suporte, comprometendo o acompanhamento das demandas prioritárias e do território (SILVA; CID; MATSUKURA, 2018; TAÑO; MATSUKURA, 2015; 2019).

Além disso, foi perguntado aos profissionais sobre as ações de matriciamento<sup>1</sup>. A maioria relatou que realiza ações de apoio matricial em sua prática profissional (Tabela 2). Por não ser o foco desse trabalho, as perguntas relacionadas a esse tema não exploraram como esse apoio matricial de fato ocorre na prática profissional, mas vale destacar que mesmo com o atual desinvestimento e reestruturação da PNAB, impactando diretamente na sustentação das Equipes de Saúde da Família e no matriciamento (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020), os profissionais dos CAPSij mantiveram as ações de apoio matricial, ato de resistência frente às limitações impostas.

Ressalta-se que por vezes a correponsabilização entre a equipe de referência e a equipe de apoio matricial fica prejudicada a depender do entendimento e da condução das intervenções pelos profissionais (DELFINI; REIS, 2012). Entretanto, profissionais relatam que a correponsabilização contribui para as ações

---

<sup>1</sup> “Matriciamento ou apoio matricial: no âmbito da saúde pública promove o encontro entre distintos profissionais, a partir de uma construção compartilhada, em que a equipe de referência do cuidado e as equipes de apoio, cujo o papel é oferecer suporte assistencial e técnico-pedagógico, elaboram um projeto terapêutico integrado (BRASIL, 2011; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

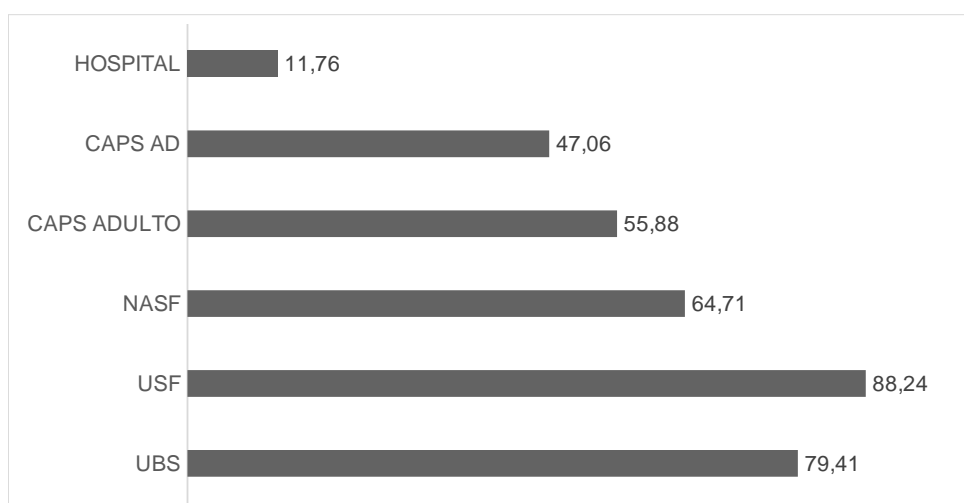
intersectoriais, promovendo relações mais horizontais, promotoras de reflexões e decisões coletivas, superando uma concorrência de poder entre instituições e formações (ROMAGNOLI, 2017; SILVA; CID; MATSUKURA, 2018; TAÑO; MATSUKURA, 2019).

**Tabela 2.** Distribuição de frequência da variável apoio matricial

| <b>Apoio matricial</b> | <b>n</b> | <b>%</b> |
|------------------------|----------|----------|
| Sim                    | 34       | 94,4     |
| Não                    | 2        | 5,6      |
| Total                  | 36       | 100,0    |

Na **Figura 4** é possível notar com quais serviços de saúde essas ações acontecem como mais frequência, sendo possível observar que a maioria dos profissionais escolheu a Unidade de Saúde da Família (USF), a UBS e o NASF. Novamente os dados coletados não são capazes de qualificar as ações com esses serviços, mas destaca-se o papel importante desempenhado pela Atenção Básica no trabalho próximo à comunidade e ao território, e a articulação com a mesma como estratégica no caminho para um cuidado integral de crianças e adolescentes (DELFINI; REIS, 2012; TAÑO, 2017; TAÑO; MATSUKURA, 2019).

**Figura 4.** Percentual de ações de apoio matricial realizados com os serviços de saúde



### 4.3. Ações intersetoriais

Foi solicitado que os profissionais escolhessem palavras que definissem o que eram ações intersetoriais para eles. As palavras utilizadas foram compiladas e aparecem descritas na **Figura 5**, ilustradas a partir de uma nuvem de palavras, sendo que a frequência de vezes que elas foram citadas determinam o tamanho e o realce que se apresentam na imagem. Dessa forma, compreende-se que os profissionais definem as ações intersetoriais a partir de palavras, como: rede, serviços, articulação, reuniões, prática de cuidado, matriciamento, integração da equipe, entre outras. A palavra rede foi a palavra mais citada pelos profissionais.

A variedade de palavras abarcadas nessa figura pode estar relacionado à dois aspectos: o primeiro é que essas palavras sejam as definições que os profissionais construíram em relação à intersectorialidade a partir de suas práticas, como se apropriaram e agem a respeito dela; o segundo é a forma como os profissionais compreendem a intersectorialidade, que pode abarcar um amplo espectro de entendimentos, mas ao mesmo tempo tão diversos que sinalizem compreensões distintas pelos profissionais, corroborando dados da literatura que indicam uma grande variedade de definições para intersectorialidade (NASCIMENTO, 2010).

**Figura 5.** Nuvem de palavras utilizadas para definição das ações intersetoriais





Uma das participantes traz um relato que exemplifica a definição dada à intersectorialidade:

*“Se for definir no sentido de nomear, são ações que envolvem outros equipamentos ou espaços, visando contemplar aspectos do Projeto Terapêutico que necessitam de ações para além de atendimentos somente do CAPS, por diversos motivos como a necessidade de alcançar outros atores importantes na vida destas crianças/adolescentes, ou trazer para o cuidado instâncias ou dimensões que o CAPSij não abarca sozinho, como a dimensão educacional (escolas, espaços de contraturno), da responsabilização (Conselho Tutelar, Justiça), do cuidado de aspectos orgânicos ou ações dentro de situações de vulneração social ou de violência (CRAS, CREAS, SCFVs). Se for definir no sentido de pactuar, depende de cada PTS, mas muitas vezes essas pactuações ocorrem em reuniões de mini-equipe e de equipe geral, mas também a partir da articulação feita pela técnica de referência” (P.10)*

A partir do relato nota-se que a intersectorialidade ainda aparece muito atrelada a área da saúde, dando ênfase à elaboração do PTS que tem por si no nome e no conceito um caráter terapêutico.

Ainda a partir do relato, destaca-se que a articulação depende da iniciativa pessoal de alguns profissionais. Fato semelhante pode ser notado em outros CAPSij, nos quais profissionais também apontam que as ações compartilhadas partem principalmente de um engajamento pessoal e individual, sinalizando uma fragilidade no cuidado e na sustentação de ações intersectoriais (SILVA; CID; MATSUKURA, 2018). Romagnoli (2017) ressalta que deslocar para o âmbito individual uma questão que deve ser considerada como coletiva e institucional provoca como efeito no plano micropolítico, uma regressão das equipes e um distanciamento das práticas intersectoriais. Essas constatações levantam questionamentos em relação a como a intersectorialidade tem sido garantida para além de iniciativas pessoais.

Tal discussão pode ter interlocução com os dados referentes às práticas cotidianas, em que profissionais apontam a prevalência dos atendimentos individuais em relação aos outros tipos de intervenções, mostrando que as ações, no serviço e na rede intersectorial, estão geralmente pautadas no sujeito e no profissional. Dessa forma, levanta-se a questão de como a gestão compartilhada está presente nesse cenário.

Nesse sentido, Taño e Matsukura (2019) ao buscarem conhecer as percepções de profissionais de alguns CAPSij da região Sudeste do Brasil sobre a

intersectorialidade, apontam que as ações intersectoriais e o trabalho em rede não se refletem em sua totalidade na vivência brasileira

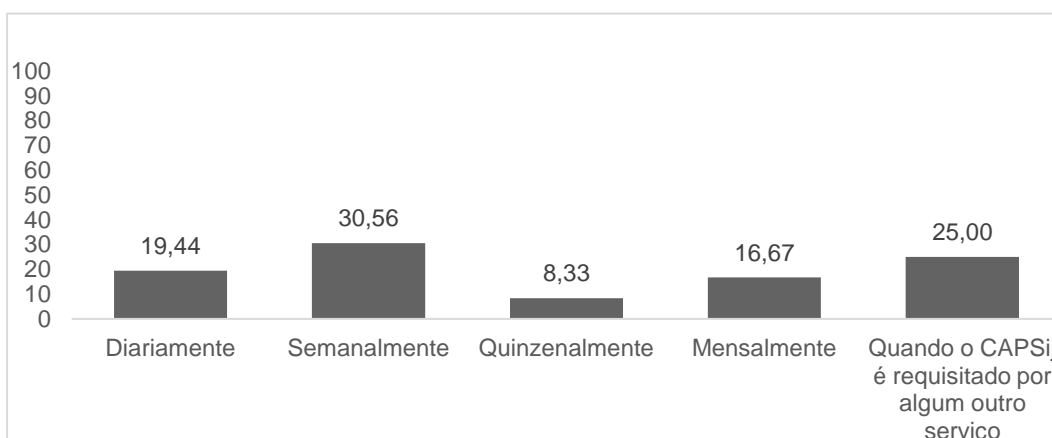
A partir da **Tabela 3** é possível notar que a maioria dos profissionais relata que as ações intersectoriais estão previstas na prática profissional. Em relação a percepção sobre a importância dessas ações, 34 profissionais relataram ser “extremamente relevante”.

**Tabela 3.** Caracterização das ações intersectoriais

|                                    |                               |
|------------------------------------|-------------------------------|
| Estão previstas na sua prática?    | SIM: 97,2%                    |
|                                    | NÃO: 2,8%                     |
| Você participa dessas ações?       | SIM: 91,7%                    |
|                                    | NÃO: 8,3%                     |
| Qual é a importância dessas ações? | Extremamente relevante: 94,4% |
|                                    | Muito relevante: 5,6%         |

Em relação à frequência que ocorrem as ações intersectoriais (**Figura 6**), observa-se que na maioria das vezes essas ações ocorrem semanalmente ou quando o CAPSij é requisitado.

**Figura 6.** Frequência da realização das ações intersectoriais (%)



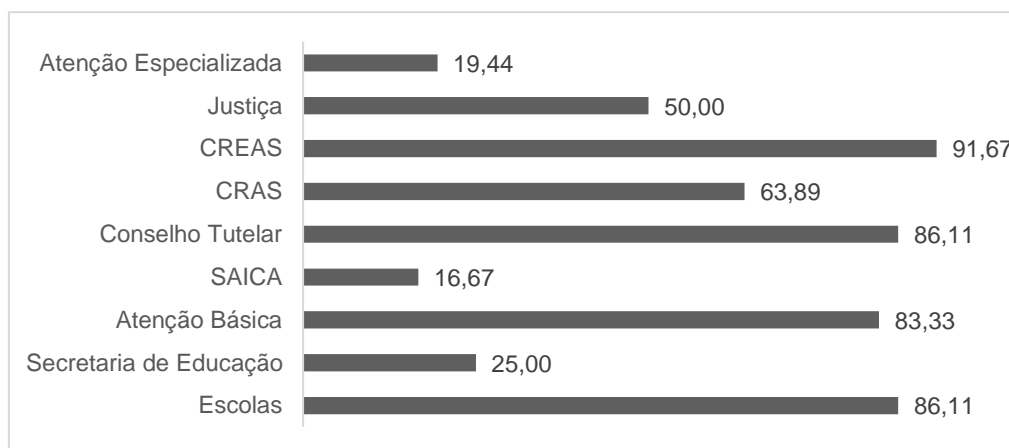
Analisando a tabela 3 juntamente com a figura 6 é possível observar que mesmo considerando as ações intersectoriais importantes e mencionando que participam delas, 25% dos profissionais mencionaram que elas só ocorrem quando o CAPSij é

requisitado, ou seja, as ações intersetoriais ocorrem em momentos específicos, possivelmente para resolver demandas difíceis e pontuais. A partir dos dados é possível inferir que a intersetorialidade está sendo considerada como articulações realizadas com outros serviços de forma restrita e não como um trabalho corresponsável, com objetivos comuns e realizado ao longo do tempo. Essa constatação reforça dados encontrados na literatura (AVELAR; MALFITANO, 2018; DELFINI, 2012).

Além disso, relacionando as definições trazidas pelos participantes na nuvem de palavras e a frequência das ações intersetoriais, nota-se um distanciamento do discurso em relação à prática. Para lidar com essas discrepâncias entre discurso x prática é importante que, além dos investimentos e condições ofertadas para efetivação da intersetorialidade, haja debates críticos entre os profissionais, explicitando as ambivalências em torno do processo e das ações (AVELAR; MALFITANO, 2018).

Os profissionais mencionaram os serviços que os CAPSij mais fazem contato (**Figura 7**) e observa-se que o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) aparece em primeiro lugar, praticamente empatado com o Conselho Tutelar e a Escola. Destaca-se que esses dados não refletem os serviços que mais contatam esses equipamentos.

**Figura 7.** Percentual dos serviços mais contatados pelos CAPSij



Nota-se que a depender de como a pergunta é elaborada, as respostas sofrem alterações. Os profissionais dessa pesquisa mencionaram que contatam mais o CREAS do que as escolas, porém, a partir da literatura, observa-se que em relação aos serviços que mais contatam os CAPSij, as escolas aparecem em primeiro lugar,

seguido pelos serviços da Assistência Social. Além disso, os serviços que mais encaminham aos CAPSij são aqueles que justamente os trabalhadores têm mais contato e já realizam alguma ação coletiva (TAÑO; MATSUKURA, 2019).

A instituição escola (local em que crianças e adolescentes mais circulam), por ser a que mais encaminha aos CAPSij e a segunda mais contatada pelos mesmos, é uma potência dentro do arranjo das ações intersetoriais e dessa forma é inegável a importância de aprimorar as relações com mesma, aperfeiçoando o diálogo e intensificando a troca de conhecimentos (TAÑO, 2017).

#### **4.3.1. Desafios**

As dificuldades citadas pela maioria dos profissionais acerca das ações intersetoriais foram inseridas nessa categoria denominada desafios. Os aspectos referentes às condições internas do trabalho e aspectos referentes às condições externas ao trabalho foram abordados separadamente.

As condições internas ao trabalho estão relacionadas: a sobrecarga de trabalho e falta de tempo, a falta de recursos materiais e de transporte, a falta de recursos humanos, a compatibilização de agendas dos profissionais, a mudança constante dos técnicos da equipe de referência, as divergências de concepções, a ausência de apoio e suporte da gestão, e a desresponsabilização dos serviços. Para exemplificação dos temas citados, alguns trechos foram transcritos na íntegra.

Alguns casos podem ser resolvidos nas reuniões da equipe técnica ou através de contato telefônico com outros profissionais, porém alguns requerem transporte para outros serviços com a finalidade de se conhecer melhor os mesmos. Nem sempre ocorre a disponibilidade, apesar da ajuda de outros serviços. Outra dificuldade que temos no momento é o fato de termos uma equipe técnica reduzida, o que compromete a condução destes casos mais complexos (P 5)

A realização de ações programadas e periódicas. Há dificuldade de conciliação de agenda dos profissionais e pactuação destas ações com a gestão, que solicita atendimentos presenciais nos serviços em detrimento de outras ações nos territórios e junto à rede intersetorial. (P 6)

Limitação das ações dos parceiros, concentrando toda a problemática e complexidade das situações no estigma da doença e incapacidade. Em suma, concentrados no CAPSi. Uma outra dificuldade encontrada é a desresponsabilização dos serviços sobre essas mesmas situações. Por muitas vezes, o CAPSi tem de acionar as coordenações

e até judicialmente para que os outros setores se responsabilizem sobre o que é sua atribuição legal. (P 8)

As principais dificuldades me parecem ter a ver com as diferentes concepções e expectativas que os serviços têm do trabalho uns dos outros. Outro aspecto são possíveis divergências relativas à condução dos casos, ações necessárias, maneiras de fazer, a depender da tarefa que cada equipamento compreende que deve executar. Nem sempre se atinge consenso, e não são raras ingerências (ou suas tentativas) de outros setores no trabalho do CAPSi, especialmente quando se trata do aspecto medicamentoso. (P 10)

Dificuldades de retaguarda para tais ações, como por exemplo garantia de transporte. Logística e organização devido ao acúmulo de reuniões, audiências, elaboração de relatórios, atendimentos etc. (P 13)

Por vezes a questão dos horários entre os serviços não convergem, assim como falta de recursos humanos, o que dificulta as reuniões. E também ocorrem em alguns momentos delegar a responsabilidade só para um serviço, sem considerar que o paciente precisa de intervenção de vários serviços para que ele tenha melhoras significativas. (P 23)

Falta e ou rotatividade de RH, falta de recursos materiais, demanda elevada que impossibilita realizar algumas ações com qualidade, indisponibilidade pessoal do profissional. (P 33)

Assim como apontado pelos participantes, as pesquisas já indicam os obstáculos estruturais e organizativos dos CAPSi, como a escassez de recursos físicos e humanos, cobranças por produtividade, falta de formações e alta rotatividade da equipe técnica (DELFINI; REIS, 2012). Esses serviços se distribuem de forma desigual nas regiões e são insuficientes para atender toda população que o procura, muitas vezes tendo que atender o triplo ou mais de sua capacidade (SILVA; CID; MATSUKURA, 2018; TAÑO; MATSUKURA, 2015, 2019). Essa insuficiência também reflete no número de profissionais, principalmente psiquiatras especializados em saúde mental infanto-juvenil nos serviços (COUTO; DELGADO, 2015; GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015).

Outros desafios que aparecem nos relatos e corroboram a literatura são: a ausência de corresponsabilização do cuidado entre os serviços; a falta de capacitação e de formação continuada para os profissionais; vínculos trabalhistas instáveis, com aumento da terceirização; precarização dos salários; pouca compreensão pelos gestores dos serviços de saúde mental sobre as atribuições dos CAPSi; falta de supervisão clínica para equipes visando qualificar o trabalho; precária avaliação e

monitoramento das ações realizadas pelos CAPSi; e enfraquecimento dos Fóruns Nacionais de Saúde Mental Infanto-Juvenil (COUTO; DELGADO, 2015; TAÑO; MATSUKURA, 2015). Além disso, há resistências das instituições, condutas preconceituosas e sobrecarga de trabalho referente a uma atuação compartilhada (SILVA; CID; MATSUKURA, 2018).

Os setores envolvidos no cuidado possuem seus próprios campos teóricos e práticos, assim como suas diretrizes e protocolos, e isso intervêm no trabalho intersetorial, muitas vezes como barreiras (COUTO; DELGADO, 2010).

Atrelado a tudo isso, os profissionais carregam consigo suas identidades profissionais, além de suas crenças e resistências, que podem dificultar a abertura dos mesmos aos espaços intersetoriais (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Entretanto, dificuldades como essas podem propiciar a produção de algo novo, "ao apostar na criação de zona de indagações, na convocação permanente e num esforço coletivo de problematizações das questões presentes no cotidiano das políticas públicas" (ROMAGNOLI, 2017, p. 431).

Diante de situações complexas, os profissionais e os setores podem reconhecer seus limites e isso ser um disparador para a construção de novas ações, inclusive generalizáveis para o cuidado de outras crianças e adolescentes (COUTO; DELGADO, 2010).

Em relação às condições externas ao trabalho que estão relacionadas ao foco no paradigma da patologização e medicalização, e à ausência de diretrizes específicas voltadas à intersetorialidade, os profissionais relataram:

Não temos regularidade, protocolos ou compreensão de toda a equipe da necessidade disso (P 1)

Falta de entendimento sobre a prerrogativa do CAPSi; alta demanda por medicação; pressão para determinar diagnósticos (P 2)

Resistência de outros serviços (profissionais) e da gestão, precariedade e falta de recurso humano e material, mudança de profissionais de referência com constância e ausência de políticas públicas. (P 19)

É sempre um desafio construir um espaço de trocas e compartilhamento de responsabilidades de ações, sem fragmentar o cuidado ou simplificar a complexidade da vida dos usuários. Muitas vezes a equipe do Caps precisa esclarecer/refletir sobre papéis, sentidos e propostas para o cuidado, considerando que muitas

expectativas da rede giram em torno de patologização e medicalização de crianças e adolescentes. (P 21)

Ausência efetiva de prevenção intersetorial da saúde infantil (P 27)

Mesmo que a intersectorialidade se mostre como uma estratégia de gestão eficaz para construção de compromissos coletivos visando a diminuição de desigualdades e sofrimentos (INOJOSA, 2001), ela ainda é um desafio dentro da realidade brasileira e para ser garantida sua discussão precisa ser incentivada (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; TAÑO; MATSUKURA, 2019).

As condições internas e externas foram construídas como categorias temáticas separadas apenas para descrevê-las, pois essas condições estabelecem uma relação dialógica entre si, e se autorreproduzem no cotidiano do trabalho, revelando contradições importantes entre o paradigma da atenção psicossocial e o paradigma disciplinar.

Diferentes concepções levam a fazeres diversos, porém, chama a atenção que o pano de fundo de muitas dessas concepções seja o mesmo: o paradigma biomédico. Ele ainda é hegemônico e pode ser notado em todos os setores que crianças e adolescentes transitam, refletido nos discursos de patologização ou medicalização da vida. Como consequência, problemas sociais se tornam individuais e o objetivo transforma-se em obter respostas e soluções a partir de diagnósticos e medicalizações. Esse processo de patologização da vida atinge fortemente crianças e adolescentes e exige urgentemente um posicionamento dos diversos atores envolvidos no cuidado a essa população (LIMA, 2016; TAÑO; MATSUKURA, 2019).

Nesse sentido, em relação à saúde mental infanto-juvenil, Taño e Matsukura (2019) afirmam que

É preciso reconhecer que os saberes e as ações que circulam na atenção psicossocial são, em certa medida, complexos, elaborados e possivelmente de difícil compreensão pelos diferentes atores que circulam nas redes socioassistenciais e intersectoriais de atenção à infância e adolescência, no sentido de que muitas vezes se colocam em contrarrente à lógica atual de produção de doença e de patologização da vida e do social (p. 20).

Concepções e paradigmas diversos coexistem no campo da saúde mental. Observar que o pano de fundo de muitas delas está pautada no paradigma disciplinar, como o biomédico, traz questionamentos importantes em relação ao trabalho

desenvolvido pelos CAPSij, pois tendo este o foco na atenção psicossocial, que está atrelada a um paradigma interpretativo, “como o da complexidade, e o da superação da produção do conhecimento científico apenas pela “disciplinaridade (...)” (LUZ, p. 309), de que modo o fazer cotidiano nesses serviços inverte a lógica vigente da produção de doença, promovendo de fato uma atenção psicossocial?

#### **4.3.2. Benefícios**

Em relação aos benefícios que as ações intersetoriais trazem ou trariam para o trabalho no CAPSij, os profissionais responderem a uma questão aberta, por isso, as respostas foram analisadas e dispostas em três categorias temáticas. Essas categorias estão dispostas separadamente como recurso textual, porém, trata-se de aspectos totalmente imbricados.

##### ➤ Garantia do cuidado integral

Em relação a saúde de crianças e adolescentes, a integralidade do cuidado requer necessariamente o olhar e a participação efetiva dos vários atores envolvidos nesse cuidado (BRASIL, 2014). Os participantes da pesquisa demonstraram a partir dos relatos transcritos, compreensão dos benefícios desse olhar integral para a intersetorialidade.

As ações ampliam o escopo de atuação a uma determinada família, entendendo os sujeitos em sua complexidade, em suas relações; unindo esforços para o desenvolvimento de uma sociedade saudável, atua nos diversos ambientes da vida dos sujeitos (comunidade e escola), promovendo seu pleno desenvolvimento, especialmente no caso de crianças e adolescentes (P 6)

Ver o paciente como um todo, levando em consideração que a doença é um reflexo de várias situações a serem trabalhadas, iniciando com a família e estendendo aos recursos existentes a comunidade ao seu redor (P 29)

A saúde mental de um indivíduo é um todo, que envolve questões psicológicas, físicas, sociais, familiares, educacionais, culturais. Enfim é muito complexo se não atuarmos em todas essas áreas nunca conseguiremos um resultado pleno e satisfatório (P 32)



Efetividade, resolução em garantir direitos violados, garantia da aplicabilidade da equidade em todas as esferas do cotidiano do indivíduo (P 17)

Quando realizamos esse tipo de trabalho podemos observar o paciente como um todo e pensar em estratégias e intervenções que farão com que ele fique mais fortalecido, assim como a sua família, possibilitando que ele aperfeiçoe e desenvolva muito mais as suas potencialidades (P 24)

Assim como em outras pesquisas que envolveram profissionais de CAPSij, a ampliação do olhar auxilia na garantia da integralidade do cuidado, e isso é visto como um dos benefícios do trabalho intersetorial (TAÑO; MATSUKURA, 2019). É esse olhar que possibilita que crianças, adolescentes e suas famílias possam ser vistas com os vários atravessamentos, dentro dos vários dispositivos que ocupam (BRASIL, 2005; 2014). A intersetorialidade e o cuidado integral são aspectos complementares (ZANIANI; LUZIO, 2014).

➤ Trabalho colaborativo entre as equipes

As ações realizadas em conjunto entre as equipes dos diversos serviços envolvidos no cuidado, tendem a superar obstáculos e serem mais resolutivas. Além disso, a sensação de parceria tende a diminuir a sobrecarga sentida e relatada pelos profissionais (SILVA; CID; MATSUKURA, 2018; TAÑO, 2017; TAÑO; MATSUKURA, 2019). Alguns relatos exemplificam tal compreensão entre os participantes da pesquisa.

É uma forma de pensar em conjunto e criar estratégias para melhor atender o usuário e família (P 3)

Melhor conhecimento e condução dos casos, aproximação e colaboração dos profissionais envolvidos (P 5)

Me parece muito potente o cuidado quando compartilhado por diferentes atores, sendo assim também possível produtor de transformações nas diferentes dimensões da vida dos sujeitos. Lidar com as complexidades e entraves dos processos torna-se mais fortalecido quando diferentes olhares se encontram, e possibilidades de ações são ampliadas (P 21)

O usuário teria maior suporte, ações seriam mais efetivas e com boa resolutividade. Além da diminuição da sobrecarga que o serviço sofre por falta de ações (P 7)

Acompanhamento mais próximo a residência do paciente, divisão da angústia com toda equipe responsabilizando e todos atuando junto (P 17)

Atendimento mais abrangente ao caso, soluções para diversas dificuldades do paciente, não sobrecarregar apenas um serviço (P 24)

Os arranjos coletivos além de serem mais efetivos, também podem ser mais criativos no estabelecimento das ações, contribuindo no trabalho com as famílias e melhor conhecimento do território. Os participantes entendem a correponsabilização como facilitadora e potencializadora do trabalho intersetorial, assim como os profissionais de outros CAPSij. A correponsabilização contribui para as ações intersetoriais, promovendo relações mais horizontais, promotoras de reflexões e decisões coletivas (ROMAGNOLI, 2017; TAÑO; MATSUKURA, 2019).

Trabalhar em conjunto favorece o empoderamento e um sentimento de não estar sozinho (DELFINI; REIS, 2012). Dessa forma, o estabelecimento das redes não beneficia apenas os usuários, mas também os profissionais, pois a troca e a sensação de parceria auxiliam na sustentação das ações (TAÑO; MATSUKURA, 2019).

➤ Projeto comum de cuidados

Optou-se não utilizar o termo Projeto Terapêutico Singular na descrição da categoria, entendendo que ao tratar sobre a intersectorialidade se extrapola o conceito “terapêutico”, muitas vezes restrito ao âmbito da saúde, para dar conta das ações realizadas conjuntamente por diversos setores. Além disso, parte-se do entendimento de que crianças e adolescentes estão imersos em teias de relações, inviabilizando ações que tenham como único foco o atendimento individual (BERTUOL; JURDI, 2016; TAÑO; MATSUKURA, 2019; VICENTIN, 2006).

O projeto comum implica a compreensão e o fazer do trabalho em rede que “opera com a constituição de laços sustentados em torno de um objetivo comum, articulando diferentes níveis de complexidade e de recursos” (VICENTIN, 2006, p.15).

Alguns relatos exemplificam esse projeto comum ao citar o PTS, e trazem consigo a potência de alinhar o trabalho para efetivar a qualidade e o alcance das ações.

Quando bem articuladas e executadas, tais ações possibilitam uma ampliação das dimensões da vida que os PTSs podem abarcar, além de garantir muitas vezes a segurança (física, socioeconômica) de famílias e/ou de crianças e adolescentes. Por vezes, também, se chega a situações em que os casos parecem "não caminhar", e a entrada de outros atores ou setores - com outras prerrogativas, ferramentas ou vínculos - podem ajudar a trazer movimentos que um equipamento sozinho não conseguia produzir (P 10)

As discussões com os diversos setores, auxiliam no planejamento do projeto terapêutico singular do paciente (P 31)

São muitos os benefícios: apoio técnico de outros setores, acompanhamento do PTS no território do paciente, enriquecimento nas discussões de caso, intervenção mais direcionada podendo atingir diversos aspectos da vida do paciente, entre outros (P 35)

A construção de objetivos comuns de cuidado também tem sua dificuldade, que pode estar relacionada à uma resistência frente a nova lógica de cuidado proposta pela saúde mental. Entretanto, ainda que haja discordância pelos profissionais, é importante que não haja desconhecimento dessa nova lógica, pois isto pode impactar na condução do trabalho (TAÑO; MATSUKURA, 2019).

Ressalta-se que o alinhamento do trabalho qualifica o cuidado dos profissionais, ampliando o olhar para as singularidades e o conhecimento do território. A rede estabelecida não oferece suporte apenas à população, mas também aos profissionais, que trocando e compondo, produzem parceiras que aliviam a sobrecarga de trabalho, sentem-se mais seguros, compartilham responsabilidades, se fortalecem para lidar com situações complexas, promovendo assim mais efetividade e sustentação do trabalho intersetorial (DELFINI; REIS, 2012; TAÑO; MATSUKURA, 2019).

As falas exemplificadas nessas categorias refletem um fazer cotidiano pelos profissionais dos CAPSij da Baixada Santista, que demonstra sua potência ao resistir aos desafios impostos e construir cotidianamente dispositivos e tecnologias de cuidado.

## Capítulo 5: Considerações finais

De tudo ficaram três coisas:  
A certeza de que estamos sempre a começar...  
A certeza de que é preciso continuar...  
A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar.  
Por isso devemos:  
Fazer da interrupção um caminho novo  
Da queda um passo de dança  
Do medo uma escada  
Do sonho uma ponte  
Da procura um encontro.  
(Fernando Sabino – O encontro marcado)

O presente estudo teve como objetivo principal analisar a compreensão dos profissionais sobre as ações intersetoriais desenvolvidas nos CAPSij da Baixada Santista, utilizando como instrumento um questionário *online*.

De modo geral a pesquisa mostrou que os CAPSij da Baixada Santista respondem por grandes abrangências territoriais e populacionais, dificultando o atendimento da demanda e das particularidades dos territórios.

A grande maioria de profissionais são mulheres e possui formação em Psicologia. Constatou-se que as reuniões de equipe e os atendimentos individuais, em detrimento às oficinas e aos Espaços de Convivência, são as práticas cotidianas mais realizadas nos CAPSij. Além disso, as ações de matriciamento foram citadas e representam uma resistência frente ao desmonte que vem sofrendo a saúde pública e mental no Brasil.

Em relação à intersetorialidade, foi possível constatar uma variedade de compreensões entre os profissionais, atrelando fortemente a mesma ao conceito de rede. A variedade de palavras citadas pelos profissionais pode revelar definições que foram construídas por eles em relação à intersetorialidade a partir de suas práticas, ou demonstrar entendimentos tão diversos que resulte em compreensões e fazeres discrepantes pelos profissionais.

Nas práticas cotidianas dos CAPSij da Baixada Santista, a intersetorialidade tem se apresentado de forma fragmentada, semelhante ao que acontece em outros serviços destinados à atenção de crianças e adolescentes. Os dados dessa pesquisa revelam que por mais que ações intersetoriais sejam tidas como extremamente relevantes pelos profissionais dos CAPSij da Baixada Santista, elas geralmente

acontecem de forma pontual e são sustentadas por iniciativas pessoais de alguns profissionais, notando-se um distanciamento entre discurso e prática.

Os profissionais dos CAPSij da Baixada Santista costumam contatar mais o CREAS, em seguida as escolas e o Conselho Tutelar, porém, a partir da literatura, observa-se que em relação aos serviços que mais contatam os CAPSij, as escolas aparecem em primeiro lugar, seguido pelos serviços da Assistência Social.

Os benefícios e desafios abordados pelos profissionais nesta pesquisa são semelhantes aos vivenciados por profissionais de outros CAPSij (SILVA; CID; MATSUKURA, 2018; TAÑO; MATSUKURA, 2019). Isso significa que já existe clareza sobre os empecilhos para a efetivação das ações intersetoriais, provenientes de muitos fatores, dentre eles a contradição de uma prática pautada no paradigma biomédico dentro de serviços que preconizam a atenção psicossocial.

Ao trazer à tona os benefícios e desafios que os profissionais encontram nas práticas intersetoriais, não se pretende negar as dificuldades ou desestimular o investimento em tais práticas. A partir dessa pesquisa buscou-se mostrar que apesar dos obstáculos e embates para sua efetivação, os profissionais demonstram construções cotidianas que têm como princípio norteador a intersetorialidade, mesmo enfrentando resistências e reestruturação de legislações. Dessa forma, ter espaço para as contradições pode ser potente na busca de soluções que por vezes não são simples ou rápidas.

Diante de tais conclusões, não se pode deixar de mencionar que um dos limites da pesquisa com uso do questionário online foi não conseguir explorar mais as respostas trazidas pelos participantes, aprofundando a realidade dos diferentes municípios e as políticas municipais que impactam nas práticas intersetoriais no âmbito da saúde mental infanto-juvenil.

Contudo, a partir das contribuições dos profissionais e das reflexões suscitadas por esse trabalho, compreende-se que a rede intersetorial é feita por pessoas, dessa forma, ela não é simplesmente uma política traduzida em diretrizes, ela é um princípio que norteia uma técnica. Diante disso, o produto técnico elaborado a partir dessa pesquisa teve como premissa essa compreensão e a convicção de que fomentar a discussão desse tema entre os profissionais pode contribuir para a construção de novas redes intersetoriais.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. D. C. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes M.I.(org.) **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999
- AKERMAN, M. et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014
- ARAÚJO, J. P.; Silva, R. M. M.; COLLET, N., NEVES, E.T.; TOSO, B. R. G. O.; VIEIRA, C. S. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, vol.67, n.6, p.1000-1007, 2014
- ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986
- AVELAR, M. R.; MALFITANO, A. P. S. Entre o suporte e o controle: a articulação intersetorial de redes de serviços. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3201-3210, 2018
- BASILE, O; ANDRÉ, S. Al-B. Fábrica de mundos. Ferramentas conceituais para o tratamento das psicoses infantis. In: FERNANDES, M. I. et al. (org.). **Tecendo a rede**. Taubaté: Cabral Ed., 1999
- BERTUOL, C. B.; JURDI, A. P. S. DESLOCAMENTOS E INVENÇÕES NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL. In: Thelma Maria Grisi Veloso; Maria do Carmo Eulálio (org.). **Saúde mental: saberes e fazeres**. Campina Grande: EDUEPB; 2016. p. 77-102
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 fev. 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde [internet]. Brasil: DATASUS; 2008 [acesso em 16 de ago de 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabsp.def>
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde [internet]. Brasil: **Portaria de Consolidação nº 3/2017** [acesso em 03 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao.html>
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde [internet]. Brasil: **PORTARIA Nº 3.588**, DE 21 de dezembro de 2017 [acesso em 21 de dezembro de 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde [internet]. Brasil: **RESOLUÇÃO Nº 32**, DE 14 de dezembro de 2017 [acesso em 21 de dezembro de 2020]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>

CALDAS DE ALMEIDA, J.M. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.35, n.11, p.1-6, 2019

COHN, C. Concepções de infância e infâncias. **Civitas**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 221-244, 2013

COSTA, J. F. **Ordem Médica e Norma Familiar**, São Paulo, Graal, 1979

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, 2008

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 271-279

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

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

CRUZ, N. F. de O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, v.3, p. 1-20, 2020

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

FUNDAÇÃO SEADE. Perfil dos Municípios Paulistas: Região Metropolitana da Baixada Santista, 2021. Disponível em: < <https://perfil.seade.gov.br/>>. Acesso em 01 de março de 2021

GARCIA, G. Y. C.; SANTOS, D. N.; MACHADO, D. B. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.12, 2015

INOJOSA, R. M. Sinergia em política e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cad. FUNDAP**, p. 102-110, 2001

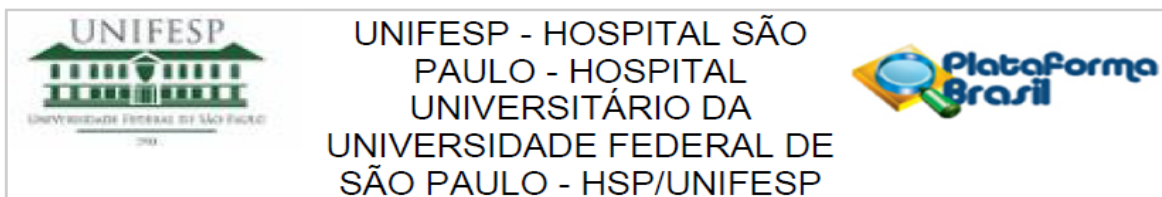
KINOSHITA, R. T. Videoaula: Trabalho em Rede. 2014 [acesso em: setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=P4fXHGjD-VA>

LIMA, Rossano Cabral. Psiquiatria infantil, medicalização e a Síndrome da Criança Normal. **Conversações em Psicologia e Educação**, CRP-RJ, v.1, 2016

- LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p.304-311, 2009
- MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v.16, n. 1, p. 136-142, 2012
- MINAYO, M. C.; Sanches, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.239-262, 1993
- NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.** [online], n.101, p.95-120, 2010
- ROMAGNOLI, R. C. Transversalizando As Políticas Públicas: Quando A Intersectorialidade Se Torna Rizomática. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 22, n. 3, 2017
- SILVA, J. F. da. **Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais da atenção básica e estratégica em saúde mental**. 2016. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016
- SILVA, J. F. da; CID, M. F. B; MATSUKURA, T. S. Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais de um CAPSij. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 329-343, 2018
- SILVA, C. D. da. **Educação: ações intersectoriais em prol da saúde mental infanto-juvenil**. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 2019
- TAÑO, B. L. **Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico**. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014
- TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e os desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, v. 23, n. 2, 2015
- TAÑO, B. L. **A constituição de ações intersectoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico**. 2017. Tese (Doutorado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017
- TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. A construção ampliada do cuidado: atenção às famílias nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 23, p. 51-66, 2017
- TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersectorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, 2019
- VICENTIN, M. C. G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Rev. Ter. Ocup.Univ. São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 10-17, 2006.
- ZANIANI, E. J. M.; LUZIO, C. A. A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 56-77, 2014.



# ANEXO 1



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A compreensão dos profissionais de CAPSi a respeito da intersetorialidade

**Pesquisador:** ANDREA PEROSA SAIGH JURDI

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 26803119.2.0000.5505

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde e Sociedade

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.977.778

#### **Apresentação do Projeto:**

Projeto CEP/UNIFESP n:1340/2019 (parecer final)

Trata-se de Projeto de MESTRADO de CAROLINE CIARDI VARANDA. Orientadora: Profa. Dra. ANDREA PEROSA SAIGH JURDI; Projeto vinculado ao Departamento de Saúde, Educação e Sociedade, Instituto de Saúde e Sociedade, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1482038.pdf, gerado em 1/12/2019)

APRESENTAÇÃO: A política de saúde mental infanto-juvenil inclui em sua elaboração uma rede de atenção e o Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) é um dos serviços dessa rede. Além do objetivo terapêutico, o CAPSi tem o papel de gestor das ações em saúde mental. A garantia do direito à saúde de crianças e adolescentes só é efetivada na interdependência dos setores e no alinhamento das ações entre os mesmos. Diante disso, o objetivo desse estudo é analisar a compreensão dos profissionais sobre as ações intersetoriais realizadas pelos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) localizados nas cidades pertencentes à região metropolitana da Baixada Santista. Para a produção de dados, serão aplicados questionários online

**Endereço:** Rua Botucatu, 740

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-900

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.977.778

|  |                          |                        |                              |        |
|--|--------------------------|------------------------|------------------------------|--------|
| Outros   | Carta_Resposta.pdf       | 07:22:49               | SAIGH JURDI                  | Aceito |
| Projeto Detalhado /<br>Brochura<br>Investigador                    | Mestrado_Caroline_10.pdf | 31/03/2020<br>07:21:20 | ANDREA PEROSA<br>SAIGH JURDI | Aceito |
| Outros   | Declaracao.pdf           | 08/02/2020<br>12:46:02 | ANDREA PEROSA<br>SAIGH JURDI | Aceito |
| Outros   | resposta_avaliador.doc   | 08/02/2020<br>12:42:50 | ANDREA PEROSA<br>SAIGH JURDI | Aceito |
| Outros   | Questionario.pdf         | 08/02/2020<br>12:41:22 | ANDREA PEROSA<br>SAIGH JURDI | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | TCLE_PROFSSIONAIS.doc    | 08/02/2020<br>12:38:39 | ANDREA PEROSA<br>SAIGH JURDI | Aceito |
| Outros   | Folha_CEP.pdf            | 01/12/2019<br>11:21:28 | ANDREA PEROSA<br>SAIGH JURDI | Aceito |
| Folha de Rosto   | Folha_Rosto.pdf          | 01/12/2019<br>11:14:20 | ANDREA PEROSA<br>SAIGH JURDI | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 17 de Abril de 2020

---

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

**Endereço:** Rua Botucatu, 740  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br

Página 05 de 05

# APÊNDICE 1

## A compreensão dos profissionais de CAPSi a respeito da intersetorialidade

Você está sendo convidado(a) a participar e está recebendo neste momento informações sobre a pesquisa intitulada A compreensão da intersetorialidade pelos profissionais dos CAPSi da Baixada Santista.

A pesquisa tem como objetivo analisar a compreensão dos profissionais sobre as ações intersetoriais realizadas pelos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) localizados nas cidades pertencentes à região metropolitana da Baixada Santista, visando a construção de propostas na área de Saúde Mental Infantojuvenil. Esta pesquisa está sendo desenvolvida pela professora Dra Andrea Perosa Saigh Jurdi do Departamento Saúde, Educação e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Campus Baixada Santista, e a mestranda Caroline Ciardi Varanda.

Solicito sua autorização para realização de um questionário online contendo doze questões no qual serão abordados aspectos relacionados às ações intersetoriais realizadas pelos profissionais nos CAPSi, as dificuldades e os benefícios dessas ações e a articulação com outros setores e serviços.

Ressalta-se que esta pesquisa não envolve procedimentos experimentais e, portanto o risco é mínimo. Entretanto, considera-se que qualquer pesquisa que envolve seres humanos pode gerar desconfortos.

Sua participação neste estudo é voluntária e mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para interromper o questionário ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Você pode e deve fazer perguntas para esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa antes de concordar em participar do estudo.

Seu nome será mantido em sigilo e as informações fornecidas não serão identificadas. Tais dados serão analisados em conjunto com os de outros participantes não sendo divulgada a identificação de nenhum (a) deles(as). Os dados, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos. Você será informado (a) sobre os resultados que sejam do conhecimento das pesquisadoras e não há despesas pessoais em qualquer fase do estudo.

Além disso, não há compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa, porém, mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão das ações intersetoriais em desenvolvimento ou que possam ser desenvolvidas pelos CAPSi.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso ao pesquisador responsável para esclarecimento de eventuais dúvidas, na UNIFESP – Campus Baixada Santista – Departamento Saúde, Educação e Sociedade, à Rua Silva Jardim, 136 – Vila Mathias – Santos (SP) – telefone (13) 38783731, ou (11) 99128 0204, e-mail [andreaJurdi@gmail.com](mailto:andreaJurdi@gmail.com). Se houver alguma consideração ou dúvida sobre aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, no endereço: Rua Botucatu, 740, Vila Clementino, São Paulo/SP - CEP: 04023-900. Horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 9 às 12hs. E-mail: [cep@unifesp.br](mailto:cep@unifesp.br). Telefones: (11)-5571-1062; (11)-5539-7162).

**\*Obrigatório**

1. Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações descrevendo o estudo A compreensão da intersectorialidade pelos profissionais dos CAPSi da Baixada Santista. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, o procedimento a ser realizado, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes e durante o mesmo, sem prejuízo. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo

Discordo

2. E-mail \*

---

#### CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

3. Idade \*

---

4. Sexo \*

*Marcar apenas uma oval.*

Feminino

Masculino

5. Formação \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Médico
- Enfermeiro
- Fonoaudiólogo
- Psicólogo
- Assistente Social
- Terapeuta Ocupacional
- Pedagogo

Outro:  \_\_\_\_\_

6. Tempo de Formação \*

\_\_\_\_\_

7. Tempo de atuação no CAPSi \*

\_\_\_\_\_

8. Formação Complementar

*Marque todas que se aplicam.*

- Aprimoramento
- Residência Profissional/Multiprofissional
- Especialização lato sensu
- Mestrado
- Doutorado

Outro:  \_\_\_\_\_

CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA

9. Quais os procedimentos você realiza na sua prática diária? \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Acolhimento
- Entrevista/Anamnese
- Elaboração do projeto terapêutico singular
- Reunião de Equipe
- Trabalhos colaborativos com outros setores
- Atendimentos em Grupo
- Atendimentos individual
- Convivência
- Oficinas
- Atividades de passeio (saídas da instituição)
- Matrciamento

Outro:  \_\_\_\_\_

10. Nos objetivos definidos pela equipe há a previsão que as intervenções acontecem apenas no espaço do serviço ou elas se estendem a outros contextos? (Exemplo: domicílio, escola, comunidade). Por favor, comente. \*

---

---

---

---

---

11. Nos objetivos definidos pela equipe está previsto a interlocução com outros serviços da comunidade (rede informal) que a criança e a família frequentam? Cite alguns. \*

---

12. A equipe que você trabalha realiza ações de matriciamento com outros serviços da saúde? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

13. Se sim, com quais serviços?

*Marque todas que se aplicam.*

Unidade Básica de Saúde

Unidade de Saúde da Família

Núcleo de Apoio à Saúde da Família

CAPS Adulto

CAPS AD (álcool e drogas)

Hospitais Gerais

Outro:  \_\_\_\_\_

#### CARACTERIZAÇÃO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS

14. Como é definida as ações intersetoriais no serviço que você atua? Cite pelo menos quatro palavras para essa definição. \*

---

---

---

---

---

15. Estas ações estão previstas na sua prática profissional? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

16. Qual a frequência que ocorrem as ações intersetoriais? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Quando o CAPSi é requisitado por algum outro serviço

Outro: \_\_\_\_\_

17. Quais são os serviços que a equipe do CAPSi mais contata para desenvolver ações em conjunto?  
Cite pelo menos três. \*

*Marque todas que se aplicam.*

Escolas

Secretaria de Educação

Atenção Básica (UBS/USF/NASF)

SAICA

Conselho Tutelar

CRAS

CREAS

Justiça (Fórum/ Vara da Infância e Juventude/Ministério Público)

Serviços de Reabilitação

Outro:  \_\_\_\_\_



18. Você participa dessas ações conjuntas com esses serviços/instituições? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

19. Descreva as dificuldades encontradas na articulação de ações intersetoriais. \*

---

---

---

---

---

20. Descreva os benefícios que as ações intersetoriais trazem ou trariam para o trabalho no CAPSi. \*

---

---

---

---

---

21. Como você percebe a importância destas ações conjuntas com outros serviços? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Extremamente relevante

Muito relevante

Um pouco relevante

Não muito relevante

Irrelevante

22. Por favor, comente. \*

---

---

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários