

FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO

RITA DE CÁSSIA OLIVEIRA NASCIMENTO

**INTERSETORIALIDADE NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTE: uma análise do conceito no âmbito da
política de 2001 a 2019**

SALVADOR

2021

Rita de Cássia Oliveira Nascimento

INTERSETORIALIDADE NA ATENÇÃO EM SAÚDE
MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTE: uma
análise do conceito no âmbito da política de 2001 a 2019

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Me. Renan Vieira de Santana Rocha

Salvador

2021

Ficha Catalográfica

NASCIMENTO, Rita de Cássia Oliveira

Intersetorialidade na Atenção em Saúde Mental de Crianças e Adolescente: uma análise do conceito no âmbito da política de 2001 a 2019. Rita de Cássia Oliveira Nascimento. Salvador: FLACSO/FPA, 2021.

Quantidade de folhas f.: 96.

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2021.

Orientador: Prof. Renan Vieira de Santana Rocha

FOLHA DE APROVAÇÃO

Rita de Cássia Oliveira Nascimento

**INTERSETORIALIDADE NA ATENÇÃO
EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTE: uma análise do conceito no
âmbito da política de 2001 a 2019**

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Aprovada em:

Prof. Me. Renan Vieira de Santana Rocha
FLACSO Brasil

Prof. Dr. Laionel Vieira da Silva
UFPB

Prof.^a Dr.^a Beatriz Borges Brambilla
PUC-SP

Prof. Me. Pablo Mateus dos Santos Jacinto
UFBA

Resumo

A intersectorialidade tem sido amplamente discutida no âmbito das políticas públicas sem que, contudo, tenha sido formulada uma teoria a seu respeito, a polissemia do termo identificada por diversos autores é mais um motivo para se debruçar sobre ele em pesquisa, principalmente as que possam delimitá-lo a um campo do saber. No âmbito da formulação de políticas públicas para atenção em saúde mental da criança e do adolescente, o conceito de intersectorialidade assume o lugar de princípio em função da condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, que a legislação do Estado brasileiro garante à criança, de modo que a família, a sociedade e o Estado são responsáveis por ela. Este estudo objetivou analisar como a Intersectorialidade tem sido trabalhada no âmbito da Política de Atenção em Saúde Mental Infanto-juvenil (PSMI) a partir de documentos oficiais do Estado e da produção científica da área. Utilizando de metodologia qualitativa através da análise documental de Cellard (2012) aplicada aos documentos oficiais produzidos pelo Estado para fins da PSMI no período de 2001 a 2019 e da análise de conteúdo segundo Bardin (1977), Moraes (1999) e Deslandes, Gomes e Minayo (2010) aplicada a revisão narrativa de literatura por meio da qual estabeleceu-se o percurso metodológico para interpretação dos sentidos da intersectorialidade no campo acadêmico da PSMI. Desse modo foi possível compreender a relação entre teoria e prática da intersectorialidade aplicada a PSMI. O estudo justifica-se perante a exigência da intersectorialidade no estabelecimento da clínica ampliada para a população infantojuvenil e a necessidade de compreender este termo, especificamente neste contexto, evitando a resignificação e perda de sentido do mesmo, além disso, visa contribuir para a formação acadêmica de profissionais que, uma vez submetidos ao paradigma positivista de produção do conhecimento, apresentam dificuldades de adaptação à prática devido a dinâmica complexa da demanda infantojuvenil. Dentre os resultados encontrados destaca-se que a Intersectorialidade para a Área Técnica da Saúde Mental e também para a produção acadêmica sobre SMI é compreendida como uma estratégia de gestão para elaboração, execução e avaliação de políticas públicas por meio da articulação de saberes e fazeres distintos dos setores governamentais, instituições não governamentais, políticas e serviços através do diálogo e da pactuação coletiva do trabalho.

Palavras-chave: Saúde Mental Infantojuvenil; Intersectorialidade; Políticas Públicas; Organização do trabalho em saúde

Abstract

Intersectoriality has been widely discussed in the context of public policies without, however, having been formulated a theory about it, the polysemy of the term identified by several authors is one more reason to look into it in research, especially those that can delimit it to a field of knowledge. In the context of the formulation of public policies for mental health care for children and adolescents, the concept of intersectoriality takes the place of principle due to the peculiar condition of the developing person, which the legislation of the Brazilian State guarantees to the child, so that the family, society and the state are responsible for it. This study aimed to analyze how Intersectoriality has been worked within the scope of the Child and Youth Mental Health Care Policy (PSMI) based on official State documents and scientific production in the area. Using a qualitative methodology through document analysis by Cellard (2012) applied to official documents produced by the State for the purposes of PSMI in the period 2001 to 2019 and content analysis according to Bardin (1977), Moraes (1999) and Deslandes, Gomes and Minayo (2010) applied a narrative literature review through which the methodological path for interpreting the meanings of intersectoriality in the academic field of PSMI was established. In this way, it was possible to understand the relationship between theory and practice of intersectoriality applied to PSMI. The study is justified by the requirement of intersectoriality in the establishment of the expanded clinic for the child-juvenile population and the need to understand this term, specifically in this context, avoiding its reinterpretation and loss of meaning, in addition, it aims to contribute to academic training of professionals who, once submitted to the positivist paradigm of knowledge production, have difficulties in adapting to the practice due to the complex dynamics of the demand for children and youth. Among the results found, it is highlighted that Intersectoriality for the Technical Area of Mental Health and also for academic production on SMI is understood as a management strategy for the development, execution and evaluation of public policies through the articulation of different knowledge and practices government sectors, non-governmental institutions, policies and services through dialogue and collective bargaining.

Key words: Children and Youth Mental Health; Intersectoriality; Public policy; Organization of work in health

Sumário

Introdução	10
Marcos Históricos	14
Dos direitos da infância e da adolescência	14
Da Saúde Mental na infância e adolescência	20
Da intersetorialidade	25
Percursos Metodológicos	30
Análise documental	30
Análise de conteúdo	31
Interpretação das Categorias Temáticas	36
Resgate histórico da infância perante o estado brasileiro.....	36
Doutrina da Proteção Integral: uma mudança de paradigma	42
Saúde Mental Infantojuvenil: direito recentemente adquirido	43
Setores Historicamente Responsáveis Pelo Cuidado à Infância e Adolescência	53
Articulação Intersetorial: a corresponsabilização do cuidado em saúde mental infantojuvenil	62
Análise Documental Acerca da Intersetorialidade na Formulação de uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil	74
III Conferência Nacional de Saúde Mental.....	74
Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.....	75
Portaria nº 1.946, de 10 de outubro de 2003.....	76
Portaria nº 1.608, de 03 de outubro de 2004.....	76
Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012.....	76
Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil	82
IV Conferencia Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.....	83
Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.....	84
Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos.....	85
Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.....	86

Consideração Finais	88
Referência	92

Introdução

O presente texto resulta de pesquisa desenvolvida no âmbito do curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, com financiamento da Fundação Perseu Abramo.

O tema da intersetorialidade das políticas públicas tem ganhado relevância no Brasil sobretudo ao longo dos governos Lula (2002 – 2010) e Dilma (2011 – 2016) em função do modo petista de governar com políticas que integram diversos setores da administração pública em busca de avanços no desenvolvimento social e econômico.

A intersetorialidade no âmbito da saúde mental é um campo de interesse que se construiu durante a graduação em psicologia a partir da inserção no Programa de Ensino Tutorial em Saúde – Rede de Atenção Psicossocial, um programa do governo luta que teve por objetivo inserir estudante de graduação da área da saúde nos serviços do SUS para reorientação da formação em afinidade com a política de saúde as demandas reais de trabalho.

Neste primeiro contato a intersetorialidade estava posta como desafio identificado pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial como um caminho para a integralidade enquanto princípio do SUS. A intersetorialidade na ocasião da Conferência foi estabelecida como diretriz de reorganização do trabalho para o campo da Saúde Mental.

Apesar dos avanços do Movimento da Luta Antimanicomial desde o final da década de 1970 que culminou na aprovação da Lei 10.216/2001 que instituiu a Reforma Psiquiátrica o debate acerca da demanda de saúde mental na população infantojuvenil só foi estabelecida como pauta do Movimento na III CNSM que ocorreu no mesmo ano da promulgação da referida lei.

A população infantojuvenil que só foi considerada legalmente sujeito de direito pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990) ainda tem muito a reivindicar para que a lei se efetive no Brasil. Se por um lado a criança não tinha seus direitos reconhecidos até então, por outro ela foi alvo de diversas e vastas intervenções do Estado. Se não havia internação psiquiátrica de crianças em manicômios de forma tão explícita quanto de adultos, conforme a história da loucura nacional, por outro lado Rizzini e Rizzini (2004) afirmam a existência da cultura da institucionalização da infância num sistema correccional desenvolvido pelo Estado

Brasileiro para combater a pobreza material e moral dos descendentes das raças degeneradas que coabitavam o País, este que buscava avidamente sua civilização e desenvolvimento a altura de suas referências europeias. (CAPONI, 2012).

As intervenções voltadas para a recuperação das crianças empobrecidas, isoladas de suas famílias, resultou em uma série de dispositivos que ao longo dos anos e da redemocratização do país foram reformadas para atender à garantia dos direitos e atualmente são convocados a atuar de forma articulada pela via da ação Intersetorial. Desse modo a intersectorialidade aplicada a saúde mental Infantojuvenil tem especificidades as quais esta análise busca contemplar, levando em consideração a polissemia do termo “Intersetorialidade” e a ausência de uma teoria formulada a respeito.

Partiu-se do seguinte problemas de pesquisa: Uma vez que a intersectorialidade ocupa o lugar específico de fundamento nas políticas públicas em saúde mental para crianças e adolescentes, desde o início do debate no Brasil, seria possível chegar a um consenso sobre o termo, seus objetivos e aplicabilidade entre os formuladores, executores e pesquisadores da área?

O debate acerca da intersectorialidade na produção acadêmica começou a partir da perspectiva de mecanismo potencializador da gestão pública, contudo, assumiu ao longo dos anos sentidos e aplicações diversas, em função de objetivos variados e atores distintos. O leque da intersectorialidade se abriu sem que até o momento fosse formulada uma teoria convergente. Portanto, no campo da saúde mental ações intersectoriais foram e são desenvolvidas de modo pontual, visando atender a demanda de criança e adolescentes, sem, contudo, receber a devida reflexão teórica que caracteriza e potencializa a práxis, portanto, potenciais políticas públicas deixam de ser formuladas possivelmente devido à ausência de suporte técnico, uma vez que academicamente ainda predominam Projeto Político Pedagógicos profundamente enraizados no paradigma newtoniano-cartesiano e biomédico das ciências da natureza. Desse modo, prevalece uma cisão entre a prática representada pela produção dos formuladores da política e a teoria referente a produção acadêmico-científica.

Estabeleceu-se como objetivo principal: Analisar a Intersetorialidade como constructo fundamental da Política de Atenção em Saúde Mental Infanto-juvenil (PSMI) a partir de documentos oficiais do Estado e da produção científica da área.

Trata-se de um estudo que não se pretende neutro, não se trata de uma produção científica abstrata que ousaria supor-se não afetada pela realidade e pelas relações. Uma vez que a suposta neutralidade científica enseja tudo que a atual política de Saúde Mental precisa superar para que se efetive e alcance seus objetivos de garantir a integralidade do cuidado e a proteção da pessoa com transtorno mental.

Como será amplamente discutido no corpo do texto a neutralidade científica serviu historicamente sobretudo no campo das ciência da saúde e das ciências humanas para reforçar estigmas, patologizar problemas sociais e reforçar a exclusão social que reproduz uma sociedade desigual e adoecedora como poderá ser percebido nas contribuições de Duarte (2000).

Especificamente na história da relação da infância com o Estado brasileiro a ciência, sobretudo o racismo científico, esteve a serviço da produção de conceitos amplamente imbuídos de uma visão de mundo específica da classe social dominante, herdado do continente Europeu.

Autores como Paulo Amarante, Irene Rizzini, Maria Cristina Couto e Sandra Caponi ao longo deste texto auxiliam a entender como uma política só pode ser debata para sua implementação considerando sua construção histórica, quais iniquidades sociais busca combater, quais poderes ameaçam sua efetivação.

Como disse Paulo Freire, patrono da educação brasileira, "toda neutralidade afirmada, é uma opção escondida", dito isso expresso que não há neutralidade afirmada neste texto, nem pela referências à luz das quais se dá o processo de análise, a opção é explícita pela garantia dos direitos da pessoa em desenvolvimento em sofrimento mental grave. Algo que só pode ser alcançado pela negação do paradigma da neutralidade e da hegemonia de um modo de produzir conhecimento que não se dispõe a gerar recursos de transformação da realidade. O que qualifica a condição de produção científica é aplicação rigorosa do método, compreendendo que não há um único método possível, optou-se em função do objetivo pela pesquisa qualitativa, devidamente referenciada como poderá ser identificado no segundo capítulo.

Tendo este posicionamento ético-político como norte o trabalho resultou em um texto organizado em quatro capítulos, sendo o primeiro resultante do levantamento de referencial bibliográfico de fundamentação sobre os políticas para a infância, saúde mental infantojuvenil e Intersetorialidade. A segunda parte do texto aborda os percursos metodológicos que levaram aos capítulo três e quatro, sendo o terceiro fruto da interpretação da unidades de registro

conforme metodologia de Análise de Conteúdo segundo Bardin (1977) e Moraes (1999). E o quarto e último capítulo debruça-se sobre os documentos que delineiam a proposta de uma política de saúde mental fundamentada na Intersetorialidade a fim de combater iniquidades e promover o desenvolvimento social, por fim tece-se alguns comentários sobre os dados encontrados a título de considerações finais.

CAPÍTULO I

MARCOS HISTÓRICOS

Dos Direitos da Infância e da Adolescência

Fundamentada no paradigma de exclusão social dos diferentes e socialmente indesejados, a história de proteção a crianças e adolescentes foi marcada pelo isolamento dos chamados “desviantes” e incapazes” em instituições totais. Ao longo dos séculos XVI a XX no Brasil uma série de violências atingiram principalmente as camadas sociais pauperizadas através das políticas realizadas pelo Estado brasileiro. É na luta pelos direitos das crianças e adolescentes que conquistas como o artigo 227 da Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei Federal nº 8069 promulgada em 13 de julho de 1990 - foram alcançadas. (BRASIL 2014a).

Apenas após a constituição de 1988 o direito da criança adquiriu reconhecimento no Brasil. A esta se deve a compreensão vigente sobre crianças e adolescentes como sujeitos de direito como todo ser humano deve ser. Saúde, educação, lazer, convívio social e integridade são alguns destes direitos que devem, portanto, ser assegurados pelo Estado, pela família, os responsáveis e a sociedade em geral. Ou seja, a partir de 1988 entrou em vigor no Brasil a legislação que ficou conhecida como Doutrina da Proteção Integral. (WAQUIM; COELHO; GODOY, 2018).

Apesar do direito social da criança ser uma conquista recente, datam do período imperial medidas adotadas pelo poder público incisivamente voltadas a infância e adolescência, especialmente das famílias pobres. Os primeiros asilos foram construídos a fim de ofertar cuidado e proteção para estas pessoas, todavia, essa prática resultou na institucionalização massiva de crianças carentes. Esta conduta estatal foi reforçada historicamente através do argumento de que era preciso formar bons cidadãos por meio da educação e profissionalização, assim retirava-se a criança e o adolescente do convívio social em território sob a guarda de sua família e mantinham-na em uma instituição total sob a tutela do Estado para fins de disciplinares. (WAQUIM; COELHO; GODOY, 2018).

No século XIX, início da Idade Moderna, com as alterações politicossocioeconômicas causadas pelo capitalismo a infância ganha conceito e torna-se de interesse econômico para a sociedade, portanto, o Estado passa a vê-la como futuro cidadão. (RIZZINI, 2011)

Novos paradigmas estabelecidos pela ciência fazem da infância o meio de salvação da sociedade Brasileira que naquele momento pretendia se civilizar aos modos da teoria eugenista. A criança trona-se o principal meio de intervenção do Estado na instituição familiar. Contudo, isso afetava diretamente as famílias carentes, sobretudo famílias negras e remanescentes da escravidão o que seria ainda mais acentuado ao logo do século XX. (RIZZINI, 2011)

Ainda no século XIX a criança que perdeu sua característica angelical atribuída pela Igreja cujo poder parecia perante a ciência foi transformada em uma ameaça, uma vez que carregava pela via hereditária tudo que se buscava eliminar da sociedade, era a herdeira física e moral dos vícios indesejados para a evolução da espécie. Logo, as raças indesejadas deveriam ser controladas pelo Estado num esforço de civilizar o país, a criança em perigo ou criança perigosa são, portanto, conceitos atrelados às classes sociais onde estavam concentradas as pessoas consideradas de classe inferior, o perigo vinha exclusivamente das classes populares. (RIZZINI, 2011).

Educar a criança para o futuro na prática era a modelagem para submissão de crianças pobres, assim sendo, compreende-se por que se sobressai o setor jurídico-assistencial em detrimento da educação de qualidade. (RIZZINI, 2011).

O discurso de combate a vadiagem que criminalizava negros libertos da escravidão, mas que não tinham empregos nem meios de garantir o sustento e ocupam diversos espaços da cidade buscando alternativas de sobrevivência chamou a atenção para a população que ocupava as ruas, entre estes, crianças e adolescentes em situação de pobreza extrema que acabavam violando o código penal para sobreviver. (RIZZINI, 2011).

O objetivo do Estado nesta época era transformar filhos desses socialmente excluídos, chamados “vadios”, que estavam condenados ao mesmo destino em cidadãos aptos para o trabalho. Embora houvesse uma fachada de ideais científicos e humanitários visava-se ao oposto disso modelar a infância que estava sofrendo de “abandono moral” e material a fim de garantir o exército de produção (trabalhadores) para o capital. Para fundamentar as ações do Estado neste sentido contava-se com o discurso científico. (RIZZINI, 2011).

A legislação pouco se alterou ao longo dos anos no que concerne à infância antes da década de 1990. O Código Penal de 1890 com poucas alterações ao anterior previa a inimputabilidade aos menores de nove anos de idade e a “verificação de consciência” para as pessoas entre nove e catorze anos, a “teoria do discernimento” indicava a necessidade de avaliar a consciência relativa da ação criminosa da criança ou adolescente deixando ao juiz a decisão perante o grau de consciência verificado. (WAQUIM; COELHO; GODOY, 2018).

A Constituição da República de 1891 não apresenta avanços em relação a proteção à infância. Em meados do fim da escravatura o debate girava em torno da disciplina e formação para o trabalho. Nesta época a maioria das crianças brasileiras estavam expostas ao risco de trabalhar exaustivamente em troca de valores ínfimos ou vagar pelas ruas uma vez que as escolas públicas eram reservadas aos filhos das classes mais favorecidas. (WAQUIM; COELHO; GODOY, 2018).

Em 1922 no Primeiro Congresso Brasileiro sobre a infância a opinião social dividia-se entre assegurar direitos ou se proteger dos “menores”. O termo “menor” foi exaustivamente associado a expressões como “delinquente” e “abandonado”, criando um imaginário social de perigo e estado de alerta. Contudo, as discussões acerca do Código de Menores que veio a ser instituído em 1927 causava grande desconforto aos parlamentares que não estavam interessados em abalar as estruturas da sociedade patriarcal brasileira, na qual estava tão bem assentados, estabelecendo uma Lei que interferia diretamente na autoridade familiar representada pelo pai ao permitir maior intervenção do Estado sobre as crianças. (WAQUIM; COELHO; GODOY, 2018).

O mal estar perante o poder do Estado sobre a autoridade patriarcal só foi canalizado após 1937 quando a política de Vargas voltada para a classe trabalhadora, elegeu os pobres como aqueles que são carentes de todo tipo de assistência pública, especialmente as crianças que precisavam ser salvas do meio onde nasceram para ter alguma oportunidade posterior. Os setores da saúde e educação principalmente voltaram sua atenção para gestantes, crianças e adolescentes. (WAQUIM; COELHO; GODOY, 2018).

De acordo com Couto (2012) é preciso compreender no âmbito das políticas sociais o que se constitui enquanto um problema político para demandar ações do Estado. Na história do Brasil no período posterior a abolição e anterior ao ECA o problema político era a pobreza, a infância desvalida de recursos morais e materiais, por tanto, qualquer que viesse a ser a demanda infantil dos ditos “menores”, ou seja, das crianças e adolescentes pobres, era tratada sob a tutela do Estado como uma necessidade de retirar a criança do meio onde se desenvolvia sob a perspectiva da época,

o que implica institucionalizá-las em educandários ou reformatórios uma vez que estes foram, não por acaso, os recursos encontrados pelo Estado para promover seu “desenvolvimento” adequado e adaptação social.

Segundo Rizzini (2011) as principais diretrizes do governo das crianças podem ser sintetizadas em: prevenção (vigiar), educação (moldar), recuperação (reabilitar) e repressão (contenção). Saúde, educação, assistência social e judiciário foram setores amplamente envolvidos nessas intervenções do Estado. Conforme relata Couto e Delgado (2015) um complexo aparato médico jurídico sustentava as ações do Estado, o saber destes mandatos legitimava ações de segregação, marginalização, criminalização e estigmatização da infância.

Sobre esta relação da medicina e do judiciário com a produção do conhecimento para as políticas do Estado Rizzini (2011) alega:

a aparente falta de atrito entre os domínios médico e jurídico deu-se por serem complementares, pois não havia uma criança como objeto que demandava sua intervenção, mas duas. À criança pobre, cujo seio familiar era visto como ignorante, mas não imoral, reservava-se o cuidado médico e o respaldo higienista. À criança que perdera sua inocência (ou encontrava-se em perigo de...), logo pervertida, portanto, criminosa – a Justiça. (RIZZINI, 2011, p. 64).

No que se refere à saúde mental e a competência da medicina uma das primeiras iniciativas da psiquiatria infantil no Brasil foram as ações da Liga Brasileira de Higiene Mental, a partir de 1923, fortemente amparada pelo racismo científico das teorias eugenistas. (COUTO; DELGADO, 2015).

Já no campo jurídico pesava o Código de Menores de 1927 com a Doutrina da Situação Irregular esta condição resultou em, nas palavras do autor: uma legião de crianças e adolescentes que foram retirados da tutela familiar, colocados sob a tutela do Estado e inseridos em instituições totais (internatos, asilos, educandários e reformatórios). (COUTO; DELGADO, 2015, p. 26).

Doutrina da Situação Irregular, analisada a partir da perspectiva atual, ao mesmo tempo que denuncia também gera uma patologia social. Enquanto ela indica a desigualdade social como causa de sofrimento para a infância e adolescência, ao culpar o indivíduo por esta desigualdade e apresentar respostas paliativas para o problema da pobreza alimentou-se o estigma da criminalidade e degeneração da parcela da população que mais sofria pela construção de uma sociedade recém saída do regime de escravidão. As sequelas dessa política podem ser sentidas até hoje, seja pela existência de uma Indústria da Loucura, seja pela apreensão de menores de idade

que na ausência de políticas públicas entram em algum momento de suas vidas em conflito com a Lei. Ao fazer essa retrospectiva da formação das políticas para a infância nota-se que foi o Estado e a Lei que entrou em conflito com a infância empobrecida.

Nesse contexto os possíveis problemas de saúde mental eram considerados efeitos da extrema pobreza. Não há perspectiva sobre múltiplos fatores, apenas um fator, como a pobreza que se fosse contornado extingiria a sintomatologia apresentada no comportamento da criança. Se por um lado as causas dos problemas de desenvolvimento ou deficiência eram situadas no contexto coletivo, como produto do meio empobrecido, por outro a resposta era dada individualmente, institucionalizando a criança afetada. Para causas coletivas, soluções individuais pela via da correção do comportamento de cada um. (COUTO; DELGADO, 2015).

Ressalta-se que a institucionalização de muitas destas crianças não é a do manicômio. Como havia um apelo pela salvação da infância os comportamentos fora do padrão demandavam assistência do Estado, mas em função da ausência de uma política específica para a saúde mental da infância e adolescência não era o discurso da saúde que prevalecia, mas sim da moral e do comportamento. A institucionalização era a do reformatório, ou seja, havia uma perspectiva de modelagem, diferente do adulto louco que geralmente era tratado como descartável para a sociedade a criança poderia ser produtiva se corrigida cedo. Portanto, Reforma Psiquiátrica brasileira, cujo marco legal é a Lei 10.216/2001 não significa para a criança a superação do modelo asilar, uma vez que o hospital psiquiátrico não foi aplicado a elas com regra diferente dos outros modelos asilares já citados. (RIZZINI, 2011; COUTO; DELGADO, 2015).

Todavia, como afirma Arbex (2013) em um hospital-colônia aprisionava-se todos os socialmente indesejáveis e marginalizados, desde mulheres que engravidaram antes do casamento e tiveram seus filhos dentro da própria colônia, pessoa com diagnósticos que de fato estavam em sofrimento mental devido ao transtorno e posteriormente presos políticos no período da Ditadura Militar, qualquer um que incomodasse a ordem vigente, inclusive crianças abandonadas nas proximidades do lugar.

De tal modo apesar da ausência de registros sistemáticos sobre a entrada de crianças e adolescências em manicômios, pesquisas a exemplo da citada Arbex (2013) comprovam que estes espaços também serviram à segregação da infância e adolescência desviante dos padrões impostos pelo discurso médico-jurídico e moral das classes dominantes. As políticas pós-redemocratização

são marcadas pela redefinição das funções do Estado, portanto, comprometidas no combate às iniquidades sociais agravadas no período da ditadura militar. (COUTO; DELGADO, 2015).

Foi apenas no início do Século XXI que começou a surgir o esboço da política de saúde mental para crianças no Brasil. Ações do Estado através da assistência social ou educação quando abordavam esta parcela da população eram voltadas para a correção, controle e disciplina, até então não havia na forma de política uma abordagem clínica para as demandas de saúde mental. No caso das crianças e adolescentes como transtorno ou evidente sofrimento mental grave predominava a ausência de cuidados em saúde mental, geralmente, ficavam desassistidas ou eram institucionalizadas por outros setores fora da ação psiquiátrica. (COUTO, 2012).

Dois eventos marcam a construção social da política de saúde mental para infância e adolescência: a Convenção Nacional sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989) e a Promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) no Brasil. Estes marcos históricos delimitam a mudança de paradigma sobre a infância, a criança passa a ser compreendida como sujeito de direito e pessoa em condição de desenvolvimento, portanto, não cabe mais na ideia de futuro cidadão cuja função do Estado era moldar para o mercado de trabalho. (WAQUIM; COELHO; GODOY, 2018).

O ECA se opõe a antiga condição jurídica dos “menores” e estabelece que toda criança e adolescente é sujeito de direito, sujeito psíquico em condição de desenvolvimento, que pode e deve ser ouvida e é capaz de falar algo de si mesma. (COUTO; DELGADO, 2015).

Este momento político suscitou condições simbólicas e objetivas para o surgimento da política. Se os marcos legais por si só não alteram a realidade sem eles tão pouco isso seria possível. Não havia até então no Brasil o consenso social quanto ao sofrimento mental da criança e do adolescente. Foi justamente a partir da mudança de paradigma, do estabelecimento do direito da criança como sujeito que o seu sofrimento passou a compor o debate. Crianças partilham a condição humana e como tal estão sujeitas ao sofrimento psíquico e quando este sofrimento se torna insuportável elas têm direito de receber cuidados adequados em território, sem que nenhum outro direito seja negligenciado perante esta condição. Isso convoca a responsabilidade do Estado brasileiro e da população para o cuidado a partir da construção de políticas públicas para tal. Fato concretizado apenas a partir de 2001. (COUTO; DELGADO, 2015).

A Lei 10.216 de 2001 elevou a política de saúde mental ao patamar de política de Estado, esta tem por princípio a de defesa dos direitos dos cidadãos com transtorno mental. A ampliação

do debate junto com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental também em 2001 suscitou novas questões para o campo como o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, algo até então desconsiderado no debate público, uma vez que esta parcela da população estava submetida a práticas corretivas a parte das instituições de saúde mental. (COUTO; DELGADO, 2015).

Foi o advento da política de saúde nos moldes do SUS juntamente com o ECA que trouxe bases e fundamento político e governamental para o debate da saúde mental infanto-juvenil. Não ser formulada a política no âmbito da saúde, considerando as diretrizes do sistema e os direitos da infância e adolescência assegurados pelo ECA duas estratégias foram elencadas como prioridade: o CAPSi e a intersetorialidade. (COUTO, 2012).

A intersetorialidade é uma estratégia para a articulação da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência como a educação, assistência social e justiça desde a formação do Estado brasileiro até o final do século XX. (COUTO; DELGADO, 2015).

Percebe-se que o discurso do Estado sobre a infância foi forjado (assim como o da loucura) na intersecção entre a medicina e o judiciário e desde os primórdios das ações estatais sobre esta parcela da população, estas foram operacionalizadas por uma frente ampla de setores, além dos já citados, a exemplo da prevenção (vigiar), responsabilidade da segurança pública, bem como a repressão, a educação no que compete a moldar para o mercado de trabalho e a “recuperação” que é uma missão da socioeducação. (RIZZINI, 2011).

Da Saúde Mental na Infância e Adolescência

A história psiquiátrica do Brasil começa com a criação do Hospício Pedro II, inaugurado em 1852, abrindo as portas para o surgimento de instituições similares espalhada pelo país, quase 150 anos de implantação de hospitais psiquiátricos para assistir às pessoas com problemas mentais. Em 1890 com a Proclamação da República o hospício passou a ser dirigido legalmente pelos médicos, nessa época foi criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados e a partir de então foram instituídas dezenas de colônias agrícolas fundamentadas na *laborterapia* como forma de efetivar o tratamento moral. (AMARANTE, 2008).

Soma-se a isso outro fator agravante a partir das décadas de 40 e 50, o processo de privatização da assistência médica da previdência social, aumentando exponencialmente o número de leitos psiquiátricos no Brasil, devido a isso cerca de 97% dos recursos financeiros destinados a psiquiatria eram consumidos no custeio de internações hospitalares, restando apenas 3% para atividades assistenciais fora do hospital. (AMARANTE, 2008).

Seria incoerente abordar o tema da saúde mental sem um breve resgate da história da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira que tanto contribuíram para o conceito de Integralidade e Intersetorialidade.

Para melhor compreender o processo que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira adotar-se-á a divisão didática, em três momentos, proposta por Amarante (1995) que permite vislumbrar o contexto histórico, político e ideológico que perpassa a mudança de perspectiva no âmbito da Saúde Mental.

O primeiro deles caracteriza a origem do movimento, relacionado a luta pelo fim da ditadura militar, época fortemente marcada pelo desejo nacional de democracia, se dá no fim da década de 1970, período em que o país começava a se desfazer das amarras da censura e a exigir melhores condições de vida e trabalho. (AMARANTE, 1995).

Nesse percurso dois movimentos destacam-se na reivindicação de Políticas Públicas em Saúde. O primeiro deles é o Movimento da Reforma Sanitária lutavam pela proposta da Saúde Coletiva e de qualidade e por um modelo de saúde acessível e popular. O segundo é o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental/ MTSM, que denunciava os abusos que ocorriam nos manicômios no contexto da ditadura militar, destacando sua utilidade como centros de tortura e prisão política nas últimas décadas. A partir disso questiona-se a real eficácia desse modelo de tratamento existente nas instituições psiquiátricas. (AMARANTE, 1995).

A Reforma Psiquiátrica começa a se formular no contexto da redemocratização nacional, na luta pelo fim da ditadura nos anos 1970. No fim dessa década, 1978, médicos denunciaram maus-tratos e violação dos direitos humanos nos hospitais da DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental – vitimando pacientes internos e presos políticos, a demissão destes médicos pelo Ministério da Saúde deu origem a uma onda de manifestações que resultaram na demissão de outros 260 profissionais, surge assim o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM. (AMARANTE, 2008).

O final da década de 1980 foi de grandes avanços para a Reforma, em 1988 foi promulgada a nova constituição federal com um capítulo dedicado à saúde fundamentado nas diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Seguida da implantação do SUS com a Lei 8.080 de 1990 e sua proposta de descentralização estabelecendo que as instituições e políticas de saúde passem a ser responsabilidade também do município. (AMARANTE, 2008).

O terceiro momento refere-se à consolidação do passo mais importante da Reforma: a legitimação da desinstitucionalização; O II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru em 1987 estabelece o lema ‘Por uma Sociedade sem Manicômios’, este torna-se um dos motivos pelos quais o movimento pela reforma se afastou dos sanitaristas, visto que estes assumiam uma postura *institucionalizante* e pouco atenta à singularidade do sujeito em sofrimento. (AMARANTE, 1995).

No campo da Saúde Infantil o ECA preconiza a prioridade ao atendimento de crianças e adolescentes em todas as unidades de saúde, como sujeitos de direito, que deve ter sua singularidade acolhida e respeitada, bem como todos os demais princípios e diretrizes do SUS são aplicáveis a uma demanda infantil. (BRASIL, 1995; BRASIL, 2014b).

Uma das propostas mais avançadas no contexto do SUS foi o PL Paulo Delgado que planejava a progressiva extinção dos manicômios, só foi sancionado como Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 após se desfazer da proposta principal, tornou-se popularmente conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. (AMARANTE, 2008).

Na Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental estabeleceu-se que deve ser prioridade da saúde pública a implantação de políticas de saúde mental e a construção da rede de atenção integral em saúde mental na qual o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é a unidade de referência no cuidado. (BRASIL, 2002a).

No entanto, a Rede de Atenção em Saúde Mental como estratégia substitutiva ao manicômio só foi regulamentada em 2011, oferecendo serviços integrados às pessoas com sofrimento/transtorno mental e/ou decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas, através da portaria de nº 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Dentre estes serviços na Atenção Psicossocial Especializada conta-se com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades: os CAPS podem ser de tipo I, II, III, prestando atenção especializada a pessoas com transtorno mental grave; do tipo CAPS ad e CAPS

ad III (24h), voltado para usuários abusivos de substâncias psicoativas ou que apresentam quadro de comorbidade (uso de drogas associado a transtorno mental); e do tipo Infanto-juvenil (CAPSI) para crianças e adolescentes (até 18 anos) com transtorno e/ou uso prejudicial de drogas. (BRASIL, 2011).

A política brasileira de saúde mental é reconhecida internacionalmente pelos critérios de participação e controle social fundamentados no SUS; democratização do sistema por meio das conferências e conselhos de saúde; e pela pluralidade de experiências assistenciais e culturais. (AMARANTE, 2008).

Com a Reforma Psiquiátrica os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) são instituídos como lugar de referência para o acolhimento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental no âmbito do SUS, cujo objetivo é ofertar atendimento por equipe multidisciplinar em liberdade, no território e convivendo em sociedade. (BRASIL, 2004; AMARANTE, 2007).

Ressalta-se ainda que a reforma psiquiátrica enquanto processo implica movimento e renovação. É preciso desconstruir e reconstruir conceitos que fundamentam as ciências psiquiátricas como o termo transtorno mental como perda da razão, um herdeiro dos termos alienação e doença mental. Além disso, faz-se necessário reverter o modelo assistencial baseado na tutela do “incapaz” e “perigoso” de alguém que fugiu a norma e deve voltar a submeter-se a ela. (AMARANTE, 2008).

Desde a IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial em 2010 e com a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011 o debate avançou para a construção de redes intersetoriais, uma vez que era consenso a compreensão de que a saúde é vasta e relacionada a diversos condicionantes e determinantes sociais e, por tanto, outros setores do Estado e da sociedade civil organizada precisavam integrar o debate e construir ações articuladas para o cuidado do sujeito enquanto ser biopsicossocial, histórico e espiritual. (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; CAMPOS, 2014).

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, instituída pela Portaria nº 3.088/2011 é composta pelos dispositivos substitutivos ao manicômio, estabelece diretrizes que norteiam o trabalho em Atenção Psicossocial fundamentando-se em princípios básicos como o respeito aos direitos humanos e a garantia da autonomia e liberdade dos usuários. (BRASIL, 2011).

Além disso, os serviços que integram a rede se orientam por uma organização de forma integrada e regionalizada, fomentando ações no território por meio da Intersetorialidade na prevenção e promoção de saúde, e atua na perspectiva de redução de danos nos casos de uso abusivo de substâncias psicoativas. Oferece cuidado integral e interdisciplinar e promove a participação e controle social dos usuários e seus familiares. Investe em promoção de mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde, bem como na produção e divulgação de informações sobre os direitos das pessoas e dos serviços disponíveis na rede. (BRASIL, 2011).

A RAPS constitui-se de sete instâncias do cuidado em saúde são elas: I - Atenção Básica em Saúde; II- Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização e VII - Reabilitação Psicossocial. Em cada componente desse há serviços especializados que são os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial. (BRASIL, 2011).

Um CAPSi, tem a função de acolher as crianças e adolescentes em sofrimento mental, ou seja, o público alvo desta pesquisa, ele deve atuar necessariamente na lógica territorial, considerando que o cuidado deve ocorrer em ambiente comunitário, de forma integrada à cultura local, e articulada com o restante das redes de cuidados em saúde e, além disso, lançar mão de serviços e dispositivos não-sanitários que possa encontrar na sua área de atuação. (BRASIL, 2014b; AMARANTE, 2008).

No que concerne às políticas destinadas às crianças e aos adolescentes, há que se observar o princípio da proteção integral e a necessidade de que todos os serviços e pontos de atenção disponíveis na rede façam o acolhimento das necessidades e as devidas intervenções para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dessa população. Caso a região de saúde conte com serviços específicos para crianças e adolescentes, preferencialmente estes deverão ser o ponto de referência para a atenção. Pode-se ampliar a dimensão desse mandato da saúde compartilhando com atores intersetoriais a participação no desenvolvimento de ações que visem à produção de saúde integral e à responsabilidade por outras estratégias e serviços que as complementem, bem como fortaleçam e assegurem as garantias de proteção e de direitos. (BRASIL, 2014b, p. 19-20).

Cabe pontuar, portanto, que neste contexto de construção da política de saúde mental, conforme alegam Couto e Delgado (2015), o CAPSi foi instituído para além de serviço clínico preparado para atender casos graves de sofrimento mental, contudo, também deve ser ordenador do território de referência para a conexão da rede de serviços que dará suporte à integralidade da demanda. De tal modo a existência do CAPSi está fundamentado em dois pilares, um clínico e outro de gestão do cuidado. Pensar o CAPSi como serviço especializado para atuação no caso

individualizado restringe sua potência e restringe a política. Trata-se de um dispositivo estratégico para operacionalização da rede e indispensável para efetivação do cuidado. (COUTO; DELGADO, 2015).

Entretanto, em sentido oposto a este projeto de saúde coletiva que estava sendo implementado pelo Estado Brasileiro o atual governo eleito em 2018, lançou uma Nota Técnica em 2019 para Esclarecimentos sobre as Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, a Nota altera a portaria da RAPS e inclui o hospital psiquiátrico (manicômio) como integrante da Rede que foi projetada para substituí-lo. O modelo hospitalocêntrico volta a ser endossado pelo Estado fortalecendo a estigmatização da pessoa com problemas de saúde mental. (BRASIL, 2019a).

Também em 2019 o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, publicou um estudo sobre suicídio e automutilação entre jovens, o documento no formato de cartilha, direciona-se às famílias e a educação das crianças tirando o debate do âmbito da saúde coletiva e retomando a lógica individualizante que culpabiliza a pessoa em sofrimento como única a responsável por seu estado de saúde. (BRASIL, 2019b).

Da Intersetorialidade

Akerman et al. (2014) trabalha a polissemia do termo intersetorialidade e conclui que não existe uma teoria formulada sobre o mesmo que lhe atribua status de marco de análise em política pública, no entanto, propõe um roteiro exploratório para ampliar a produção científica sobre essa dimensão imprescindível para as ciências políticas e sociais de modo a compreender seu sentido dentro das especificidades de cada pesquisa:

nos atrevemos a sugerir um roteiro exploratório que indique um “o que” – das arquiteturas; um “como” – das metodologias; um “com quem” (“para quem” e “por quem”) – dos atores; um “para que” – das intencionalidades; e um “porque” – dos paradigmas. Este caminho poderia redundar num possível conceito operacional em que intersetorialidade seria definida como um modo de gestão (o que) desenvolvido por meio de processo sistemático de (como) articulação, planejamento e cooperação entre os distintos (com quem) setores da sociedade e entre as diversas políticas públicas para atuar sobre (para que) os determinantes sociais. (AKERMAN, *et al.*, 2014, p. 4294).

A Intersetorialidade enquanto ferramenta para as políticas públicas é fruto da luta por garantia de direitos sociais e do processo de redemocratização pós-ditadura, como uma resposta pela via da gestão para construção de ações e serviços mais integrados com intuito de superar a

fragmentação gerada pela divisão do trabalho em setores. Na área da Saúde Mental especificamente fica estabelecido a partir da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial que todo o trabalho deve ser desde então reorientado buscando a garantia da equidade e a promoção de saúde a partir de ações intersetoriais envolvendo gestão pública somada a dispositivos do território. (BRASIL, 2010; JUNQUEIRA, 1997; AMARANTE, 1995).

O Brasil possui uma estruturação governamental hierárquica e setorizada, o governo federal se divide em ministérios e as instâncias estaduais e municipais em secretarias, esse modelo organizacional contempla as especializações do saber e deixa a desejar no que se refere aos serviços prestados à população, de modo que ao realizá-los separadamente os problemas sociais são vistos pelo Estado de forma fracionada. Como não poderia ser diferente o setor Saúde também sofre as consequências desse modelo que é um empecilho na efetivação do atendimento integral aos usuários do SUS. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997).

A Intersetorialidade nas políticas públicas se constitui como resposta para garantir na prática aquilo que a interdisciplinaridade vem buscando contemplar no campo do saber, quando se trata da saúde pública ela é um meio de alcançar a integralidade como diretriz do SUS. (SCARCELLI; ALENCAR, 2009).

Intersetorialidade é aqui entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social. (...) a intersetorialidade não é um fim e nem irá, por si, promover o desenvolvimento e a inclusão social, mas é um fator de sua viabilização enquanto ação do Estado. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 24).

O reconhecimento de que as necessidades humanas precisam ser consideradas em sua complexidade tem guiado os passos rumos às políticas intersetoriais. A Intersetorialidade é a transcendência do setor saúde na busca por uma sociedade saudável que por sua vez é o reflexo da inter-relação de fatores humanos, sociais, políticos, econômicos e culturais, tais fatores assumem conjunturas específicas em cada região, portanto uma sociedade mais ou menos saudável será o resultado de como os setores do Estado se articulam para atender as demandas que se apresentam.

Nessa perspectiva, é interessante ressaltar que a intersetorialidade não é um conceito que engloba apenas as dimensões das políticas sociais, mas também a sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura, ambiente, que também determinam a sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais. (JUNQUEIRA, 1997, p. 37).

Nesse sentido a lógica intersetorial só se torna efetiva em sua atuação quando se fundamenta na singularidade do território sujeito da intervenção, portanto fazem-se necessário conhecê-lo bem e a partir disso identificar as demandas para articular junto à população as possibilidades de solução. (JUNQUEIRA, 1997).

Com o mesmo espírito militante que impulsiona mudanças na área da saúde desde a década 1970 o Movimento da Luta Antimanicomial no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial estabelece que a partir de sua publicação a Intersetorialidade deverá redirecionar completamente a prática do campo da saúde mental, e

garantir a estratégia interssetorial da atenção psicossocial como ordenadora da Rede, com o estabelecimento do planejamento e gestão centrados em módulos territoriais interssetoriais, compostos por um conjunto de serviços e/ou dispositivos com perfis diferenciados e complementares, conforme as realidades locais. (BRASIL, 2010, p. 23)

No que se refere às políticas sociais e gestão interssetorial “expressa forte suporte nos princípios da equidade, da inclusão, da integralidade, da solidariedade e da participação ao deliberar as propostas para as políticas sociais e gestão interssetorial”. (BRASIL, 2010, p. 44). O relatório apresenta as seguintes propostas referentes ao trabalho na gestão interssetorial:

Devem ser implementadas nas três esferas de governo e do Distrito Federal, políticas públicas interssetoriais e inclusivas para atendimento aos usuários de saúde mental, às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, à população de rua e às vítimas de violência, articulando e integrando as ações dos Poderes Públicos e da Sociedade Civil Organizada nos âmbitos da saúde, educação, assistência social, cultura (disponibilizar recursos para incentivar a cultura local, potencializando as vocações de cada município), habitação, trabalho (por meio das cooperativas de geração de renda, incubadoras e iniciativas de economia solidária), agricultura, desenvolvimento social, esporte, lazer e turismo. Estas políticas devem garantir a prevenção, promoção e reabilitação psicossocial, pautadas nos princípios constitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), da Política Nacional de Direitos Humanos, Reforma Psiquiátrica e demais Políticas Interssetoriais. Devem ser políticas que estimulem a construção de redes interssetoriais e interdisciplinares para grupos vulneráveis, que respondam às necessidades e respeitem às singularidades das pessoas em sofrimento psíquico, assim como garantam a inserção social através da criação de mecanismos de autogestão. (BRASIL, 2010, p. 45).

Os problemas para efetivação do SUS estão enraizados no próprio sistema capitalista que rege a sociedade pregando o individualismo, a fragmentação do trabalho e a padronização dos seres humanos, portanto, os desafios para fazer coexistir um sistema de saúde que tem como princípios a equidade, a universalidade e a integralidade articulado aos diversos setores do governo, em ações territorializadas com participação popular significa um intenso

comprometimento dos trabalhadores do SUS com a busca por soluções, mesmo que pontuais, para lidar com as complexas demandas de saúde. (SCARCELLI; ALENCAR, 2009).

Em se tratando especificamente do cuidado ofertado às crianças a intersectorialidade já prevista na Constituição Federal é reafirmada no Estatuto da Criança e do Adolescente que lhes assegura proteção integral e o lugar de sujeito de direitos a quem deve ser voltada atenção prioritária tanto no pronto socorro em saúde, quanto na formulação de políticas públicas. (BRASIL, ECA, 1995).

Neste sentido afirma-se:

a partir da noção de clínica ampliada e da complexidade das intervenções em saúde mental, álcool e outras drogas, é fundamental a construção cotidiana de uma rede de profissionais, ações e serviços para a garantia do acesso de crianças, adolescentes e jovens aos cuidados nesta área. Neste sentido, é imprescindível a convocação dos atores intersectoriais, sem os quais não será possível uma resposta potente aos problemas de saúde mental, álcool e outras drogas apresentados pela citada população. (BRASIL, 2014a, p.25).

Contudo, no contexto da política de saúde mental da criança e do adolescente a intersectorialidade não aparece no lugar da constatação de um fracasso por parte da gestão no combate às iniquidades sociais, antes disso, ela é um fundamento e ponto de partida para qualquer ação voltada para a criança mediante sua condição peculiar de sujeito em desenvolvimento, compreende-se que a criança está sob tutelas diversas, além da família, a sociedade e todas as instituições do Estado são responsáveis por ela, sua rotina está dividida no mínimo entre a casa e a escola, mas no caso da existência do sofrimento mental a saúde, a assistência social e frequentemente representações do judiciário são envolvidas no cotidiano de modo que a intersectorialidade é uma exigência para o estabelecimento da clínica ampliada. (COUTO; DELGADO, 2010; COUTO 2012).

Neste sentido Couto reafirma:

de forma contrária ao processo de muitas outras políticas públicas, a intersectorialidade é uma exigência de primeira hora e não consequência dos efeitos frustrados de estratégias iniciais, porque, além de ser o caminho para superar a dispersão setorial anteriormente vigente, representa, no caso brasileiro, a real possibilidade de existência de redes de cuidados nos diferentes contextos e regiões do país. (COUTO, 2012, p. 111)

A política de Saúde Mental para infância e adolescência já foi instituída a partir da estratégia intersetorial considerando que não seria possível implantar dispositivos de atenção especializada em todo território a curto prazo, mas também por buscar transformar em potência de cuidado a vasta rede, existente em todo território nacional, de serviços historicamente envolvidos na assistência à infância. Recomenda-se inclusive, que nas cidades onde não há CAPSi é preciso articular os recursos intersetoriais da cidade. Todo cuidado ser municipalizado em função da proximidade com as crianças e com o território. (COUTO, 2012).

Portanto a intersetorialidade é complementar ao CAPSi, deve funcionar como continuidade do cuidado agregando serviços cuja função social é indispensável para a saúde integral da criança e do adolescente, no âmbito da política, o CAPSi não foi pensado para trabalhar isoladamente, antes sim como um articulador da rede intersetorial em função dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de sua clientela. (COUTO, 2012).

Trata-se de uma política de colaboração e corresponsabilização para que se construam redes de cuidado, todavia, faz-se necessário a compreensão por parte dos gestores municipais sobre a política com a clareza da função do CAPSi e o devido respaldo para que este seja gestor do cuidado perante as pontas da rede que devem ser conectadas, sempre a partir da complexidade e da singularidade das demandas. (COUTO, 2012).

Dito isto e em coerência com esta perspectiva de intersetorialidade enquanto diálogo, movimento, conexão e criatividade o presente trabalho busca analisar como o conceito tem sido reproduzido na produção acadêmica do campo da saúde mental da criança e do adolescente, bem como das políticas públicas da última década.

CAPÍTULO 2

PERCURSOS METODOLÓGICOS

O percurso metodológico adotado para realizar este estudo insere-se nos pressupostos teóricos da abordagem qualitativa, uma vez que esta pesquisa se ocupou de aspectos do conhecimento e atuação política humana, e estas fontes não poderiam ser reduzidas a uma dimensão quantificável sem com isso perder uma significativa parcela de informações (DESLANDES; GOMES; MIANYO, 2010).

O levantamento foi realizado em duas etapas uma vez que os materiais analisados são de naturezas distintas. A primeira etapa consiste na coleta e análise de dados primários referentes a compreensão dos gestores e demais formuladores de políticas públicas no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil, para isto foi utilizado o método de análise documental proposto por Cellard (2012).

A segunda etapa referente a coleta de dados secundários foi realizada por meio da revisão narrativa de literatura e análise de conteúdo segundo Bardin (1979) e Moraes (1999). A partir dos conceitos atribuídos a Intersetorialidade nos documentos oficiais do Estado e dos sentidos extraídos da produção acadêmica buscou-se verificar a existência ou ausência de uma compreensão em comum entre formuladores, executores e pesquisadores da política de saúde mental infanto-juvenil acerca do conceito Intersetorialidade.

Análise Documental

O documento dá testemunho das atividades realizadas e acrescenta a dimensão temporal à compreensão do contexto político, deste modo é possível apreender o processo de construção e evolução do conceito, esta característica da análise documental torna possível observar eventuais alterações na compreensão do termo Intersetorialidade ou nas designações de aplicabilidade do mesmo a partir da perspectiva dos atores sociais, uma vez que o método elimina grande parte da influência do pesquisador sobre os dados coletados. (CELLARD, 2012).

O *corpus documental* é composto por textos escritos publicados oficialmente pelo Estado Brasileiro veiculados na internet em site oficial e/ou impressos, no período de 2001 a 2019 cujo direcionamento é a atenção em saúde mental infanto-juvenil. O critério temporal foi

estabelecido para tais documentos em função da promulgação da Lei 10.216/2001 que instituiu a política de atenção em saúde para pessoas com transtorno mental.

A análise documental segundo Cellard (2012) depende da aplicação de cinco critérios sobre os textos, são eles: *o contexto* e origem social dos escritos; a identificação dos *autores* e seus interesses, inclusive ideológicos; a comprovação de *autenticidade e confiabilidade do texto* e dos fundamentos de sua produção; a *natureza do documento*; e a atribuição do sentido original de acordo com o texto aos *conceitos-chaves*, bem como análise da estrutura textual a qual denominou *lógica interna do texto*.

Análise de Conteúdo

A análise de conteúdo na pesquisa qualitativa a partir do modelo proposto por Moras (1999) como também por Deslandes, Gomes e Minayo (2010) objetiva explorar o conjunto das representações sobre o tema, neste sentido a pesquisa busca o que está além do conteúdo manifesto nas mensagens para alcançar seu sentido a partir da inferência do pesquisador.

Para Bardin (1979) uma das maiores expoentes do método, este trata-se de:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. (...) A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção) inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). (BRADIN, 1977, p. 38).

De acordo com Moraes (1999) há duas abordagens da Análise de Conteúdo: uma radicalmente positivista voltada para a pesquisa quantitativa que ele classifica como: *Dedutiva-Verificatória-Enumerativa-Objetiva*, na qual a teoria precede a análise; Outra, pela qual optou-se para fins desta análise de cunho qualitativo a qual o autor classificou como: *Indutiva-Generativa-Construtiva-Subjetiva*, nesta busca-se a compreensão do fenômeno investigado através da apreensão da mensagem subjacente ao texto.

Nesta perspectiva a teoria é alcançada a partir da compreensão do fenômeno. A priori considera-se os dados para elaborar as categorias de análise. O rigor científico é construído a cada etapa, enquanto processo metodológico. De modo que a teoria emerge da análise. Esta abordagem não objetiva a generalização de resultados ou testagem de hipótese. Ou seja, não necessariamente parte de uma hipótese, antes sim de um problema de pesquisa.

As categorias foram construídas durante a análise usando a leitura e perspicácia para atender aos objetivos propostos. A partir da consideração dos objetivos partiu-se para análise do material em várias etapas conforme explanado a seguir, buscando não apenas o conteúdo manifesto, mas também o latente, uma vez que, conforme esta abordagem, tão relevante quanto o que o sujeito disse é o que o sujeito quis dizer.

Passo-a-passo do método

Pré-análise:

No que se refere a coleta dos dados foi realizada uma revisão narrativa de literatura, de acordo com Rother (2007), a revisão narrativa é uma categoria de levantamento científico de dados a partir dos resultados de pesquisas realizadas por outros autores, disponibilizados publicamente por meio de bibliografia impressa ou virtual. Possuem caráter amplo e são apropriadas para compreender teoricamente o processo de construção ou “estado da arte” de um tema específico.

A busca destes dados foi efetuada através do portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), um programa Cooperativo do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (Bireme) que agrega diversas bases de dados. Contudo, o mesmo procedimento foi reproduzido nos portais Scielo, Lilacs e Pepsic apesar de todos estarem vinculados a BVS, uma vez que há divergências no resultado da busca em função da aplicação dos descritores nas plataformas, por tanto, a fim de não perder o acesso a dados disponíveis a busca foi ampliada aos demais portais. Para a busca combinou-se os descritores: Saúde Mental, Infantojuvenil Intersetorialidade. Para truncagem utilizou-se o símbolo asterisco (*) à direita das palavras: infan*, adolescen* e intersetor*. O operador booleano AND foi utilizado para recuperar artigos contendo os três termos e OR para variações como Atenção Psicossocial em lugar de Saúde Mental, em referência à política. Gerou-se expressões de busca como: Saúde Mental OR Atenção Psicossocial AND infan* AND intersetor*.

Por fim recorreu-se ao mecanismo "busca avançada" para adicionar os filtros: artigo, texto disponível completo, língua portuguesa, período de 2001 a 2019. Entre as diversas combinações dos termos de busca foram encontrados 52 artigos no portal BVS, 16 no Lilacs e 16 no Scielo, nenhum artigo encontrado no portal Pepsic. Após primeira observação, exclusão dos textos duplicados e leitura dos resumos restaram 38 que abordavam os três pontos centrais desta análise: saúde mental, intersectorialidade e infância. Destes após leitura completa do texto e observando o critério de pertinência em relação aos objetivos do estudo restaram 13.

Unitarização

Com os treze artigos restantes em mãos partiu-se para a exploração do material efetuando a leitura aprofundada para identificar as unidades de análise, ou seja, as mensagens destes textos que se relacionavam com os objetivos propostos. Nesse ponto emergiram os primeiros esboços de categorias.

Para a categoria “Ação Intersetorial” foi atribuído o código C5AI, em seguida enumerou-se as vezes que a unidade de registro aparece, como se trata de uma análise temática significa enumerar as vezes que o “assunto” ação intersectorial foi abordado no corpo de dados. Esses trechos foram em seguida recortados e reagrupados sob a expressão “Ação Intersetorial” que nomeia a categoria.

Organização e tratamento dos dados

Nesta etapa foi realizada a categorização propriamente dita: Agrupou-se todas as unidades de contexto (recortes) que estavam em sintonia com os objetivos da pesquisa; Criou-se “etiquetas” e definiu-se títulos para cada categoria; Verificou-se os critérios para a criação de etiquetas: Exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidedignidade e produtividade.

Descrição

Para nomear e descrever as categorias optou-se pelo uso de uma expressão que abrangesse a ideia predominante da mesma e uma breve explicação, complementar ao conceito da categoria segundo um dos autores analisados, conforme consta a seguir:

Etiqueta 1: Resgate Histórico da Infância Perante o Estado Brasileiro

Código 1: C1RHPI

Descrição 1: Aborda a relação do Estado Brasileiro com a infância ao longo dos anos.

Em relação à criança e ao adolescente, o Estado brasileiro teve, historicamente, duas conformações distintas: uma mais tutelar, disciplinar e amparada na institucionalização, que orientou as primeiras oito décadas da República; e outra, radicalmente diversa, baseada no princípio da proteção, na premissa da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e amparada na proposta do cuidado em liberdade. O momento histórico de mudança dessas duas conformações ocorreu com a redemocratização, a Constituição de 1988 e as conquistas sociais dos anos 80 e 90 do século passado. (COUTO; DELGADO, 2015, p. 20).

Etiqueta 2: Doutrina da Proteção Integral

Código 2: C2DPI

Descrição 2: Aborda os dispositivos que mudaram legalmente o paradigma da infância brasileira

É importante ressaltar que o reconhecimento da criança como sujeito portador de direitos, ou seja, como cidadão, efetivou-se no Estado brasileiro com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através da Lei nº 8.069, de 1990, decorrendo do artigo 227 da Constituição de 1988. (NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2015, p 02).

Etiqueta 3: Saúde Mental Infantojuvenil

Código 3: C3SMI1

Descrição 3: Aborda a construção da política de saúde mental infantojuvenil

No caso específico do Brasil, a implantação de CAPSi (para atendimento de transtornos mentais que envolvem prejuízos severos e persistentes) e o estabelecimento de diretrizes para articulação intersetorial da saúde mental com outros setores públicos (visando a cobertura de problemas mais frequentes que envolvem prejuízos mais pontuais) constituem, atualmente, os pilares da saúde mental pública para crianças e adolescentes. A noção que embasa a montagem de recursos é a de uma *rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantil e juvenil*. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 392).

Etiqueta 4: Setores Responsáveis pelo Cuidado à Infância e Adolescência

Código 4: C4SRC

Descrição 4: Aborda os diversos setores que ao longo da história do Estado brasileiro estiveram e ainda estão envolvidos no cuidados de crianças e adolescentes

O uso simultâneo de serviços de diferentes setores ocorre com frequência. Muitas vezes, o cuidado, especializado ou não, de problemas mentais em crianças e adolescentes ocorre num único setor, vocacionado ou não a exercer este trabalho específico. Por exemplo, não é incomum que crianças ou adolescentes com problemas de conduta sejam *atendidos* exclusivamente pelo setor da justiça, sem participação da saúde mental. Da mesma forma, não é raro que problemáticas ligadas à depressão, hiperatividade e outras fiquem restritas ao contexto escolar e não obtenham avaliação e cuidado mais qualificado pela saúde mental. Esta forma de uso dos serviços revela ausência de racionalidade na oferta dos recursos e, na maioria das vezes, resulta em impropriedade ou subutilização do cuidado. Concorre ainda para agravar a situação o fato de setores tão distintos terem limitada capacidade de produzir informações para instrumentalizar os gestores da área de saúde mental na construção de estratégias para melhoria da qualidade da assistência. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 392).

Etiqueta 5: Articulação Intersetorial

Código 5: C5AI

Descrição 5: Aborda o conceito de Intersetorialidade e possíveis formas de articulação entre setores

a intersetorialidade é a articulação de saberes e experiências de diferentes setores no planejamento, na realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Nesse âmbito, é fundamental desenvolver uma rede de proteção articulada por saúde, educação e família, para que a criança disponha de um ambiente saudável em que possa desenvolver adequadamente sua afetividade e aprender a lidar com suas frustrações no processo de crescimento. (BECKER, *et al*, 2014, p. 249).

Interpretação

O trabalho desta abordagem da Análise de Conteúdo se baseia na interpretação, busca-se compreender como o conteúdo manifesto, o latente e por vezes o oculto estão relacionados. A interpretação dos dados se dá na relação com a fundamentação teórica, é ela que atribuirá sentido às unidades de registro, contudo, sem a pretensão de acreditar que o conteúdo da fundamentação poderia dar cota do que viria a ser encontrado na pesquisa, cabe aqui encontrar outras referências que mantenham a coerência com os autores já abordados na fundamentação. Deste modo, é a interpretação das unidades de registros selecionadas nesta pesquisa que dá origem ao próximo capítulo do texto.

CAPÍTULO 3

INTERPRETAÇÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

Resgate Histórico da Infância Perante o Estado Brasileiro

Esta categoria emerge ao primeiro olhar para os textos uma vez que grande parte dos autores sente necessidade de resgatar a história para explicar o presente.

RHPI-10 Em relação à criança e ao adolescente, o Estado brasileiro teve, historicamente, duas conformações distintas: uma mais tutelar, disciplinar e amparada na institucionalização, que orientou as primeiras oito décadas da República; e outra, radicalmente diversa, baseada no princípio da proteção, na premissa da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e amparada na proposta do cuidado em liberdade. O momento histórico de mudança dessas duas conformações ocorreu com a redemocratização, a Constituição de 1988 e as conquistas sociais dos anos 80 e 90 do século passado. (COUTO; DELGADO, 2015, p. 20)

O primeiro momento da história das políticas para a infância no Brasil, mescla-se com as políticas para civilização e desenvolvimento da nação. Trata-se de uma série de iniciativas que não se deram descoladas dos valores sociais de um país que desejava se civilizar a exemplo da Europa (RIZZINI; PILOTTI, 2011). Um dos temas transversais aos artigos recuperados nesta pesquisa que constitui a primeira categoria de análise é o percurso histórico que precede a atual política de atenção a SMIJ.

É fato notório que a formulação da política é muito recente, contudo as intervenções do Estado sobre a infância e adolescência, sobretudo daqueles que apresentavam um comportamento inadequado para os padrões morais e aspirações da sociedade brasileira foram massivas. No entanto as ações do Estado sobre a infância eram voltadas exclusivamente para a correção, reforma do caráter ou educação para o trabalho, a sociedade brasileira até o final do século XX não havia elaborado o conceito de sofrimento mental da criança ou adolescente como uma questão de saúde pública (RIZZINI; PILOTTI, 2011).

C1RHPI-16 até o final do século XX, não era possível afirmar a existência, no contexto brasileiro, de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes, [...]. Os caminhos para construção dessa política só foram propostos a partir de 2001 e foram fortemente dependentes dos dois movimentos anteriormente referidos – da saúde mental e dos direitos humanos – movimentos distintos, mas integralmente relacionados, que alteraram os rumos da política para a infância e a adolescência e os caminhos da saúde mental brasileira (COUTO; DELGADO, 2015, p. 22).

C1RHPI-17 ausência dessas políticas não constituiu impedimento para que uma série de intervenções de cunho assistencial, sob a chancela do poder público, incidisse sobre crianças e adolescentes com problemas mentais. Essas intervenções foram resultado, entretanto, de uma agenda política edificada não para cuidar do padecimento mental na infância e adolescência, mas para responder aos problemas da pobreza e do abandono, que eram considerados produtores de efeitos incapacitantes. (COUTO; DELGADO, 2015, p. 23).

De acordo com Rizzini e Rizzini (2004) Rizzini e Pilotti (2011) e Waquim Coelho e Goday (2018), os asilos construídos para acolher e cuidar das crianças carentes são o advento do que se configura como institucionalização em massa das crianças oriundas de famílias economicamente desfavorecidas. Ação que para Estado brasileiro foi fundamentada no propósito nacional de formar bons cidadãos de acordo os parâmetros positivistas da Eugenia e dos interesses econômicos do sistema capitalista em ascensão. Era preciso tirar a criança das ruas e formar adultos aptos a produzir, desse modo, as instituições totais voltadas a esse público se multiplicaram pelo país (RIZZINI; PILOTTI, 2011).

C1RHPI-29 Em grande parte dos estudos brasileiros sobre o fenômeno do abrigamento da infância pobre e desvalida, que materializou a ação de institucionalização de crianças no país, o componente da deficiência, relevante em termos de prevalência da população abrigada, frequentemente não é distinguido do simples abandono, o mesmo valendo para os transtornos mentais. (COUTO; DELGADO, 2015, p. 27).

C1RHPI-26 Um ponto a destacar é o fato de que, ao mesmo tempo em que o problema do atraso ou da deficiência (no sentido mais social que nosográfico, como já referido), era avaliado como produto do contexto pobre e precário, a solução era baseada na natureza individual do problema, priorizando a internação da criança como resposta. (COUTO; DELGADO, 2015, p. 26).

C1RHPI-20 O verdadeiro problema político ligado à infância e adolescência, prioridade na agenda pública, foi a pobreza– traduzida ora como pobreza material, ora como pobreza moral. (COUTO; DELGADO, 2015, p. 24).

C1RHPI-38 A rigor, apenas o *menor*, filho da pobreza, foi tomado como problema de Estado. A *criança*, por estar sob a atenção da família e da escola, foi considerada ao abrigo dos riscos, cumprindo o processo de preparação para um dia produzir e dirigir a sociedade. (COUTO; DELGADO, 2015, p. 24-25).

De acordo com Duarte (2000) a produção da pessoa no ocidente se caracteriza pelos processos de individualização, interiorização, racionalização, disciplinarização e psicologização. Nesse contexto a regulação moral está associada ao esforço de promover bom funcionamento humano de acordo com a norma, ou seja, o acordo social acerca do que é adequado ou inadequado para a sociedade, todavia a norma é gerida e regulada pelo poder vigente e em função dos seus interesses que inclui a própria automanutenção.

Usa-se aqui a expressão 'regulamentação moral' da pessoa para ressaltar a especificidade dos processos em que as vicissitudes universais da construção da pessoa se encontram especificamente sujeitas a intervenções programáticas e repressivas, oriundas dos aparelhos institucionais de um Estado Nacional comprometido com os ideais característicos desses entes na cultura ocidental moderna. Uso, entretanto, a expressão 'regulação moral' para remeter aos processos mais abrangentes (que incluem as 'regulamentações') em curso nesse contexto cultural e histórico – e que na cultura ocidental moderna dependem diretamente da dinâmica interna do 'campo científico' e de suas relações gerais com a sociedade que o sustenta. O qualificativo 'moral' em ambos os casos aponta para a demarcação de uma zona específica de ação, voltada justamente para a boa construção e funcionamento dos 'sujeitos' humanos, ou seja, de uma ou mais variedades de 'pessoas' que apresentem um comportamento considerado adequado ao perfil das grandes coletividades políticas que compõem (inclusive como 'cidadãos'). (DUARTE, 2000, p. 126-127).

Diversas manifestações subjetivas de pessoas incomodaram o Ocidente na ciência, na filosofia, na política e mesmo as populações por ter como referência o modelo racional e de autocontrole como tipo adequado de pessoa, expressões humanas como loucura e infração à lei foram classificadas como o desvio, disfunção ou patologia na relação com a sociedade. (DUARTE, 2000).

A teoria da degeneração se alicerça na relação do indivíduo com o coletivo e na diferença humana pode-se dizer que uma teoria da patologização da diversidade que se tornou abrangente e complexa perante a demanda de controle social. (DUARTE, 2000).

Para Duarte (2000) a regulação da moral no ocidente está diretamente relacionada ao campo científico, esta ciência ocidental se caracteriza também pelo afastamento entre as ciências humanas, sobretudo as sociais, dos saberes *PSI* que incluem psicologia psiquiatria e psicanálise.

De modo mais enfático a ciência se tornou participativa no meio público a partir das demandas do Estado para a formulação de políticas públicas para saúde e reprodução no século XIX. O Brasil enquanto país dependente do modelo europeu, inclusive no campo científico, buscava traduzir metodologias e teorias para a sua realidade, é desse modo que o conhecimento psicanalítico recém importado é lido por cientistas brasileiros como uma metodologia para fins de educar e civilizar a nação. (DUARTE, 2000).

C1RHPI-18 A noção de incapacitação pela pobreza engendrou a montagem de políticas de assistência reparadoras e o desenvolvimento de práticas disciplinares e corretivas que supunham poder recuperar as mazelas da infância e adolescência pobres, compensar os danos e redirecionar os rumos para o desenvolvimento de cidadãos civilizados e produtivos. (COUTO; DELGADO, 2015, p. 23).

C1RHPI-39 Delineado o problema político, a agenda pública foi formulada para desenvolver assistência de natureza mais pedagógico-corretiva do que clínica ou psicossocial. (COUTO; DELGADO, 2015, p. 25).

Duarte (2000) analisou a relação entre antropologia e psicanálise e a introdução destes saberes no Brasil em função da regulamentação da moral da *pessoa*. Um processo que se dá de acordo com sua perspectiva na intersecção entre os modelos culturais de *pessoa*, estruturação do campo científico e demandas das políticas públicas por parte do Estado.

C1RHPI-03 (...) preciso lembrar que as discussões acadêmicas que envolvem o tema surgiram com as primeiras teses em psicologia e psiquiatria quando inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício Dom Pedro II, em 1852. Nesse período, as crianças consideradas insanas dividiam o mesmo espaço dos adultos, pouco se conhecia sobre as doenças mentais infantis e não existia classificação que as diferenciasses quanto às formas e manifestações adultas. (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 60).

Rizzini e Rizzini (2004) alegam que predominava na narrativa do internato para “menores” e da participação do Estado nesse tipo de assistência a certeza científica de que as crianças e suas famílias eram “incapazes”. “A ideia de proteção à infância era antes de tudo proteção contra a família”. As autoras identificam na década de 1920 o período de início de formulação das teorias sobre as famílias pauperizadas e a suposta incapacidade de seus membros de cuidar de suas crianças. (RIZZINI; RIZZINI, 2004, p. 39).

Para as autoras os significados elaborados pela psicologia sobre a população empobrecida era fundamental para manter a sub missão ao poder vigente. Há um intenso esforço científico para a manutenção do status quo criando e desenvolvendo conceitos e categorias para justificar condição de subalternidade e atribuir unicamente a esses grupos a responsabilidade pela situação que lhe foi imposta. (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

No início do século XX buscava-se apoio da ciência para a questão do “menor”, até então sem método científico que sustentasse as decisões do Estado, saberes como psiquiatria, psicologia, medicina higienista e ciências sociais estavam ainda em desenvolvimento. A demanda do Juizado de Menores por conceitos elaborados nestes campos de conhecimento foi fundamental para o desenvolvimento destes saberes no Brasil. (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

C1RHPI-23 A construção de um complexo aparato médico-jurídico avalizou essa leitura dos problemas, legitimou a direção da assistência às crianças, fundamentou juridicamente as ações tutelares do Estado e os meios escolhidos para desenvolvê-las (Rizzini, 1997; Pilotti, 1995). Pelo lado da medicina, o aporte específico veio do movimento da higiene mental, que tinha na prevenção e no método educativo os

pilares de suas ações [...]. Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) que, apoiada na noção de eugenia, “dilatou as fronteiras da psiquiatria e abrangeu o terreno social” (Costa, 1976, p. 33). (COUTO; DELGADO, 2015, p. 25).

C1RHPI-25 A convergência desses dois discursos– o jurídico e o médico– deu a tônica e fundamentou as políticas assistenciais nos primeiros tempos da República, influenciando decisivamente as ações do poder público dirigidas a crianças e a adolescentes. (COUTO; DELGADO, 2015, p. 26).

A categoria “menor de idade” é uma categoria jurídica porém de caráter social e político usada para distinguir a criança pauperizada, principalmente a partir da segunda metade do século XIX. (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Acerca da institucionalização de crianças no Brasil Rizzini e Rizzini (2004) avalia que este é um paradigma ainda em vias de ser superado e se propõe a refletir as razões históricas e culturais que dificultam essa transição para o desenvolvimento infantil em comunidade e com vínculo familiar.

C1RHPI-24 A condição de *menor* definiu uma legião de crianças e adolescentes que foram retirados da tutela familiar, colocados sob a tutela do Estado e inseridos em instituições de recolhimento e internação (internatos, asilos, educandários, reformatórios). (COUTO; DELGADO, 2015, p. 26)

C1RHPI-04 (...) no século XX, desdobrou-se no Movimento de Higiene Mental [...], na década de 1930, pela iniciativa desse movimento, foram instaladas, em escolas públicas do Rio de Janeiro e de São Paulo, clínicas de orientação infantil, que se ocupavam de avaliações médicas e psicológicas para determinar o nível de inteligência, habilidades e personalidade da criança, com vistas a diagnosticar e prevenir possíveis desajustes mentais e comportamentais. (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 61)

Segundo Rizzini e Rizzini (2004) os registros documentais da história da assistência à infância no Brasil evidenciam que as famílias em situação de vulnerabilidade social recorriam constantemente ao apoio do estado para criar seus filhos, o que se traduzia no encaminhamento dessas crianças para orfanatos como se fossem abandonadas. Contudo, não há nestes documentos estatísticas que revelam o número de crianças e adolescentes institucionalizados entre os séculos XIX e XX. O que se sabe é que várias gerações de crianças brasileiras economicamente desfavorecidas foram submetidas ao confinamento dos internatos e orfanatos, em busca da assistência do estado brasileiro, apesar da leitura jurídica apresentar, desde 1900, a internação como último recurso. As autoras compreendem esse fato histórico como uma instituição de uma “cultura da institucionalização” no Brasil e como toda cultura apesar das recentes mudanças na legislação ela resiste em ser alterada.

Rizzini e Rizzini (2004) destaca a escolha político-ideológica que levou o Estado a optar pela institucionalização em massa da infância economicamente carente em vez de combater a pobreza de significativa camada da população. Evidencia-se ao longo do percurso histórico que no decorrer do século XVIII os internatos de menores objetivavam a educação de crianças pobres, negras e indígenas. Nesse período histórico as crianças em grande maioria eram transferidas dos cuidados familiares diretamente para os internados sem passar pela experiência de situação de rua. Posteriormente, nos séculos XIX e XX, estas instituições assumiram o papel de reabilitar os “menores delinquentes”, o que evoca a marginalização e criminalização da já referida infância pobre, negra e indígena.

A cultura da institucionalização segundo Rizzini (2004) está diretamente associada a supervalorização da educação por terceiros, a sociedade brasileira faz uma opção histórica pelo modelo asilar de educação, uma vez que famílias ricas também optaram pela internetação pela educação de seus filhos.

RHPI-32 Historicamente, as ações relacionadas à saúde mental da infância e adolescência foram, no país, delegadas aos setores educacional e de assistência social, com quase ausência de proposições pela área da saúde mental. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 391).

C1RHPI-05 os hospícios permanecerão como única instituição especializada no atendimento aos denominados transtornos mentais, fossem esses adultos ou crianças. (ZANIANI e LUZIO, 2014, p. 61).

C1RHPI-08 crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental ficaram desassistidas ou submetidas a processos de institucionalização externos ao sistema psiquiátrico asilar, que, por décadas, foram invisíveis até mesmo ao vigoroso movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. (COUTO; DELGADO, 2015, p. 19).

C1RHPI-37 Ainda que o campo tenha se conformado com diferentes disciplinas e saberes, a fragmentação das condutas e a individualização das intervenções foram os movimentos correntes na constituição da assistência para estes sujeitos, pouco considerados nas políticas públicas deste país até início do século XXI. (TANO; MATSUKURA, 2019, p. 02).

Compreende-se, portanto, que a institucionalização de crianças no Brasil não é a institucionalização do manicômio, teve um caráter muito mais correccional, voltado para a produção de mão de obra a ser aproveitada na construção da nação ideal, com o objetivo de civilizar o país, a infância foi separada da família vista como degenerada, uma vez que submetida a pobreza financeira pois era também pobre de moral e, por isso, incapazes de cuidar de suas crianças, sem que as submetesse também à degradação. As crianças consideradas deficientes mental e incapazes de passar pelo processo de regulação moral promovido pelo Estado foram as que experienciaram o manicômio, mas estas são exceções, dentro do imenso

número de crianças que estimasse que passaram pelas instituições totais sobretudo nos séculos XIX e XX no Brasil. Esse paradigma só foi questionado no efervescente processo político de luta pela redemocratização que ao unir diversos movimentos de libertação abriu espaço na pauta social para a criança como sujeito de direito que como tal demandava ser considerado em sua integralidade. (DUARTE, 2000; RIZZINI, 2011; RIZZINI; PILOTTI, 2011)

Doutrina da Proteção Integral: uma Mudança de Paradigma

O estabelecimento da Doutrina da Proteção Integral da criança e adolescente no Brasil, representa uma legítima mudança de paradigma na concepção de infância, e como tal é resultado de longo processo de luta da sociedade em função da garantia de direitos para esta parcela da população (RIZZINI, 2011; RIZZINI; PILOTTI, 2011).

DPI01 Nesta mesma ótica, a Constituição Federal de 1988 representou um marco definitivo para o modelo de assistência à saúde infantil, a qual passou a considerá-la prioridade absoluta, e estabeleceu seus direitos por intermédio da Lei 8.069/ 90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), reestruturando assim as instâncias jurídica, político e social. (KANTORSKI, et al., 2014, p. 652)

DPI03 A nova matriz de leitura, produto da efervescência democrática na transformação dos fundamentos do Estado brasileiro, foi baseada na alteração de todos os componentes da matriz inicial. Nela, 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).

Dois eventos são mencionados pelos autores do campo da SMIJ como pilares da formulação conceito de criança e adolescente como sujeito de direitos: Convenção Nacional dos sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989) e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei 8.069/1990 (COUTO, 2012)

A condição jurídica da criança perante o Estatuto reconhece a peculiaridade da condição de sujeito em desenvolvimento e delega a Estado brasileiro a responsabilidade junto a família e a sociedade de assegurar que seus direitos para o pleno desenvolvimento sejam integralmente assegurados. (RIZZINI, 2011; RIZZINI; PILOTTI, 2011)

DPI07 criação do Estatuto da Criança e do Adolescente [ECA] (1990). Essa lei discorrerá sobre os direitos fundamentais (vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária) Lei n. 8.069 (1990), e suas medidas protetivas não discriminarão mais nenhum segmento nem tomará uma classe social como exclusiva. A partir de então, crianças e adolescentes passaram a ser reconhecidos em sua condição cidadã, reivindicando-se para elas a prioridade absoluta na elaboração das políticas públicas sociais. Ao concebê-las como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, a

tarefa de garantir condições para que este ocorra de maneira saudável é confiada ao Estado. (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 61-62).

O ECA ao estabelecer que a criança é sujeito de direito em desenvolvimento abre uma margem para pensar o direito ao desenvolvimento psíquico como uma política de Estado, ao menos, propor caminhos para que esta seja elaborada. Como visto a abordagem clínica para a saúde mental infantil não havia sido formulada até então. (RIZZINI, 2011; RIZZINI e PILOTTI, 2011)

Entretanto para que o ECA seja efetivo na realidade é preciso por parte de quem cuida da infância, o compromisso com a política integral perante um sistema que exclui, gera vulnerabilidade sociais para a maioria da população e mercantiliza direito como acesso a saúde e educação. (RIZZINI, 2011; RIZZINI e PILOTTI, 2011)

Saúde Mental Infantojuvenil: Direito Recentemente Adquirido

Reforma Psiquiátrica Brasileira: o paradigma da Atenção Psicossocial

A Reforma Psiquiátrica começa a se formular no contexto da redemocratização nacional, na luta pelo fim da Ditadura Militar, em 1970. No fim dessa década, 1978, alguns médicos recém formados desencadearam uma série de denúncias de maus-tratos e violação dos direitos humanos nos hospitais da DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental – vitimando pacientes internos e presos políticos. A demissão destes médicos pelo Ministério da Saúde deu origem a uma onda de manifestações que resultaram na demissão de outros 260 profissionais. (AMARANTE, 2008).

Outro ponto importante desse processo histórico que ocorreu ainda em 1987 foi a criação do primeiro serviço de atenção psicossocial do país o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Em 1988 foi promulgada a nova constituição federal com um capítulo dedicado à saúde fundamentado nas diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde. (AMARANTE, 2008).

Essa proposta por ser um das mais avançadas no contexto do SUS fundamentou o PL Paulo Delgado que propunha a progressiva extinção dos manicômios que só foi sancionado como Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 após se desfazer de grande parte da proposta principal, tornou-se popularmente conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. (AMARANTE, 2008).

Contudo, conforme afirmam Couto e Delgado (2015, p. 28) “Para a infância e adolescência, a Reforma Psiquiátrica brasileira não significa a superação do modelo hospitalar, isto se explica pelo fato de que a institucionalização em massa de crianças e adolescentes não

foi a do manicômio, mas a da formação para o trabalho, correção moral e normatização como visto no capítulo um deste texto.

SMI13 Complexidade que envolve o cuidado a crianças e adolescentes com problemas de saúde mental ainda é uma tarefa em construção, que exige a necessidade de compreender o lugar da doença mental, o lugar da loucura sem reduzir os indivíduos a especialidades e patologias. (NUNES, et al., 2019, p. 05).

SMI01 A inclusão tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda das políticas de saúde mental, nacional e internacionalmente, pode ser atribuída a diversos fatores. Em primeiro lugar, à extensa e variada gama de problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência. Nesta população, a formulação de um diagnóstico de qualidade exige procedimentos de avaliação específicos que incluem, além das próprias crianças e adolescentes, o recurso a fontes de informação diversas, como familiares, responsáveis, professores, e outros. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 391).

SMI02 Um segundo fator, relacionado às dificuldades acima, diz respeito ao caráter recente do conhecimento sistematizado sobre frequência, persistência, prejuízo funcional e consequências na vida adulta associadas aos transtornos mentais da infância e adolescência. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 391).

SMI22 Cabe destacar que apesar dos avanços advindos pelas conquistas da Reforma Psiquiátrica, ainda se evidenciam lacunas na compreensão da condição do público infantojuvenil enquanto sujeito de direito e em situação de vulnerabilidade, posto que, na maioria das vezes, recai nos adolescentes especialmente em conflitos com a lei uma condição repressiva, manicomial e de instituições. (KANTORSKI et al., 2014, p. 658)

É improvável um artigo sobre a Saúde Mental Infantojuvenil que não aborde a Reforma Psiquiátrica Brasileira na Lei 10.216 de abril de 2003, apesar de que para o movimento de luta pela garantia dos direitos da pessoa em sofrimento mental grave o sofrimento mental infantojuvenil não tenha sido uma prioridade inicialmente. (COUTO; DELGADO, 2015).

Cabe ressaltar a Reforma Psiquiátrica que refere-se a uma transformação no modelo de cuidado ofertado pelo Estado a pessoa com transtorno mental, não implica uma reforma na psiquiatria brasileira, contudo, o psiquiatra (médico) e manicômio (hospital) deixam de ser o centro do debate no âmbito da Saúde Mental em função da integralidade do sujeito adoecido que para além de um corpo biológico precisa ser cuidado a partir da dimensão psicossocial. (AMARANTE, 1996).

Dentre as pautas do movimento Sanitarista pela saúde pública, coletiva e de qualidade está a participação social na formulação e fiscalização da execução das políticas de saúde. Conceito que ficou posteriormente definido como Controle Social. (AMARANTE, 2008).

Dessa prática decorrem as Conferências Nacionais de Saúde Mental que Possuem papel fundamental na formulação da Política Nacional de Saúde Mental. A primeira CNSM (1987)

foi fundamental para o fortalecimento do movimento dos TSM, pautou a desinstitucionalização como novo paradigma ser fomentado e a importância do controle social para além das conferências. Na rotina dos serviços a gestão da política a Segunda CNSM (1992) que sucedeu a declaração de Caracas (1990) debateu a rede e o direito a atenção em saúde e à cidadania. (AMARANTE, 2008).

SMI14 Busca-se a construção de um novo modelo, denominado “atenção psicossocial”. Definido como um conjunto de ações nos campos teóricos, técnicos, políticos e sociais, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, não se trata apenas de uma mudança na assistência, mas um processo de transição paradigmática e, como tal, requer uma transformação estrutural em constante movimento, com a participação de diversos atores sociais. A atenção psicossocial, que deriva do Movimento da Reforma Psiquiátrica, constitui, portanto, um processo social complexo, que demanda que ocorram, a um só tempo e articuladamente, transformações nos campos: técnico-assistencial, teórico-conceitual, político-jurídico e sociocultural (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 58).

Deve-se a esse movimento o fato da Política Brasileira de Saúde Mental ser reconhecida internacionalmente pelos critérios de participação e controle social fundamentados no SUS; democratização do sistema por meio das conferências e conselhos de saúde; e pela pluralidade de experiências assistenciais e culturais. (AMARANTE, 2008).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é intensamente inspirada na experiência italiana promovida por Basaglia. Amarante (1996) coloca a desinstitucionalização conforme o modelo basagliano como referência do afastamento do modelo clássico cartesiano segundo qual ciências e senso comum são distinções para a classificação do conhecimento e razão e emoção distinções das dimensões humanas.

Objetiva-se novas possibilidades de vida para os sujeitos desinstitucionalizados que não se resumam a diagnóstico e medicamentos em função do mandato social de controle exercido conforme paradigma biomédico, a contribuição de Basaglia é uma ruptura teórica e prática com o modelo. (AMARANTE, 1996).

De fato, quando se fala em Reforma Psiquiátrica, não se está falando, necessariamente, na superação do paradigma fundante da psiquiatria, nem na negação de seu mandato social, mas em transformações mais ou menos superficiais, administrativas, organizativas e modernizantes do aparato prático- discursivo. Considera-se, muitas das vezes, que a questão não está na ordem do saber psiquiátrico mas, como vimos, na sua operacionalidade prática, e que bastaria reorganizar os recursos, administrá-los adequadamente, dispô-los corretamente, para se alcançar um bom resultado preventivo e terapêutico. (AMARANTE, 1996, p. 16).

A psiquiatria desde sua origem é alvo de críticas e reformas ao se apropriar da loucura e posteriormente do adoecimento do não biológico ela acumula excessivo poder de controle social. A partir do momento que aplica o diagnóstico psiquiátrico sobre alguém a pessoa fica restrita às ofertas de cuidado da própria psiquiatria. (AMARANTE, 1996).

A psiquiatria tende a rechaçar as proposições dos saberes que lhe são externos, e não apenas aqueles que colocam em discussão os seus fundamentos. Comumente, classifica tais contribuições como totalmente desprovidas de conhecimento psiquiátrico e, portanto, desprovidas de verdade. Se se tratam de ‘críticas’ a ela dirigidas, oriundas do campo das ciências sociais e humanas, são entendidas como decorrentes da completa ausência de parâmetros científicos para julgar a positividade desse saber sobre a natureza da doença mental. Ou ainda, por extensão, se são não- saberes- psiquiátricos são simplesmente não- saberes, o que é outra característica da tradição moderna. (AMARANTE, 1996, p. 39).

Conforme afirma Amarante (1996) por um século e meio o paradigma do isolamento predominou na medicina mental. E o asilo foi por excelência o lugar do tratamento moral além disso ele mesmo era o próprio tratamento em si uma vez que proporcionava o isolamento dos fatores adoecedores.

A loucura é entendida como ‘alienação’, como o estado de contradição da razão, portanto, como o estado de privação de liberdade, de perda do livre- arbítrio. Se alguém é alienado, isto é, se não se pertence, não há razão, não há liberdade. (AMARANTE, 1986, p. 51).

O remédio universal o primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do ‘tratamento moral’, o princípio do ‘isolamento do mundo exterior’, é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada. Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio no qual as mesmas não podem mais prejudicá-lo. (AMARANTE, 1986, p. 55).

Interessante notar que a psiquiatria foi fundada sobre a compreensão e medicalização do que veio a ser conceituado como adoecimento moral, de modo que sua origem parte da contradição do saber médico segundo o qual para haver adoecimento prescindia uma lesão. A teoria das degenerescências foi amplamente utilizada na medicina mental para a aproximação desta com a anatomopatologia que recorria a mesma para explicar o processo de desgaste do organismo humano e desvios das funções anatômicas, a teoria reaproxima as ciências médicas da metafísica da filosofia e da antropologia em vista de justificar o corpo como sede da degenerescência espiritual de alguns povos em função do seu pecado e desvio do modelo desejado. Essa teoria fundamental a ideia de raças superiores e supremacia de um povo sobre outro a exemplo do europeu sobre seus colonizadores. (AMARANTE, 1986).

Nos estudos das causas especiais da alienação, Morel retorna à metafísica, para a qual se inspira em Buchez, supondo um tipo primitivo ideal de humanidade, com todas as perfeições divinas, propriamente como descrito no Gênesis. Para Morel, em virtude do pecado original, o homem primitivo é condenado a lutar contra as hostilidades da natureza, tendo que adaptar-se ao meio que não se submete a suas imposições. Como castigo divino, este ser metafísico vai-se 'desviando maleficamente' do tipo primitivo ideal, de tal forma que tais desvios imprimem-se em sua constituição genética, dando assim origem às 'raças'. (AMARANTE, 1996, p. 61).

O conceito de degeneração embora alegue-se ter sido superado ainda pavimenta o caminho da teoria da hereditariedade amplamente defendida no campo psiquiátrico. O conceito de anormalidade surgiu como categoria médica no final do século XIX e agregou sob domínio médico todos que pudessem ser classificados como não normais implica dizer que uma vasta gama de manifestações da subjetividade humana para além da loucura tornou-se patologizável. (AMARANTE, 1996).

SMI37 grande número de crianças diagnosticadas com algum tipo de sofrimento psíquico e do discurso de psiquiatrização, uma tendência social de enquadramento no diagnóstico, terapêutica especializada e farmacológica [...] sem uma análise do que essa situação pode provocar no desenvolvimento desses sujeitos [...] reforçando a manicomialização, pois o indivíduo não está enclausurado em uma instituição, mas sim em seu próprio rótulo (NUNES et al., 2019, p. 06).

A Rede de Atenção Psicossocial

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental - que destaca-se por pautar pela primeira vez Saúde Mental Infantojuvenil - estabeleceu-se que deve ser prioridade da saúde pública a implantação de políticas de saúde mental e a construção da rede de atenção integral em saúde mental na qual o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é a unidade de referência no cuidado, enquanto o Programa de Saúde da Família – atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família – também pode ser uma porta de entrada para o cuidado em saúde e reguladora do fluxo da rede, busca-se assim contemplar o princípio da integralidade, afirmando que ações em Saúde Mental devem compor também o nível básico de atenção à saúde. (BRASIL, 2002).

Partindo desta perspectiva a Rede de Atenção em Saúde Mental como estratégia substitutiva ao manicômio foi sendo construída ao longo das últimas décadas com o objetivo de oferecer serviços integrados às pessoas com sofrimento/transtorno mental e/ou decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, contudo, a Portaria de nº 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi publicada apenas em 21 de dezembro de 2011.

A RAPS estabelece diretrizes que norteiam o trabalho em Atenção Psicossocial fundamentando-se em princípios básicos como o respeito aos direitos humanos e a garantia da

autonomia e liberdade dos usuários. Além disso, se orientam por uma organização dos serviços de forma integrada e regionalizada, fomentando ações no território por meio da Intersetorialidade na prevenção e promoção de saúde, atua na perspectiva de redução de danos nos casos de uso abusivo de substâncias psicoativas. Oferece cuidado integral e interdisciplinar e promovendo a participação e controle social dos usuários e seus familiares. Investe em promoção de mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde, bem como na produção e divulgação de informações sobre os direitos das pessoas e dos serviços disponíveis na rede. (BRASIL, 2011).

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país surgiu em março de 1987, na cidade de São Paulo, com a inauguração do CAPS Luis da Rocha Cerqueira. Este representou a efetiva implementação de um novo modelo de atenção em saúde mental para significativa fração dos doentes mentais (psicóticos e neuróticos graves) atendidos na rede pública, sendo seu ideário constituído de propostas orientadas à superação das limitações cunhadas pelo binômio ambulatório-hospital psiquiátrico no tratamento e reabilitação da população atendida por este serviço (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas ações de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, denominado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS compõem a principal tática do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

SMI33 Projetos terapêuticos comprometidos com as dimensões da atenção psicossocial devem ir além da instituição CAPS. Precisam estabelecer relações sólidas com a comunidade, com a rede assistencial e social, lidar com as singularidades dos sujeitos (NUNES, et al., 2019, p. 05).

O CAPS busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais,

religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. (BRASIL,2004).

O CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02: Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário; Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês; e Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe, podendo ser atendido até três dias no mês.

Centro De Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi)

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) é um serviço de atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais; são diversos os problemas relacionados a saúde mental na infância e adolescência que vão desde os transtornos globais de desenvolvimento (autismo) até problemas ligados a fenômenos de externalização (transtornos de conduta, hiperatividade), internalização (depressão, transtornos de ansiedade), uso de substâncias, entre outros (COUTO, 2008).

SMI41 Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi), regulamentados pela Portaria GM/ 336 de 20028, são serviços de saúde destinados a crianças e adolescentes que apresentam graves comprometimentos emocionais e psíquicos e consequências provenientes do uso de álcool e outras drogas (TANO; HAYASHI, 2015, p. 03)

SMI40 Com o CAPSi, constitui-se, pela primeira vez, uma modalidade de assistência específica para o segmento infantojuvenil. Seu trabalho voltar-se-ia àquelas crianças e adolescentes acometidas por grave sofrimento psíquico (psicóticos, autistas, neuróticos graves, etc.), bem como para o ordenamento da demanda infantojuvenil no seu território de abrangência. Sua função era consolidar-se como unidade de base para o processo de desinstitucionalização, efetivando um novo modelo de atenção. Para tanto, o CAPSi deveria ter suas ações orientadas por alguns princípios (Ministério da Saúde, 2005a), como o de que criança e adolescente “são sujeitos de direitos”, responsáveis por sua demanda, sintoma e sofrimento, devendo ser ouvidos e tratados singularmente. Outro princípio é o do “acolhimento universal”, em que toda demanda que chega deve ser acolhida, ouvida e respondida. Um terceiro princípio é o de que os encaminhamentos necessários deverão ser “implicados” - quem encaminha precisa se envolver e acompanhar o encaminhado. Outro princípio é que as ações devem primar pela construção permanente de uma “rede de cuidados de base territorial”, em que o território não diz respeito ao espaço, mas às relações significativas estabelecidas, compostas por diferentes pessoas e instituições. Por fim, um último e crucial princípio é o da “intersetorialidade”, cujas ações de caráter clínico devem se somar às dos vários serviços e recursos disponíveis no território, num processo permanente de diálogo, com vistas à garantia da integralidade dos cuidados (ZANIANI; LUZIO, 2014, pp. 62-63).

Tem-se prioridade ao atendimento, autistas, psicóticos, neuróticos graves e todos aqueles que têm sua problemática relacionada à socialização, inclusão escolar, familiar,

comunitária, etc. Através das atividades oferecidas, os usuário do CAPSi seriam ressocializados, dando-lhes condições de se (re)integrarem a escola e a família; fazendo parcerias com a rede de saúde, educação e assistência social.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o CAPSi deve ter como características: supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência.

A equipe multidisciplinar que integra o CAPSi é composta por, no mínimo: um médico psiquiatra, ou neurologista, ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); cinco profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). (BRASIL, 2004).

SMI43 A criação dos CAPSi e o direcionamento intersetorial constituem ações -chave para alavancar a montagem da rede pública ampliada de atenção em SMCA no país, com capacidade de acolher as diferentes ordens de problemas implicados na SMCA e ampliar o acesso, tendo como base o fundamento ético do cuidado em liberdade. (COUTO; DELGADO, 2015, p. 34).

SMI45 devem também exercer a função de ordenadores da demanda em SMCA no seu território de referência, sintetizando, em um único dispositivo, o mandato terapêutico e o gestor na atenção psicossocial de crianças e jovens. (COUTO; DELGADO, 2015, p. 35).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o tipo de atividades prestadas aos usuários pelo CAPSi são as mesma oferecidas no CAPS, mas voltada para a faixa etária que se destina atender. Podem ser: atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimentos em grupo (psicoterapia, grupos operativos, atividade de suporte social, entre outros); atendimentos em oficinas terapêuticas ministradas por profissionais de nível superior ou de nível médio, atendimentos à família; atividades comunitárias com foco na integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; além de atividades de inclusão social em geral e escolar principalmente devem ser em parte integrante do projeto terapêutico.

De acordo com Couto (2008), existem três desafios que são enfrentados e devem ser superados pelo setor da saúde mental infanto-juvenil. O primeiro desafio refere-se ao pequeno número de CAPSi, é necessário que esse número aumente; para que isso venha a acontecer é

necessário uma maior conscientização por parte dos gestores. Um segundo desafio refere-se a gestão territorial das demandas e requer urgência na construção de metodologias compatíveis com a verificação de sua real potência, a exemplo do mandato gestor do CAPSi perante a rede de serviços e dispositivos do território para articulação intersetorial, seus efeitos e viabilidade. E por fim o terceiro desafio seria a expansão do atendimento pelos CAPS I, II, III e AD ao tratamento às crianças e adolescentes quando não há recursos ou previsão de implantação de CAPSi.

Atuação do profissional na saúde mental

Com a implantação da Reforma Psiquiátrica o novo modelo de atenção psicossocial exige do profissional da saúde mental a reformulação da sua prática no contexto do CAPSi, redirecionando-a ao trabalho em Saúde Mental com crianças e adolescentes, isto implica preparo e revisão teórica da parte do trabalhador e a ruptura com os padrões até então vigentes.

SMI31 Em termos gerais, é assinalado que a resistência é fruto do não alinhamento, exemplificado pelo não compromisso com as novas lógicas de cuidado que centralizam a atenção no acolhimento, clínica ampliada e desnaturalização/problematização da lógica de encaminhamento. (TÂNIO; MATSUKURA, 2019, p. 17).

SMI32 A persistência de olhares de tradição assistencialista na proteção às crianças e aos adolescentes determina então os entendimentos e as condutas técnicas sobre estas, em formas de operacionalização dos recursos e da gestão que seguem perpetuando os modelos fragmentados assinalados (TÂNIO; MATSUKURA, 2019, p. 18).

Esta mudança segundo Dimenstein (2001) refere-se não só às categorias profissionais envolvidas com o trabalho em saúde mental, mas também a uma mudança do perfil profissional a partir do compromisso social, para uma boa atuação na área é imprescindível que este profissional esteja comprometido com a dimensão social de seu trabalho.

Para que isso aconteça Dimenstein (2001) afirma que é preciso que o profissional se conscientize quanto ao contexto histórico, cultural e econômico no qual está atuando e principalmente que seja capaz de refletir e agir nesse meio. Só assim poderão contribuir para a vida dos usuários para além do diagnóstico e do sintoma.

SMI07 é necessário considerar que, para além de um imaginário social acerca da “infância”, há, de fato, uma criança singular, cuja biografia é concreta e socialmente determinada, em um contexto histórico e sociocultural específico. (GOMES, et al., 2015, p. 248)

SMI11 Os contextos de vida, fatores presentes no ambiente em que a criança vive, têm sido apontados como os mais envolvidos na determinação da saúde mental infantil. (CID, et al., 2019, p. 03)

SMI16 A interdependência dos saberes é a base da atenção psicossocial que pode contribuir para superação do “Paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico e medicalizador” (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 64).

SMI20 (...) entendemos que a clínica pleiteada pela atenção psicossocial é a clínica ampliada, e esta inclui no seu escopo aquilo que a clínica tradicional considerava como extraclínico. (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 72).

SMI23 Na população de crianças e adolescentes, os tipos de transtorno, principais fatores de risco e de proteção, estratégias de intervenção e organização do sistema de serviços têm especificidades que não podem ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta à população infantil e juvenil. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 391).

Além de comprometido o profissional que atua no CAPSi deve estar a par das diretrizes postas pelo Ministério da Saúde que se propõem a nortear o trabalho com crianças e adolescentes. Em síntese tais diretrizes postulam que aquele que recorre ao serviço, seja a criança ou seu representante, é portador de responsabilidades e direito legítimos que devem ser levados em conta no acolhimento; é preciso garantir que a atuação profissional fundamente-se em sólidas estruturas de recursos técnicos e teóricos e que se leve em consideração os conhecimentos dos demais membros da equipe, é necessário também interagir e fazer uso quando for o caso, de outros recursos da rede de assistência à saúde mental disponíveis na dimensão territorial na qual o usuário está inserido. (BRASIL, 2005).

SMI24 A inexistência de políticas de saúde mental infantil em quase todas as partes do mundo torna o desenvolvimento de políticas nacionais de saúde mental para infância e adolescência um empreendimento não apenas necessário, como urgente. Uma política de saúde mental específica para este segmento auxiliaria substancialmente a ampliação do sistema de serviços, daria institucionalidade à construção de dados e de informações culturalmente relevantes acerca das questões que lhe são próprias, e contribuiria para o avanço das pesquisas nesta área. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 391).

Ressalta-se ainda que a reforma psiquiátrica e o novo paradigma da saúde mental contido na proposta da clínica ampliada para a atenção integral, enquanto processo, implica movimento e renovação. É preciso desconstruir e reconstruir conceitos que fundamentam as ciências psiquiátricas como o termo transtorno mental como perda da razão, um herdeiro dos termos alienação e doença mental. Além disso, faz-se necessário reverter o modelo assistencial

baseado na tutela do “incapaz” e “perigoso” de alguém que fugiu a norma e deve voltar a submeter-se a ela. Estes entre outros são pontos que vem sendo mantidos em pauta pelo Movimento da Luta Antimanicomial na construção de outro olhar sobre a loucura e os cuidados que demandam os sujeitos ditos loucos. (AMARANTE, 2008).

Setores Historicamente Responsáveis pelo Cuidado à Infância e Adolescência

Como já mencionado em outros momentos desse texto diversos setores estiveram historicamente envolvidos no acolhimento à crianças e adolescentes no âmbito do Estado, além disso, há outros lugares sociais em que a criança está inevitavelmente inserida como o território e a família em muitos casos, diversos autores que abordam o cuidado em saúde mental dessa população mencionam o papel de mais de um desses setores do Estado ou da sociedade e sua responsabilidade perante a demanda de saúde mental infantojuvenil.

SRC119 fator merece ser destacado na dificuldade de inclusão da saúde mental infantil no campo da saúde pública: a particularidade do sistema de cuidado. Este, especificamente no caso de crianças e adolescentes, frequentemente envolve a atividade de vários setores autônomos em relação à saúde mental propriamente dita, como os setores da saúde geral/atenção básica, educação, assistência social, justiça e direitos. Esses setores tradicionalmente operam isolados uns dos outros, mas todos proveem serviços ou agem de alguma forma sobre crianças e adolescentes com problemas mentais. O uso simultâneo de serviços de diferentes setores ocorre com frequência. Muitas vezes, o cuidado, especializado ou não, de problemas mentais em crianças e adolescentes ocorre num único setor, vocacionado ou não a exercer este trabalho específico. Por exemplo, não é incomum que crianças ou adolescentes com problemas de conduta sejam *atendidos* exclusivamente pelo setor da justiça, sem participação da saúde mental. Da mesma forma, não é raro que problemáticas ligadas à depressão, hiperatividade e outras fiquem restritas ao contexto escolar e não obtenham avaliação e cuidado mais qualificado pela saúde mental. Esta forma de uso dos serviços revela ausência de racionalidade na oferta dos recursos e, na maioria das vezes, resulta em impropriedade ou subutilização do cuidado. Concorre ainda para agravar a situação o fato de setores tão distintos terem limitada capacidade de produzir informações para instrumentalizar os gestores da área de saúde mental na construção de estratégias para melhoria da qualidade da assistência. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 392).

Quando se trata da Saúde Mental estes setores atuam como se após encaminhamento ao serviço especializado e sua responsabilidade com essa criança terminaria, por outro lado o serviço de saúde quando identifica outras demandas como a vulnerabilidade social ou outros problemas de saúde encaminha a criança para serviços onde esta não é bem recebida devido ao estigma do adoecimento mental.

Campos (2014, p. 90) questiona a aplicabilidade que o conceito de integralidade tomou na prática clínica dos serviços de atenção especializada em saúde mental como o que ela chamou de “integralidade do encaminhamento”, de modo que, nessa perspectiva se há um

serviço para onde encaminhar, o sujeito estaria sendo contemplado em sua integralidade, quando na verdade para a autora a integralidade implica ampliar a clínica para que nela caiba o sujeito por inteiro, não apenas sua dimensão biológica. No caso da população infantojuvenil tem-se enfrentado uma demanda pela medicalização desses usuários que sobrecarrega o CAPSi e o coloca num lugar delicado perante o movimento vanguardista que deu origem a esta política e à oferta do serviço que é o de ruptura com a hegemonia médica e a redução de cuidado em saúde mental à atendimento psiquiátrico.

SRC02 A medicalização na infância é um dos temas mais discutidos no cenário pediátrico atual. Crianças cujos comportamentos não correspondem ao esperado pela escola e pela sociedade são vistas como portadoras de doenças orgânicas, incluindo transtornos psicóticos. (BECKER, et al., 2014, p. 248)

SRC03 a patologização como “a busca de causas e soluções médicas, em nível organicista e individual, para problemas de origem eminentemente social”, e a medicalização como “processo de transformar questões não médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico causas e soluções para problemas dessa natureza”. Afirmam ainda que a medicalização “ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista”. Trata-se, portanto, de uma omissão por parte das instituições médica, escolar e familiar em relação aos problemas de cunho emocional e psicológico da criança. Como consequência do processo de estigmatização, são tomadas atitudes culpabilizantes e autoritárias, atribuindo o problema comportamental puramente a causas orgânicas, sem que seja investigado o real motivo da postura agressiva ou de hiperatividade (BECKER, et al., 2014, p. 248).

SRC14 Constituindo-se em fenômeno social e não somente restrito ao campo médico, a patologização da vida, ao individualizar problemas sociais e políticos, encobre a necessária e urgente discussão sobre o sistema educacional contemporâneo e outras instituições e grupos responsáveis pelo acompanhamento e garantia de direitos de crianças e adolescentes. (TÂNIO; MATSUKURA, 2019, p. 19).

SRC20 Os profissionais também teceram crítica quanto à medicalização e patologização da infância requisitando constante questionamento e revisão para a desconstrução deste tipo de conduta. Assim como defendem a utilização dos espaços da comunidade, com vistas à promoção de atividades que reconheça que nem todos os problemas devem ou podem ser reduzidos a questões biológicas ou diagnósticas (NUNES, et al., 2019, p. 07).

Caponi (2012) avalia a partir da perspectiva histórica e epistemológica acerca do Poder Psiquiátrico e Referenciada em Foucault (1974-1976) a construção e os meios pelos quais a psiquiatria se consolidou como estratégia de controle social. De acordo com a autora, compreender como a psiquiatria passou a ocupar-se de desvios de conduta e sintomas de desordem social proporciona maior clareza sobre o momento atual que se caracteriza pelo

aumento exponencial da medicalização dos comportamentos, como vem ocorrendo nas escolas com a proliferação dos diagnósticos.

Para Caponi (2012) é fato notório que o reducionismo da prática psiquiátrica ao buscar explicações neurológicas ou genéticas para o sofrimento decorrente de problemas sociais resulta na escassez do desenvolvimento de soluções concretas para os mesmos o que protela o sofrimento e muitas vezes é apenas paliativo no nível individual.

A psiquiatria transformou-se em um saber poder legitimado para intervenção em defesa da sociedade contra quaisquer possíveis ameaças à ordem (produtiva) do comportamento humano, como nos casos de loucura, adição às drogas e outros vícios, criminalidade, indisciplina, desvio de caráter ou *degeneração de raça*. (CAPONI, 2012).

O biopoder se caracteriza pela sobreposição da norma a Lei, é constante a redefinição do que é anormal do que é desvio perante um modelo, mais especificamente, o que lhe é oposto de modo que se define a identidade de um grupo e fronteiras são estabelecidas separando norma de a normalidade. Tudo em nome de um suposto bem coletivo, evitar perigos futuros ou controlar doenças, a biopolítica amplia o espaço da intervenção social efetuada pela medicina. (CAPONI, 2012).

Caponi (2012) alega que anormalidade é um fenômeno localizado entre o setor médico no que se refere ao comportamento aceito e reproduzido pela maioria e o jurídico responsável por aqueles que não se adequam aos valores e deveres que devem moldar o comportamento, configurando uma ameaça à sociedade.

Ainda segundo Caponi (2012) degeneração foi conceituada como um processo gradativo de ordem patológica e hereditária responsável por doenças ou desvios físicos, intelectuais e/ou morais nas gerações descendentes. O alvo eram as raças consideradas perigosas, as diversas raças consideradas como desvio do tipo originário, portanto, buscou-se desenvolver e aplicar tecnologias eugênicas para corrigir esse desvio. A Teoria da Degeneração corrobora eugenia. Neste ponto cabe refletir sobre a relação das famílias com suas crianças em sofrimento e perceber que no Brasil predomina uma chave de leitura sobre a origem do sofrimento não exatamente na vinculação da criança com a família, mas especificamente na estrutura familiar.

SRC23 um dos principais empecilhos na identificação dos problemas de saúde mental infantojuvenil é a dificuldade da família em percebê-los nas crianças, principalmente quando envolve a timidez. Devido a isso, essas crianças chegam ao serviço de saúde, principalmente ao médico, quando já são vistas como “crianças-problema” no ambiente familiar e escolar, contextos estes que, muitas vezes, têm dificuldade em considerar que os comportamentos inadequados e conflitantes das crianças podem ser resultantes de um processo de sofrimento. (CID, et al., 2019, p. 09)

SRC25 É consagrada a ideia de que as relações interpessoais e os fatos ocorridos no cotidiano da família influenciam o desenvolvimento do indivíduo, a análise mais criteriosa e elaborada de todo contexto possibilita a conclusão de que a conduta da criança se deve mais a problemas estruturais de dinâmica familiar e do modelo pedagógico da creche do que à doença orgânica ou transtorno de personalidade (BECKER, et al., 2014, p. 249).

SRC26 Os entrevistados apresentam uma surpreendente similitude na conceituação do que denominam “família desestruturada”. Ao analisar as falas dos entrevistados, evidencia-se que a expressão ganhou sentido a partir do contato com arranjos familiares distintos da família nuclear burguesa composta por mãe, pai e filhos. (GOMES, et al., 2015, p. 249)

Esse conceito de desestruturação familiar remete a herança deixada pelo primeiro momento da participação da ciência na produção de conhecimentos sobre a infância empobrecida para embasar as políticas de Estado, época que predominava a perspectiva científica de incapacidade pela pobreza, relacionando assim todos os problemas apresentados pela criança à sua condição de carência econômica e, portanto, moral, uma vez que quase não houve distinção entre as classes empobrecidas e os ditos degenerados como abordado por Duarte (2000).

Rizzini e Pilotti (2011) identificam que com a Lei do Ventre Livre e posteriormente a abolição instituiu-se uma questão com a infância descendente dos africanos escravizados, uma vez que estes não tinham condições materiais de viver a cidadania conforme os padrões da época, originou-se na sociedade de então a concepção de abandono material e moral que distinguia essas crianças das de família, esse grupo posteriormente foi denominado de “menor abandonado”, ou simplesmente “menor”, ou ainda “delinquente”, e nos dias de hoje ainda resiste a concepção de que há uma infância destinada a sofrer subjetivamente e causar problemas para se encaixar na sociedade por pertencer a uma família que não dispõe de condições econômicas suficientes para ser considerada estruturada perante os profissionais graduados como estes médicos entrevistados para a pesquisa de Gomes et al. (2015).

SRC09 Se historicamente a institucionalização de jovens teve um caráter de correção social; hoje, ela segue do mesmo modo, contudo atrelada ainda ao paradigma psiquiátrico, que transforma relevantes problemas de ordem social em patologias (TANO; MATSUKURA, 2019, p. 11).

SRC32 o cuidado à criança e ao adolescente em saúde mental não pode ser desvinculado da família, assim como a ausência de interação familiar interfere no tratamento dessa população. Neste sentido a família torna-se um elemento imprescindível no cuidado de seus membros, especialmente quando estes indivíduos são crianças e adolescentes e possuem maior dependência afetiva, social, econômica. (NUNES, et al., 2019, p. 07).

SRC35 Essas dificuldades com familiares são passíveis de compreensão, pois historicamente elas permaneceram isoladas desta demanda. Com isso cabe aqui à reflexão de criar estratégias para aproximar estes familiares, auxiliando os no entendimento sobre o sofrimento psíquico como parte de suas rotinas e empoderando os para sentirem-se capazes de lidar com as situações conflitivas e estigmatizantes (NUNES, et al., 2019, p. 08).

Esta unidade do texto de Nunes et al. (2019) remete ao que Rizinni e Rizinni (2004) denominam de cultura da terceirização cuidado no Brasil, segundo estas autoras, predominou historicamente no país o hábito de delegar a educação dos filhos a terceiros seja pelas famílias economicamente favorecidas que optaram pelo modelo de ensino integral nos internatos para seus filhos, seja pelas famílias que por não ter condição de suprir as necessidades da criança acabavam por entregar os filhos ao Estado para que estes sobrevivessem, há ainda as crianças que eram retiradas do seio familiar pelo Estado sob o argumento de que sofriam de “abandono moral”.

Somado a todos esses fatores o sofrimento psíquicos das crianças era questão não nomeada e diluída sob o título de pobreza moral herdada da família ou deficiência, esses aspectos do trato com a infância culminaram na cultura de que existe uma instituição que não a familiar que tem a responsabilidade de ofertar serviços especializados como educação e cuidados em saúde (RIZINNI; RIZINNI, 2004).

Para além da família no âmbito escolar como já mencionado acima a demanda pela medicalização da infância tem sido destaca pelos autores.

SRC13 os processos de patologização da vida são mais intensos e dominam grande parte do discurso educacional hoje. (TÃNO; MATSUKURA, 2019, p. 19).

SRC37 Continuando esta reflexão, nota-se nos relatos de alguns profissionais, que a ineficácia da articulação da escola com os demais serviços públicos voltados para a infância e juventude, marcada por encaminhamentos pouco eficientes e falta de continuidade dos acompanhamentos, é um grande empecilho para o enfrentamento da problemática das crianças que experienciam o sofrimento psíquico. (CID, et al., 2019, p. 18)

SRC39 outros estudos já têm asseverado: a escola como protagonista do processo. Não se trata, entretanto, de um protagonismo que possa ser proclamado como inclusivo e implicado [...]. A escola aparece como protagonista ou porque é a instituição que encaminha ou porque valida o diagnóstico e, nesse sentido, configura-

se como mecanismo auxiliar ou obstáculo para o desenvolvimento da criança e do adolescente. (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 69).

SRC63 a suposição de que a escola, com a finalidade de alfabetizar as crianças, sempre se colocou como um ambiente regido pela disciplina e pela obediência, originado de uma educação compensatória, o que levou os profissionais da educação a equivocarem-se quanto ao que representa o “normal” e o “patológico”, sem considerar que a criança como sujeito ativo, que produz, que deseja, que precisa e que deve se expressar (CID, et al., 2019, p. 10-11).

SRC42 (...) o CAPS ou serviço correspondente ao qual a demanda é dirigida precisa desenvolver ações conjuntas também com a escola, a fim de problematizá-la e desconstruí-la, buscando juntos construir práticas que envolvam outros setores da sociedade, se necessário. (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 71).

Caponi e Daré (2020) abordam o projeto neoliberal escolar para a educação que consiste em inserir no contexto escolar os princípios individualizantes que responsabilizam os estudantes por seu sucesso ou fracasso, um ambiente hostil por exigir de uma pessoa em desenvolvimento a excelência na gestão de si e alta performance em tempo integral, sem considerar a origem ou o processo pessoal, uma individualização que desconsidera a singularidade e a diversidade dos sujeitos. E onde o fracasso, por ser responsabilidade individual, passa a ser medicalizado.

O Neoliberalismo é um sistema produtor de subjetividades que se fundamenta na perspectiva incoerente do humano individualizado existindo sem vínculo social ou contexto histórico, cujo objetivo é a formação e manutenção de “capital humano” ou do “empresário de si”. (CAPONI; DARÉ, 2020, p. 303)

Instala-se desse modo, o que os autores denominam uma “doença da responsabilidade”, para a qual proliferam diagnósticos psiquiátricos e prescrições psicofarmacológicas em substituição às respostas que as instituições sociais, educativas e legais, já não desejam ou se negam a oferecer. (CAPONI; DARE, 2020, p. 309).

Nesta perspectiva não há espaço para pensar o desenvolvimento social, os vínculos são fragilizados e a competitividade é estimulada impondo um constante estado de alerta. Essa demanda sobre pessoas em vulnerabilidade cria o adoecimento. Para os que não possuem suporte sócio-histórico para atender a demanda de alta produtividade resta o lugar de consumo de serviços e produtos para aumentar a performance. (CAPONI; DARÉ, 2020)

Atualmente os psicotrópicos figuram nesse lugar mascarador das desigualdades, não necessariamente biológicas. Considerar que a única causa para o sofrimento mental é biológica contradiz toda a história de construção da psiquiatria. Transformar sintoma em causa do

sofrimento e uma manobra biopolítica que oculta os problemas reais, as causas. Isto posto entende-se a Política de Atenção Psicossocial como um novo paradigma da saúde mental um vez que considera-se também causas de sofrimento sem, contudo, negligenciar o sintoma, a psiquiatria é integrada no processo de cuidado, perante a complexidade do sujeito em sua demanda. A perspectiva neoliberal, contudo, tem sido adotada nas políticas públicas para a educação no Brasil a exemplo do programa Future-se sobretudo desde 2019, com a eleição do candidato a presidente de extrema direita. (CAPONI; DARÉ, 2020)

SRC43 A escola, local essencial na vida das crianças e jovens, é um espaço capaz de reproduzir diferentes situações para a criança com sofrimento mental, e auxiliar no enfrentamento dos problemas, desenvolver potencialidades, como por exemplo, conhecer e se relacionar com outras pessoas, a criação de laços de amizade, descoberta de regras e de jeitos diferentes de agir. Geralmente crianças com transtorno psíquico têm muito tempo livre, pois não exercem nenhuma atividade, evidenciando a inexistência de rotinas, horários, ou seja, nenhuma programação diária, isso acaba por agravar o quadro, ainda mais quando a criança não vai à escola. (KANTORSKI, et al., 2014, p. 657)

SRC46 A escola e seus mecanismos de funcionamento têm importante caráter psicossocial para o desenvolvimento pleno das crianças e adolescentes que a frequentam, no engajamento para a consolidação da cidadania e da participação social [...] a escola detém o potencial de ser agenciadora de novas formas de sociabilidade e de composição com as diferentes formas de viver e de participar do mundo (TÂNIO; HAYASHI, 2015, p. 04).

SRC59 Em todas as regiões do país, as escolas, em primeiro lugar, seguidas pelas Equipes de Saúde da Família, apresentam as maiores taxas de presença em relação aos demais serviços, sinalizando a importância destes dispositivos na construção de uma rede de cuidados em saúde mental, ampliada e inclusiva. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 394).

Como visto nestas unidades, apesar dos rumos que a política de saúde e educação tem tomado no Brasil resiste no pensamento acadêmico a compreensão de outra relação possível entre a escola e o serviço de saúde mental, além de demarcar que a escola tem um papel fundamental no desenvolvimento dessas crianças, por isso, cabe a ela estar capacitada para acolher essa demanda, todavia a escola tem se tornado mais um fator de adoecimento devido a internalização da lógica neoliberal de produtividade e desempenho conforme mencionam Caponi e Daré (2020).

Atenção Básica

Conforme exposto na Portaria GM /MS 3.088/ 2011 a Estratégia de Saúde da Família referenciada na Unidade de Atenção Básica constitui também um ponto da Rede de Atenção

Psicossocial e como tal tem a responsabilidade de ofertar ações de promoção, prevenção e cuidados em saúde mental sempre que necessário, mantendo o vínculo de referência e contra referência com outros pontos da rede.

SRC68 acompanhamento da população em experiência de sofrimento psíquico é destacada tanto na Portaria GM 3.088/ 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, como na Política Nacional de Atenção Básica, de 2012, na qual se assegura a relevância de a gestão do cuidado ocorrer nos serviços de Atenção Básica mediante o compartilhamento das ações, considerando os sujeitos em suas singularidades e complexidade na integralidade do cuidado. (TÁNO; MATSUKURA, 2019, p. 18).

No Caderno de Atenção Psicossocial, um material produzido pelo Ministério da Saúde para auxiliar os trabalhadores na oferta de cuidado em saúde mental, há uma série de reflexões acerca da população infantojuvenil. (BRASIL, 2013).

Nesse material compreende-se a função estratégica das unidades para o acolhimento uma vez que as crianças frequentam assiduamente as unidades essa equipe está sempre em contato com ela e sua família e a comunidade onde ela vive, dispõe, por isso, de acesso à informações amplas sobre o seu contexto de vida, logo, é apta a identificar a demanda e auxiliar no cuidado. (BRASIL, 2013).

SRC69 Percebe-se que o serviço de maior articulação com o CAPSi é a rede básica de saúde. A atenção básica tem potencial para desenvolver ações de saúde mental, desde a detecção das queixas relativas ao sofrimento psíquico até a promoção de uma escuta qualificada, como também oferecer subsídios para lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando aos serviços especializados. (KANTORSKI, et al., 2014, p. 655)

SRC60 A Atenção Básica, por meio do desenvolvimento de suas ações, pode estabelecer relações consistentes com a comunidade, operar mudanças e transformações sociais. Além de ampliar a sua capacidade resolutiva dos problemas da saúde, permitindo a construção de um novo tipo de relação entre ela e a saúde mental. (KANTORSKI, et al., 2014, p. 655-56)

Território

O acesso e a relação com o território tanto é um critério imprescindível da qualidade do cuidado ofertado à infância em saúde mental quanto para o ECA é um direito. No âmbito da saúde mental especificamente após a Reforma Psiquiátrica a temática do território tem sido bastante abordada, contudo, cabe destacar que a relação com o território é subjetiva, portanto, não se trata de um território que está posto, ele varia no caso a caso dos usuários do SUS. “O conceito de território implica consciência de que o poder sempre se exerce em determinado espaço e por meio dele” (FURTADO, et al., 2016 p. 02)

Furtado et al. (2016) alertam que o conceito de território ou territorialidade não tem evoluído e convergido na saúde mental para uma compreensão crítica e em comum, antes sim parece estar perdendo o seu potencial ao longo dos anos desde a experiência de Basaglia na Itália. Para os autores o conceito tem recebido sentidos variados e, às vezes, insuficientes, chegando a aparecer em alguns textos como sinônimo de área de cobertura do serviço. Essa variância do conceito desgasta a relevância do território para a saúde mental. Os autores afirmam que é imprescindível que o território seja abordado na saúde mental em sua característica fundamental que são as relações de poder, sem a compreensão destas não há delimitação de um território, é preciso estar atento a esta disputa e às relações sociais para que se possa trabalhar com inclusão e as consequências desse processo para cada indivíduo

SRC71 Sendo o ato de cuidado amplo e complexo, a clínica da atenção psicossocial deve ser clínica integral, territorializada, inter e transdisciplinar, ou seja, deve ser uma “clínica ampliada”. (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 63).

SRC76 a integração na comunidade é um meio de demonstrar que todos podem conviver mutuamente, utilizando os mesmos espaços e interagindo de forma saudável. Essa convivência só vem desmistificar a saúde mental e expor à sociedade que as pessoas com transtornos psíquicos podem e devem fazer parte da comunidade onde vivem. (KANTORSKI, et al., 2014, p. 660)

SRC77 Quando se trata da criança, devem-se considerar, necessariamente, os diversos espaços que esta frequenta: escola, praça, quadras de esporte, projetos sociais etc., sendo necessário conhecer o território, ou seja, a comunidade na qual essa criança e os indivíduos que estão ao seu redor habitam e transitam. Conhecer os recursos da comunidade e do município proporciona pensar a rede de apoio social que ampara a criança e sua família. Para que isso ocorra, os profissionais de saúde, inclusive o médico, devem extrapolar os muros da unidade, requerendo contato com a comunidade e que realmente é a melhor aliada. (GOMES et al., 2015, p. 255)

SRC79 Nesse sentido, quando falamos em território, estamos falando em articular serviços com diferentes finalidades, para auxiliar na construção de territórios que permitam reinventar a vida em todos os seus aspectos do cotidiano. (NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2015, p 07).

SRC82 um território dinâmico, onde a vida cria e se recria, o qual está comprometido com o outro, acrescido da articulação entre serviços, setores, pessoas e políticas, se destaca a intersetorialidade enquanto estratégia potente na construção de ações e parcerias, para atender as dimensões complexas do indivíduo em sofrimento psíquico para além do cuidado no eixo saúde (NUNES, et al., 2019, p. 04).

Segundo o Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas ações de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, denominado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS compõem a principal tática do processo de

reforma psiquiátrica. Neste sentido o CAPSi é retorna ao debate do setores não pela sua função de serviço especializado em saúde mental infantojuvenil, mas sim, como mais um serviço entre tantos, responsável pela oferta de cuidado para a infância e adolescência.

SRC97 A articulação entre os diversos níveis que compõem a rede de atenção em saúde mental somados aos dispositivos do território fortalecem o trabalho em rede e o modelo de atenção psicossocial, pois consideram o compromisso coletivo e a desconstrução de um cuidado exclusivamente especializado. Dessa forma, o CAPSi deixa de ser “o serviço para o atendimento psíquico”, para ser “mais um serviço” que compõe a rede, mas não o único para o local de tratamento (NUNES, et al., 2019, p. 08).

Articulação Intersetorial: a Corresponsabilização do Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil

Adota-se para fins desta análise o roteiro exploratório sugerido por Akerman et al. (2014) afim de realizar um apanhado geral da Intersetorialidade no âmbito da saúde mental infantojuvenil, desse modo as unidades temáticas desta categoria em específico serão subdividas sessões para que possam mostrar o que tem sido compreendido sob o título de ação intersectorial, quais metodologias estão sendo sugeridas para a execução desta, por quem e para quem deve ser aplicada, ou seja, quais são os atores da ação, com que objetivos e sob qual fundamentação teórico-ideológica.

O que é?

Neste sentido no que se refere *ao que é* intersectorialidade ou ação intersectorial foram encontradas as seguintes unidades de registro, alguns autores se referem a experiência de ação, enquanto outros pela natureza da pesquisa a conceituam teoricamente:

AI31 a intersectorialidade é a articulação de saberes e experiências de diferentes setores no planejamento, na realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Nesse âmbito, é fundamental desenvolver uma rede de proteção articulada por saúde, educação e família, para que a criança disponha de um ambiente saudável em que possa desenvolver adequadamente sua afetividade e aprender a lidar com suas frustrações no processo de crescimento (BECKER, et al., 2014, p. 249).

AI51 A intersectorialidade é um conceito polissêmico, ao ser utilizado no campo da saúde a intersectorialidade representa a forma como os diferentes setores sociais (educação, assistência social, justiça, cultura, lazer, entre outros) com seus saberes e práticas se articulam e se integram com vistas a orientar e garantir a resolutividade das ações de cuidado. Sendo elencada como imprescindível à configuração da nova rede de cuidados. (NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2015, p 02).

AI33 No campo da saúde mental, a intersectorialidade modificou a concepção do usuário, o colocando não como doente, mas como sujeito que necessita de uma intervenção humanizada e reconhecida pela sociedade. Porém, isso só foi possível com o fortalecimento das redes e criação das políticas sociais, visando à integralidade do sujeito (FERNANDES, et al., 2019, p. 455).

AI02 experiência que avaliou a articulação entre o serviço de saúde mental à criança e ao adolescente e ESF, ações facilitadoras e barreiras para o cuidado colaborativo, identificou como dificuldade o desconhecimento sobre os recursos existentes no território, e fatores facilitadores, o cuidado colaborativo entre os serviços foi reconhecido como uma estratégia para qualificação da atenção à saúde mental infantojuvenil (NUNES et al., 2019, p. 07).

AI04 Especificamente na esfera da promoção da atenção às crianças e adolescentes em situação de exploração sexual, foi criado o eixo cuidar concebido com o intuito de ofertar para a população-alvo cuidados em saúde, em especial e à saúde mental, para apoio, formação de vínculo e auxílio para a construção conjunta e participativa de novos projetos de vida, que se traduzissem na (re)criação de novas rotas de vida. (BELLENZANI; MALFITANO, 2006, p. 118).

Nota-se que ao abordar o que é a intersectorialidade já são evocados os demais pontos do roteiro, contudo destacamos que os autores indicam a polissemia do termo e a partir desta a necessidade de situar o conceito dentro do área técnica da saúde e da saúde mental como parte da explicação do mesmo, o que sugere uma distinção ou uma caracterização, relacionando o conceito à demanda. A Intersectorialidade em função da saúde se dá em várias etapas de um processo provocado por uma demanda de saúde para que o cuidado seja efetivado integralmente. Implica planejar, executar e avaliar em conjunto, almejando o sinergismo.

Há dois modelos de articulação intersectorial expostos acima um referente a articulação entre setores da saúde, atenção básica e atenção especializada em Nunes et al., (2019); outro mais complexo por ter uma gama maior de atores envolvido trata-se de um projeto para atender a crianças e adolescente em situação de vulnerabilidade social, que sofrem uma série de violações e nesse caso uma das frentes de ação é a busca pelo direito à saúde (Bellenzani; Malfitano, 2006, p. 118). Estes casos demonstram que a intersectorialidade pode ter diferentes níveis de complexidade e, portanto, os mais diversos arranjos.

Intersectorialidade de acordo com Sena e Garcia (2014) é forjada na necessidade de articulação das políticas públicas e urge colocá-la em prática perante o peso e extensão das demandas sociais, a complexidade dos casos de vulnerabilidade social e violações de direitos remanescentes de uma longa história de opressões sobre a qual o país foi construído.

Para Senna e Garcia (2014) a Intersectorialidade também pode receber vários sentidos, as autoras resgatam a origem da pauta intersectorial no movimento pela construção das políticas públicas após a promulgação da Constituição Federal de 1988, época em que muito se refletia

sobre a atuação fragmentada do estado e buscava-se alternativas para a superação desse modelo assimilado do sistema de produção capitalista.

Todavia a implantação das políticas intersetoriais não significa o fim dos setores, mas sim a síntese de seus saberes e fazeres, em casos específicos, para potencializar o trabalho e alcançar objetivos que escapam no espaço entre uma política e outra. A organização setorial e a efetivação de políticas intersetoriais não se anulam, devem coexistir e são compatíveis (SENA; GARCIA, 2014; NASCIMENTO 2010)

Como (qual é o método da articulação intersetorial?)

AI73 Tanto em termos de políticas de saúde como também pelo que se verifica nos resultados apresentados neste estudo, a corresponsabilização enquanto processo positivo na construção da relação entre os setores movimenta os agentes para a ampliação do olhar e do entendimento sobre as situações com as quais se deparam e nas quais devem/podem intervir. Nesta direção, a Política Nacional de Humanização (PNH) prevê que a corresponsabilização encaminha a ação para a efetivação da clínica ampliada (BRASIL, 2008). (TÂNNO; MATSUKURA, 2019, p. 14).

AI28 a articulação de redes intersetoriais são estratégias que contam principalmente com a disponibilidade particular de cada trabalhador para sua efetivação, expondo a dimensão subjetiva dessa ação (TÂNNO; HAYASHI, 2015, p. 05).

Destaca-se na compreensão de intersetorialidade trazida por Senna e Garcia (2014) que a ação intersetorial convoca organização coletiva do trabalho considerando a diversidade dos fatores envolvidos, faz se necessário um esforço comunicativo, habilidades de negociação e mediação de conflitos para convergência de forças em função da resolução do problema, é solicitado dos agentes envolvidos uma postura de abertura criativa para perceber novas formas de agir. Não apenas no que compete aos setores governamentais, mas na relação destes com a sociedade civil organizada.

AI26 intersetorialidade se trata, portanto, não de ignorar disciplinas ou saberes setoriais, mas, sobretudo, de fazer aumentar o grau de comunicação entre os setores, corresponsabilizando-os pelas situações a serem enfrentadas, em dinâmicas que objetivem a superação de problemáticas complexas localizadas em determinado território. (TÂNNO; HAYASHI, 2015, p. 04).

AI23 trabalho intersetorial adquire funções de planejamento, monitoramento e avaliação das práticas a serem desempenhadas. (TÂNNO; HAYASHI, 2015, p. 03).

AI43 Integrar as intervenções de saúde mental infantil com todos os outros programas setoriais, sem descaracterizá-los, depende de uma direção pública clara e afirmada, cuja garantia é dada pela vigência real de uma política de âmbito nacional. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 396).

AI35 no cuidado à saúde mental de crianças as ações devem ser configuradas em uma dinâmica social que suporte as diferentes formas de existência de crianças e adolescentes, sendo estes sujeitos de direitos. (FERNANDES, et al., 2019, p. 459).

AI44 Só uma direção publicamente afirmada, que se constitua como eixo organizador da intersetorialidade, pode produzir diferenças nessa realidade. A intersetorialidade, portanto, não se reduz à simples presença de serviços, mas efetiva-se quando uma linha de ação comum pode ser pactuada, partilhada e verificada entre diferentes programas. Fundamento principal da saúde mental infantil e juvenil, e imagem objetivo do futuro da saúde mental geral. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 396).

AI50 Trabalhar intersetorialmente envolve a expectativa de maior capacidade de resolução, pois a partir das necessidades do outro é que se criam o espaço possível de interação e de ação. Pautar a articulações entre sujeitos e setores diversos é, portanto, integrar saberes, poderes e vontades diversas, imprimindo uma nova forma de trabalhar e de construir políticas públicas. É nesse sentido que se destaca a intersetorialidade como estratégia para articular serviços, pessoas e políticas. (NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2015, p 02).

AI66 Vale destacar, em relação aos dados apresentados, que a sistemática atrelada ao modelo de encaminhamento não sustenta necessariamente a articulação intersetorial e em rede. (TÂNÔ; MATSUKURA, 2019, p. 10).

AI71 Ao que se percebe nas contribuições dos participantes, a ideia de corresponsabilização é entendida como a possibilidade deste agenciamento comum entre setores e instituições para o processo de produção de saúde ampliada, em que se afirma a necessidade da garantia de direitos e pactuação [...] a corresponsabilização efetiva a potencialização do trabalho e contribui para a direção para a prática da intersetorialidade. (TÂNÔ; MATSUKURA, 2019, p. 14).

AI72 Na afirmação dos participantes de que a corresponsabilização se caracteriza pela compreensão de que a criança/ adolescente não é de responsabilidade restrita de somente um serviço pode estar contida a premissa de que esses sujeitos não podem ter suas vidas, demandas e necessidades em torno de tais experiências. (TÂNÔ; MATSUKURA, 2019, p. 14).

Há uma compreensão em comum de que a intersetorialidade se trata de uma prática de corresponsabilização, postura ética que fica muitas vezes subjugada no encaminhamento que geralmente assume o caráter de repassar a demanda para o “lugar certo” e delegar a este a responsabilidade do cuidado. Ou seja, embora não seja esta a proposta do encaminhamento em saúde, que implica referência e contrarreferência, há um viés cultural de encaminhamento como repasse de demanda. (BRASIL, 2010b)

Quais os atores?

Entende-se que as ações de cuidado ultrapassam aquelas implantadas pela política de saúde e incluem todas as dispensadas pelas diferentes políticas setoriais, instituições e serviços (educação, assistência social, cultura, esporte e lazer, justiça, etc.) que compõem a rede de relações do sujeito (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 59).

Pode envolver diferentes setores dentro de uma mesma área como a saúde, ou de áreas diversas como saúde e desenvolvimento humano, entre outras pastas administrativas do governo, pode se dar na articulação de órgãos públicos de diferentes esferas do governo, ou entre o serviço público e a comunidade, entre uma políticas e afins. Os setores em relação podem ser serviços, políticas e outros segmentos sociais como afirma Junqueira (1997).

AI55 a rede intersetorial é entendida como um conjunto de pessoas e não de serviços, na qual as trocas são construídas com base em vínculos estabelecidos a partir do diálogo entre os sujeitos envolvidos no processo, refletindo um sentimento corresponsabilização, de estrutura de rede completa e resolutive (NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2015, p 05).

AI57 O ponto comum entre os serviços da rede intersetorial é justamente o sujeito e a interlocução existente entre os setores. (NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2015, p 06).

AI59 Sendo assim, fica claro que não se trata, entretanto de um protagonismo exclusivo do CAPSi realizar qualquer intervenção, seja de uma criança ou adolescente de forma isolada. Os diversos setores integrantes, independentemente da esfera que representam, estão imbuídos do compromisso com a proteção integral da criança e do adolescente. (NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2015, p 06).

AI85 a intersetorialidade aqui, está pautada na articulação entre pessoas e setores diversos, permitindo, portanto, integrar saberes, compartilhar ações conjuntas, poderes e vontades diversas. (NUNES, et al., 2019, p. 02).

Quais os objetivos?

Essa prática potencializa o aprendizado dos trabalhadores pela troca de experiências com outras áreas técnicas, o que contribui ainda para a superação do trabalho fragmentado e alienante. Por sua vez demanda-se comprometimento por parte dos atores com o processo de mudança, só assim é possível alcançar o objetivo final que na perspectiva das autoras refere-se ao desenvolvimento social. (SENA; GARCIA, 2014).

AI13 Considera-se que a intersetorialidade pode tornar-se um dos eixos principais para a consolidação de um sistema de saúde mais efetivo se construir uma interface ativa no trabalho em saúde mental, especialmente com a Educação, a Assistência Social, a Justiça e os Direitos– setores historicamente relevantes na assistência às crianças e aos adolescentes. (KANTORSKI, et al., 2014, P. 653).

AI24 a intersetorialidade deve ser entendida como ação que objetiva a transformação da lógica social, a partir do combate à exclusão na defesa do desenvolvimento social mais equânime, no sentido de que os setores, quando fragmentados em suas ações, têm pouca resolubilidade no que tange aos problemas de maior gravidade da vida contemporânea. (TÂNIO; HAYASHI, 2015, p. 03).

AI36 Assim, concordando que o processo de cuidado neste campo deve se dar de forma intersetorial, visando à garantia e efetivação dos direitos a essa população, a educação torna-se um dos campos de intervenção da terapia ocupacional, o qual é fundamentado pela interdisciplinaridade. (FERNANDES, et al., 2019, p. 459).

AI45 Ainda que voltados para o atendimento integral das necessidades da criança, nota-se fragmentação das ações setoriais, com dificuldades marcantes para contemplar demandas para além das suas responsabilidades específicas (Ribeiro, 2003; Tanaka; Lauridsen-Ribeiro, 2006; Tanaka; Ribeiro, 2009). A integração e a cooperação intersetorial são importantes para que a criança, que demanda cuidados múltiplos e interdependentes, possa ter suas necessidades atendidas enquanto sujeito integral. No entanto, direta ou indiretamente, entidades componentes desses setores desenvolvem ações relacionadas à saúde mental infantil (SMI). (GOMES, et al., 2015, p. 245-46)

AI46 Frequentemente, estes serviços realizam ações intersetoriais, mas sem uma adequada articulação em torno de uma agenda de gestão que busque implementá-las. A intersectorialidade, enfim, é um princípio norteador importante do trabalho com a SMI, possibilitando o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como a intervenção precoce (Andrade, 2006). (GOMES, et al., 2015, p. 246)

AI54 A incorporação da intersectorialidade nas políticas públicas ocasionou a articulação de distintos saberes técnicos, assumindo ganhos à população, reforçando que é preciso entender que as políticas setoriais (como a saúde) não solucionam tudo e necessitam se comunicar para evidenciar aquilo que podem ou não oferecer (NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2015, p 04).

AI60 Por fim, discute-se a intersectorialidade como eixo central das ações em saúde mental, possibilitando que recursos e dispositivos locais sejam potencializados para práticas de cuidado e de garantia de direitos. (TÂNÔ; MATSUKURA, 2019, p. 01)

AI75 Os benefícios do contato com a rede não se direcionam apenas à troca de informações, outrossim à elaboração conjunta de outras propostas e estratégias de atenção, incorporando o cuidado com as famílias e comunidades também enquanto prioridades. (TÂNÔ; MATSUKURA, 2019, p. 14-15).

AI80 Isso posto, busca-se, com as ações intersetoriais, o estabelecimento de parcerias entre diferentes setores e instituições, no sentido de trabalharem em conjunto, para que juntos alcancem objetivos e metas comuns. (...) tenta-se obter certa unidade com o estabelecimento de relações que superem a fragmentação e a especialização (...) embora ações em nível intersectorial estejam previstas na política de saúde mental infantojuvenil (Brasil, 2014), a concretização delas ainda é um desafio (CID, et al., 2019, p. 19)

AI83 O cuidado elevado ao plano intersectorial é uma necessidade e um modo de lograr novos olhares sobre o cuidado e suas articulações para consolidação da política de Saúde Mental da Criança e Adolescente (NUNES, et al., 2019, p. 01)

O objetivo é alcançar respostas resolutivas através da cooperação e integração de saberes para questões complexas. A intersectorialidade deve ser guiada pelo princípio da convergência, ou seja, a junção de forças para atuar sobre a mesma situação. Neste sentido é preciso ter explícito que trata-se de uma função racionalizadora que visa corrigir divergências entre pessoal e sobreposição de gastos superando limitações setoriais. É, por isso, constantemente definida como estratégia de gestão. (NASCIMENTO, 2010).

No âmbito da saúde o estabelecimento da articulação visa equidade a superação das desigualdades sociais enquanto determinantes do processo saúde-doença. Essa entendimento de oferta de cuidado não compactua com o modelo médico-hegemônico, biologicista e hospitalocêntrico que reforça a concepção de fragmentação do sujeito para contemplar as especialidades do saber, diante disso está posto que a Intersetorialidade na oferta do cuidado só é viável em outro paradigma o da clínica ampliada. (SENA; GARCIA, 2014; ROMAGOLI, et al., 2017)

Porque? (qual paradigma fundamenta?)

Nascimento (2010) discute a intersetorialidade a partir de uma perspectiva de retomada da responsabilidade do Estado sobre as questões sociais, de acordo com a autora, o domínio que o fator desenvolvimento econômico tem exercido sobre o desenvolvimento social, culminando na mercantilização de direitos como saúde educação, tem refletido no enfraquecimento do Estado e aumento das desigualdades sociais. Essa lógica tem se imposto dentro da administração pública em que as decisões políticas são tomadas visando primeiramente o fator econômico, seja na administração dos recursos, seja considerando a geração de lucros.

Custódio e Silva (2015) ao tratar da intersetorialidade nas políticas públicas alegam que estas devem ser constituídas de participação social no âmbito do Estado Democrático de Direito e devem objetivar o desenvolvimento social, não se limitar ao mero desenvolvimento econômico. Nascimento (2010), por sua vez, denuncia uma hierarquia de setores dentro da administração pública considerando-se a relevância que o financeiro tem para tomada de decisão, é neste sentido que cabe ressaltar que a abordagem intersetorial territorializada otimiza a utilização de recursos, e por isso é frequentemente defendida pelos autores como uma estratégia de gestão pública para eficácia de resultados e contenção do desperdício de recursos públicos. (SENNA; GARCIA 2014; CUSTÓDIO; SILVA, 2015; NASCIMENTO, 2010).

De acordo com Nascimento (2010) a intersetorialidade constitui uma reorientação da maneira como o trabalho no serviço público é planejado executado e avaliado o que exige um grande envolvimento dos trabalhadores, portanto, a efetivação dessa abordagem depende não só da vontade política dos gestores públicos mas de todos convocados para o processo, sejam os profissionais da área técnica ou integrantes de cada setor e instituição.

AI14 Neste contexto, a intersetorialidade deve ser tanto um princípio da política de saúde mental quanto uma diretriz fundamental para a organização e operacionalização

dos serviços, e não se reduza somente à presença de serviços, mas efetive-se através de ações pactuadas, compartilhadas e constatadas entre os distintos programas. (KANTORSKI, et al., 2014, p. 653).

AI12 é importante refletir a saúde mental infantojuvenil como uma questão que vise além da intervenção da doença e seu tratamento, mas envolva fatores sociais mais complexos, demandando uma articulação intersetorial. Dessa forma, a intersectorialidade pode ser entendida como articulação de diversos setores, a qual permite compartilhar responsabilidades e saberes, possibilitando um olhar ampliado para solução dos problemas encontrados, com a garantia da inclusão social, cidadania e direitos humanos. (KANTORSKI et al., 2014, p. 653).

AI07 Como ponderam Couto e Delgado (2010, p. 272), mesmo que sua operacionalização e tradução sejam distintas conforme o setor que a nomeia como prioridade, é [...] consenso apenas o reconhecimento de que práticas intersectoriais são necessárias no enfrentamento de problemas reais e complexos, frente aos quais as respostas calcadas em tradições setoriais ou estritamente especializadas não têm se mostrado satisfatórias (ZANIANI e LUZIO, 2014, p. 59).

AI09 alguns estudos referenciam a intersectorialidade como premissa para a integralidade do cuidado na prática do CAPSi. Não obstante, tal princípio permanece nos artigos numa conjuntura secundária, ou seja, não é posto em destaque. (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 72).

AI22 A clínica da infância e da adolescência solicita, assim, imediatamente em seu estabelecimento, o reconhecimento de outras instâncias de cuidado que estiveram historicamente engajadas na construção de práticas para esse grupo: assistência social, justiça, educação, entre outras (TÂNÔ; HAYASHI, 2015, p. 03).

AI10 Apenas assinalamos que, se as ações do CAPSi não podem prescindir de outras ações intersectoriais, tampouco essa discussão pode passar de modo tão inadvertida e não problematizada nas publicações veiculadas nos meios científicos. (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 72).

AI64 Considerando a trajetória histórica de violação dos direitos das crianças e adolescentes em território nacional, como já assinalado, e a necessidade de reordenação das práticas que possam de fato garantir direitos, o trabalho na perspectiva da construção de redes e, tão logo da intersectorialidade, se situa enquanto um posicionamento metodológico e ético, na qual os CAPSij desempenham papel fundamental. (TÂNÔ; MATSUKURA, 2019, p. 04).

Nascimento (2010) faz um alerta extremamente relevante que para alguns estudiosos do tema pode soar redundante ou ingênuo, contudo, a sutileza às vezes passa despercebida, para a autora uma ação só se constitui intersectorial quando os diversos setores para além de estarem envolvidos com a resolução de uma demanda em comum são guiados por um plano de ação compartilhado que parte de um lugar em comum rumo ao objetivo coletivamente pactuado de modo que é o que se faz *entre* setores que define a qualidade da ação.

O paradigma da desinstitucionalização supõe em suas bases epistemológicas e conceituais a amplitude cultural do processo de desconstrução dos saberes e práticas que reduzem a loucura à doença mental e que, conseqüentemente, reforçam hospitalar e o setor saúde como únicas referências para atenção [...]. A produção de saúde mental passa necessariamente pela construção da Inter setorial alidade e do trabalho em uma

rede articulada de saberes e práticas, de tal modo que esse passa a ser o principal desafio para desinstitucionalização”. (ROMAGNOLI, et al., 2017, p. 158).

Para Romagnoli et al. (2017) a intersetorialidade em uma sociedade tão marcada pelas desigualdades sociais quanto o Brasil é um fator de proteção social, através da construção de uma interface entre os setores governamentais e instituições não governamentais para o enfrentamento da complexidade dos problemas sociais.

A intersetorialidade demanda da gestão pública uma nova organização do trabalho mais horizontal e coletiva, contudo, um desafio a ser enfrentado nesse caso é o trato com as diferenças entre os setores que requer esforço colaborativo e a elaboração de uma linguagem comum para o diálogo (ROMAGNOLI, et al., 2017). Autoras como Monnerat e Souza (2009) sugerem a necessidade do estabelecimento de uma agenda de debate sobre o tema entre os estudiosos da área junto com formuladores implementadores das políticas para facilitar o avanço da mesma.

Desafios e enfrentamentos

Dentre os desafios abordados pelos autores separou-se as seguintes unidades para disparar reflexões acerca das possibilidades de enfrentamento dos obstáculos postos na prática.

AI11 a intersetorialidade, tão referendada nas bases legais, esbarra na desarticulação dos serviços públicos e não na ausência absoluta de recursos. [...] existiria uma rede intersetorial potencial de cuidado, ou seja, que pode tornar-se intersetorial. (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 72).

SRC105 esperar que a rede se constitua formalmente para assim então “funcionar” parece uma atitude que pode afastar/ diminuir as capacidades analíticas e de engajamento de trabalhadores para esta empreitada. (TÂNIO; MATSUKURA, 2019, p. 22).

SRC106 [...] não se trata de negar as dificuldades, embates e obstáculos colocados na constituição das redes, outrossim de assinalar que estas são desafios inerentes aos processos de gestão mais compartilhada. (TÂNIO; MATSUKURA, 2019, p. 22).

AI16 Dentro desta lógica, busca-se o fortalecimento de parcerias, trabalhar em conjunto, buscar soluções, evitando-se a transferência de problemas, tornando-se protagonistas no cuidado e corresponsáveis pela saúde e qualidade de vida dos sujeitos. (KANTORSKI, et al., 2014, p. 659).

AI18 cabe também aos coordenadores dos CAPSi procurar estabelecer parcerias com os órgãos responsáveis, para que se possa construir uma rede intersetorial de assistência mútua, e não de forma isolada, a fim de criar subsídios necessários para garantir um desenvolvimento benéfico às crianças e jovens. (KANTORSKI et al., 2014, p. 660).

AI27 Os resultados apontaram que diferentes setores, como educação, assistência social, saúde e justiça/ direitos, reconhecem que em suas práticas realizam o desenvolvimento de ações em saúde mental, indicando que essa experiência pode ser disparadora para o desenvolvimento de mais pesquisas semelhantes em outras localidades do país. (TÂNIO; HAYASHI, 2015, p. 05).

AI30 Atlas - Child and Adolescent Mental Health Resources: global concerns, implications of future, elaborado pela World Health Organization (WHO) que contou com a participação de mais de 60 países na composição de um guia para o cuidado em saúde mental para a infância e adolescência. O Atlas indica fortemente a importância do trabalho intersetorial, como também apresenta os possíveis obstáculos para a construção de uma rede local de cuidados; entre eles, encontra-se a falta de uma linguagem compartilhada entre profissionais da saúde e da educação e o trabalho muitas vezes cindido entre esses dois setores adolescência. (TÂNIO; HAYASHI, 2015, p. 05).

AI38 No Brasil, o incremento do sistema de cuidados depende da expansão da rede de serviços de saúde mental infantil e juvenil, dos mais aos menos especializados, e de sua articulação efetiva com outros setores públicos dedicados ao cuidado da infância e adolescência. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 390).

AI41 No que tange à intersetorialidade no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes, o principal problema brasileiro parece estar situado na presença desarticulada de serviços públicos para infância e adolescência, e não na ausência absoluta de recursos. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 396).

AI70 De acordo com os autores, o enfrentamento deste problema depende da maior conscientização dos gestores locais e regionais e da sociedade em geral, em relação ao sofrimento psíquico nesta população, e da carga a eles associada; à ampliação da oferta de capacitação profissional; ao aumento e à regularidade dos recursos financeiros; e à ampliação da base de defesa dos direitos humanos para a população em questão. (...) o principal problema brasileiro parece estar na desarticulação entre os serviços públicos para infância e adolescência, e não na ausência de recursos, visto que os serviços parecem existir nas diferentes esferas públicas; no entanto, a rede ainda é invisível. (CID, et al., 2019, p. 18-19).

AI87 E pensar essa rede para além de um conjunto de serviços, ações ou intervenções, que funcionem de modo eficiente, é necessário romper a segmentação e perceber a rede como um projeto tecido entre muitos “nós”, que compõem um coletivo articulado capaz de produzir fluxos que potencializem o cuidado, a atenção e a vida. (NUNES, et al., 2019, p. 02).

AI93 Embora uma rede de cuidado ideal se componha pelos serviços de saúde, setores e recursos do território, o compartilhamento de responsabilidades e ações só acontece se transversalizadas por trabalhadores e serviços. (NUNES et al., 2019, p. 07).

O modelo proposto pelo SUS faz exigências que o modo de trabalho de inspiração taylorista não é capaz de atender. Faz-se necessário que os trabalhadores e trabalhadoras do SUS sejam autônomos, críticos, criativos e comprometidos com seu fazer para a produção de saúde, algo que não é viável reproduzindo um modelo burocrático, fragmentado e alienado de produção. (CAMPOS, 1998).

O SUS tem um pacto com a democracia participativa que é imprescindível para sua efetivação e eficácia no atendimento da demanda, contudo, apenas os Conselhos e Conferências

de saúde não dão conta desse desafio é preciso repensar o modo de produção para o trabalho no SUS. (CAMPOS, 1998).

Para o sistema funcionar é preciso que suas partes (trabalhadores e serviços) estejam ativos na sua melhor forma, para que haja o comprometimento destes com seu processo de trabalho, Campos (1998,) avalia que é preciso superar a alienação promovida pela burocratização e fragmentação do processo de cuidado, para isso, propõe o método de Gestão Democrática ou Gestão Colegiada. São características do método criar coletivas de trabalho em função do objetivo com garantia de indicadores produção para comparação ao método anterior.

Campos (1998) alerta que auto-gestão é inviável e poderia levar a tomada de decisões excludentes antes opta-se e pela cogestão em que participasse da tomada de decisão considerando-se os demais autores do processo.

A cogestão se orienta pela não dominação absoluta de uma instância mas sim pelo poder relativo e em relação com outros poderes e domínios de tomada de decisão, do mesmo modo a liberdade e autonomia dos trabalhadores não são totais mas coexistem de modo que por não ser total também não se sobreponha aos demais. (CAMPOS, 1998).

Trata-se de uma metodologia que combina democracia participativa com os objetivos originais das instituições do mesmo modo equilibra o atendimento às demandas dos usuários e dos trabalhadores. O método busca contemplar produtividade compromisso e participação democrática mas sobretudo acrescentar à dimensão terapêutica também a dimensão pedagógica em função do desenvolvimento do profissional em níveis pessoais e coletivos. (CAMPOS, 1998).

É preciso atenção para o fato de que trabalhar com diferentes atores investidos de níveis diversos de poder é complexo, envolve resistência das partes e emergência conflitos, portanto, optar pela implementação da intersetorialidade requer a força da decisão política, é posicionamento ético em defesa da garantia de direitos. (SENA; GARCIA, 2014).

Sena e Garcia (2014) defendem que a partir da fundamentação no conceito de territorialidade aplicado às práticas de promoção que a ação seja planejada no nível local. Monnerat e Souza (2009) alegam que a intersetorialidade tem sido defendida como uma estratégia de gestão para amenizar os efeitos da fragmentação das políticas sociais e atuar no combate às desigualdades sociais, para elas o paradigma da intersetorialidade deve nortear o combate à fragmentação e especialização dos saberes e fazeres permitindo assim uma

perspectiva mais ampla e completa dos problemas para que através da ação colaborativa articulada sejam promovidas práticas sociais mais adequadas para contemplar as demandas com resolutividade.

As autoras sugerem que a intersetorialidade é uma síntese forjada no conhecimento dos limites de cada setor, segmento social ou instituição, contudo, nesse âmbito é preciso dedicar atenção para alguns fatores subjetivos que atravessam o processo, como a dificuldade humana em reconhecer as próprias limitações, por isso, a negociação de interesses é imprescindível para o planejamento compartilhado destas ações. Trabalhar com intersetorialidade implica a concretude das diferenças, ela é em essência o diálogo que só pode se dar entre alteridades. (MONNERAT; SOUZA, 2009).

ANÁLISE DOCUMENTAL ACERCA DA INTERSETORIALIDADE NA FORMULAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

A legislação brasileira possui três documentos fundamentais sobre os quais não há pretensão de se aprofundar neste estudo, contudo, são imprescindíveis para compreender os demais textos que norteiam a construção da Política de Saúde Mental Infantojuvenil são eles: a Constituição Federal de 1988, a Lei 8.069 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei 10.216 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais. A análise documental desenvolvida a seguir tem como principal objetivo observar evolução do fundamento intersetorial através da perspectiva dos formuladores de políticas públicas.

III Conferência Nacional de Saúde Mental (IICNSM)

A III CNSM teve seu tema vinculado ao da OMS “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Convocada após a promulgação da Lei 10.216/2001 e realizada em Brasília em dezembro do mesmo ano e contou com a participação de 1480 delegados. (BRASIL, 2002).

As Conferências Nacionais são convocadas sem momentos de disputa dos rumos da Política de Saúde Mental perante a conjuntura nacional. Trata-se de um dispositivo de controle social e construção democrática de princípios e diretrizes para a reorientação do modelo assistencial em saúde mental. O texto versa sobre as formulação, capacitação e contratação de recursos humanos, mecanismos de financiamento, promoção da acessibilidade, garantia de direitos e cidadania e dispositivos de controle social. Além disso apresenta uma série de moções dentre elas a de repúdio a Eletroconvulsoterapia (eletrochoque).

No que se refere a reorientação do trabalho o documento propõe a intersetorialidade como requisito para a melhoria da qualidade de vida, inclusão social e cidadania, conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica, contemplando sempre a singularidade de cada território.

A elaboração e execução de ações no campo da Saúde Mental infanto-juvenil devem compor, obrigatoriamente, as políticas públicas de saúde mental, respeitando as diretrizes do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios do ECA. Estas políticas devem ser intersetoriais e inclusivas, com base territorial e de acordo com a realidade sociocultural de cada município. Nesta perspectiva, é fundamental a criação e/ou fortalecimento de uma rede de atenção integral à criança e adolescente e a reavaliação dos serviços existentes. (BRASIL, 2001, p. 57).

Criar fóruns intersetoriais nacional/estadual/municipal para tratar de questões referentes ao campo da infância e adolescência. Estes fóruns deverão ser coordenados

conjuntamente pelos Conselhos Nacionais de Saúde e dos Direitos da Criança e do Adolescente (CNS e CONANDA). (BRASIL, 2001, p. 58)

A compreensão de intersetorialidade neste documento aparece frequentemente vinculada a criação de espaços de debate para a construção de políticas de modo que infere-se que na perspectiva dos autores faz-se necessário convocar a diversidade dos saberes sobre saúde mental e a infância e adolescência para a promoção da integralidade do cuidado.

Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002

Esse documento versa sobre o estabelecimento dos Centros de Atenção Psicossocial e define as modalidades dos serviços pelo critério populacional de número de habitantes do território podendo ser dos tipos I, II ou III em ordem crescente de complexidade e abrangência. O texto determina como deve se estruturar fisicamente esta unidade de saúde e como será composta a equipe técnica além de esclarecer como o serviço será ofertado. (BRASIL, 2002)

No que tange ao objetivo deste estudo destaca-se o Artigo 4º (BRASIL, 2002) que define o CAPSi II (sempre do tipo II de complexidade e abrangência) é voltado para atenção psicossocial de crianças e adolescentes com transtorno mental e/ou decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas, tem a característica de serviço ambulatorial de funcionamento diário, nos dias úteis e em dois turnos podendo suportar um terceiro turno, com capacidade técnica para regulação da porta de entrada para assistência, cabendo a este serviço, sob a orientação do gestor local, coordenar e organizar a demanda e a rede de cuidados e supervisionar as equipes de atenção básica e saúde mental no território no que se refere a sua competência assistencial: infância e adolescência. Quanto ao tipo de assistência ofertada pelo CAPSi há uma especificidade referente a intersetorialidade, é o único momento em que o termo é mencionado no documento:

A assistência prestada ao paciente no CAPSi II inclui as seguintes atividades: [...] f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; g - desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça” (BRASIL, 2002).

Esta especificidade conforme aborda Couto (2010) indica o duplo mandato do CAPSi, sendo estes: o terapêutico no nível da atenção especializada e o gestor como competência para gerenciar as ações intersetoriais. É a primeira indicação desta estratégia de trabalho voltada para a atenção em saúde mental infantojuvenil.

Portaria nº 1.946, de 10 de outubro de 2003

Determina a criação de um grupo de trabalho responsável por elaborar a proposta da constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes a partir do diagnóstico da situação do atendimento psicossocial a essa população. Para compor o Grupo de Trabalho foi designada a Coordenação Geral de Saúde Mental /DAPE/SAS a responsabilidade de coordená-lo junto a representantes de diversas políticas de saúde, foram convidados uma série de setores e instituições citados no documento e que atribuem a este o caráter intersetorial. (BRASIL, 2003).

Portaria número 1.608, de 03 de agosto de 2004

Constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes com função de ser um espaço de articulação intersetorial de discussão permanente sobre as políticas para esta área e estabelecer diretrizes nacionais para atuação técnica e formulação da política, promover o diálogo e integração entre as instituições que cuidam da infância e adolescência e produzir conhecimento para subsidiar no âmbito da gestão em seus diversos níveis. O fórum é, para tanto, intersetorialmente composto por trinta e duas instâncias com assento permanente, incluindo os setores não governamentais representantes de movimentos nacionais de crianças e jovens, podendo contar ainda com participação de convidados. (BRASIL, 2004).

Esse colegiado foi um dos principais atores do processo de construção de diretrizes para a formulação de políticas públicas de atenção à saúde mental infantojuvenil, com reuniões periódicas produziram uma série de recomendações para orientar a prática de atuação técnica nesse campo. Compreende o período de 2005 a 2012, o material elaborado foi organizado e publicado pelo Ministério da Saúde para qualificar e fortalecer a construção e consolidação da política nacional de saúde mental álcool e outras drogas na forma de livro sob o título: Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012, que também será considerado nesta análise a seguir.

Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012

A primeira publicação do fórum nacional de saúde mental infantojuvenil data de 2005 e trata das diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em todo o território nacional. O texto considera a existência de número significativo de crianças

que ainda se encontram institucionalizadas no país seja em abrigos, entre estes os específicos para pessoa com deficiência, seja cumprindo medida socioeducativa ou internas em instituições psiquiátricas. (BRASIL, 2014).

Diante disso, as recomendações do fórum buscam a reversão da tendência institucionalizante no campo da saúde mental, da assistência social, da educação e da justiça, por intermédio, entre outras estratégias, da articulação corresponsável entre diferentes setores públicos que compõem a rede assistencial, e da tomada de responsabilidade com ações imediatas em todas as esferas de governo por parte dos gestores, em cada localidade do território, implementando o conjunto das recomendações que constitui este documento. (BRASIL, 2014).

Neste documento a intersetorialidade se expressa como ação do poder público para garantir os direitos fundamentais da criança e do adolescente à vida, à saúde, à liberdade, ao respeito, à dignidade e à convivência familiar e comunitária, conforme consta no estatuto da criança e do adolescente.

O segundo texto publicado pelo fórum de saúde mental também data de 2005 e teve como tema central “A Articulação dos Campos da Saúde e do Direito nas Políticas e nas Práticas Públicas de Atenção à Infância e a Adolescência”. (BRASIL, 2014).

Estes campos da saúde e do direito apesar de ter perspectivas distintas e heterogêneas e linguagem própria tem em comum o compromisso de assegurar os direitos fundamentais da infância e adolescência. O texto faz um levantamento histórico de como os campos da saúde e do direito estiveram envolvidos com as políticas do Estado para a esta população ao longo dos anos. Faz sérias críticas ao *modus operandi* do direito e aponta que nenhum saber deve se considerar suficientemente infalível perante as questões sociais, alerta para o fato de afirmações levianas sobre o aumento da violência urbana serem responsabilidade da Juventude e aborda ainda o debate da redução da maioria penal como potencialmente prejudicial e uma ameaça a efetivação dos direitos humanos. Diferencia *responsabilidade subjetiva* de *imputabilidade penal* uma vez que o adolescente é inimputável não significa que não tenha responsabilidade sobre seus atos cabendo sempre o estabelecimento de procedimento especial em caso de conflito com a lei, a partir das medidas legais previstas no estatuto da criança e do adolescente uma vez que são suficientemente apropriadas para resolução desses conflitos. (BRASIL, 2014).

O fórum identifica urgência em elaborar um projeto de atenção à saúde mental de adolescentes e jovens em situação de privação de liberdade. Recomenda ainda a necessidade de construção de um documento com o diagnóstico da atuação dos Conselhos Tutelares acerca dos encaminhamentos ofertados por eles a crianças adolescentes e seus familiares que sofrem de transtorno mental ou decorrente do uso de álcool e outras drogas. Reafirma seu compromisso público de se posicionar contrário ao qualquer proposta ou projeto de lei ou de emenda constitucional que pretenda reduzir a maioria penal especialmente sob a alegação de combate à violência. (BRASIL, 2014).

Este texto encerra diretrizes elaboradas pelos setores de saúde mental e do direito em uma ação intersetorial para a garantia do direito à saúde mental de crianças e adolescentes em especial dos que se encontram institucionalizados e/ ou em conflito com a lei.

A terceira publicação de recomendações do fórum também conhecida como *carta de Salvador* resulta do debate em continuidade à reunião anterior de Curitiba com apresentação de novos subsídios, neste caso, uma pesquisa científico-acadêmica. Esse documento aborda a relevância da efetivação da articulação com movimentos comunitários como a CUFA (Central Única de Favelas) e o Observatório de Favelas, uma vez que esse tipo de arranjo integracional pode promover modos inventivos, inéditos e criativos de inclusão social a partir das próprias práticas culturais, econômicas e sociais desses lugares e não simplesmente a partir de uma intervenção externa. O documento aponta o protagonismo local como emancipatório da condição de tutelados e assistidos que reproduz a exclusão social. (BRASIL, 2014).

Entre as recomendações deste documento encontra-se a necessidade de uma reflexão crítica sobre os termos e metodologias usados na pesquisa científica para evitar a patologização de problemas sociais complexos, propõe ainda a realização de um projeto-piloto com as instituições citadas anteriormente.

Nesse texto a concepção da intersetorialidade se amplia para uma perspectiva territorial, da articulação dos serviços públicos com instituições locais amplamente apropriadas de saberes sobre o território físico, simbólico e social e suas relações internas de poder, ampliando assim, o potencial criativo do trabalho a ser realizado, mas também seu potencial de combate às exclusões sociais investindo no empoderamento das instituições locais criadas pela própria comunidade. (BRASIL, 2014).

Em texto anexo a esta carta o fórum recomenda detalhadamente a criação do grupo técnico de acompanhamento do CAPSi subordinado à Área Técnica da Saúde Mental do Ministério da Saúde com objetivo de garantir que a ação dessas unidades esteja de acordo com a Portaria nº 336 de 2002, ofertar subsídio técnico para implantação e consolidação de novos serviços e reorientar a atuação dos já credenciados, incrementar articulação do CAPSi com a rede assistencial a partir do fundamento intersetorial e da lógica de rede ampliada, garantir a regularidade da supervisão clínico institucional e viabilizar a participação do CAPSi na construção das políticas públicas de saúde mental com intenção manter um processo permanente de avaliação em todo o território nacional.

Fica estabelecido que o trabalho da CAPSi será intersetorial contudo o fórum percebe a necessidade de readequar as práticas nessas instituições para contemplar esse fundamento.

A quarta reunião ordinária do fórum de saúde mental infantojuvenil ocorrida em dezembro de 2006 resultou em um documento de pactuação de um conjunto de diretrizes para nortear o trabalho em todo o país com o objetivo de consolidação da rede pública ampliada de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. (BRASIL, 2014).

Neste documento o fórum declara o direito de crianças e adolescentes em receber atendimento integral, integrado e intersetorial em saúde mental e afirma o dever dos gestores públicos em assegurar que as ações de cuidado sejam construídas em consonância com a legislação que garante esses direitos. De acordo com o documento a rede pública ampliada de saúde mental para crianças e adolescentes deve atuar de acordo com os princípios da intersetorialidade e territorialidade de modo que as estratégias sejam pactuações coletivas e permanentemente avaliadas em sua efetividade. (BRASIL, 2014).

O texto versa sobre diretrizes para a organização e expansão da rede de cuidados, a formação e qualificação de recursos humanos, as estratégias de gestão da política de financiamento e, por fim, a produção de conhecimento e disseminação de informação qualificada sobre a política de saúde mental. (BRASIL, 2014).

No que se refere à organização e expansão da rede afirma-se:

As instâncias gestoras de saúde mental e os CAPSi deverão agenciar ações de integração para a rede escolar, a rede de assistência social, a saúde em geral, as instituições dos campos do Direito e da Justiça, da Cultura e do lazer, assim como para os conselhos tutelares e de direitos para a efetivação de uma rede ampliada em seu âmbito de gestão que opere sob os princípios da atual Política Pública de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. (BRASIL, 2014, p. 27).

Com relação às estratégias de gestão o documento indica necessidade de municípios e regiões de saúde constituírem o fórum local de caráter intersetorial e deliberativo com participação de familiares e responsáveis garantida nos espaços de debate sobre a política de saúde mental infantojuvenil. (BRASIL, 2014).

A sétima reunião ordinária do fórum cujo documento resultante foi publicado em 2007 teve como tema central “A Rede de Cuidados na Perspectiva da Intersetorialidade” tema pactuado desde a reunião anterior. (BRASIL, 2014).

Neste documento está posto que a intersetorialidade na prática se dá a partir da construção de cada caso considerando sua singularidade e de acordo com essas especificidades os recursos do território devem ser também acionados, o documento reforça a necessidade de criação dos fóruns municipais e estaduais dos direitos da criança e do adolescente. O texto aborda os encaminhamentos feitos pelas equipes de atenção psicossocial para alertar necessidade de responsabilização por cada caso para que o encaminhamento não se traduza em uma prática meramente normativa e sim potencialmente articuladora da rede, além disso, traz a necessidade de que sejam fortalecidas as práticas de reunião com todos os dispositivos do território das diversas áreas e dos diversos setores governamentais. (BRASIL, 2014).

O texto traz uma sessão sobre os diferentes planos de ação intersetorial e as recomendações para estes acerca da saúde mental e educação inclusiva, da assistência social, no caso dos abrigos, e da justiça perante o sistema de medidas socioeducativa, da atenção básica acerca do uso abusivo de álcool e outras drogas, da intersetorialidade na internação psiquiátrica - com a recomendação de que as internações psiquiátricas quando não puderem ser evitadas que ocorram preferencialmente nos leitos psiquiátricos em hospital geral com o acompanhamento da equipe do CAPS de referência durante todo o período de internação e com o devido retorno para o território assim que possível - e por fim trata a necessidade de formação permanente e supervisão para os profissionais da rede. (BRASIL, 2014).

Destaca-se nesse texto que em todos os casos citados de possibilidade de articulação intersetorial o CAPSi tem uma função primordial de agenciar e gerenciar a ação, com exceção do sistema de medidas socioeducativas.

A oitava reunião ordinária do fórum teve como tema “Álcool e Outras Drogas Atenção Integral e Inclusão” para focar nos casos de crianças e adolescentes com questões relacionadas ao uso abusivo destas substâncias. (BRASIL, 2014).

O texto destaca a complexidade desta questão social e o alto nível de vulnerabilidade a que essa população está exposta em especial as crianças e adolescentes em situação de rua, é preciso que a política seja capaz de articular o sistema de saúde através da política de saúde mental e o sistema socioeducativo, tendo em mente a necessidade de qualificação da rede e o acionamento de redes de apoio social para a atenção integral destes sujeitos, se constituindo, portanto, um grande desafio para gestores e todos os profissionais das diversas unidades de saúde e dos demais dispositivos do serviço público, sendo imprescindível a abordagem intersetorial para tratar dessas questões. O documento divide-se em três grandes eixos: I Diretrizes gerais: pressupostos éticos e políticos; II Como organizar a rede pública ampliada para garantir atenção adequada? e III Sistema socioeducativo saúde mental álcool e outras drogas. (BRASIL, 2014).

O texto desse documento expressa que quanto maior a vulnerabilidade social a que o sujeito está exposto proporcionalmente maior será a demanda por um cuidado integrado e intersetorial perante a insuficiência de um saber ou de um serviço contemplar a complexidade da questão e apresentar resolutividade para o caso.

A nona e última reunião do fórum tratou da infância e juventude no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O texto está organizado na forma de lista de proposições. Dentre elas destaca-se: reforça e incentiva a formação de fóruns de saúde mental infantojuvenil locais estaduais e regionais para que sejam conduzidas por um colegiado de saúde mental composto por profissionais da rede, propõe a necessidade do desenvolvimento de mecanismos de financiamento intersetorial de acordo com a necessidade de cada território, propõe ainda a identificação de quais proposituras dos fóruns anteriores foram cumpridas e quais os resultados identificados, além da necessidade de ampliar o debate em saúde mental infantojuvenil para além do tema álcool e outras drogas, identifica necessidade de garantir a participação dos jovens nos fóruns regionais desde a sua organização até a possibilidade de formação destes como multiplicadores, bem como inserir adolescentes na comissão organizadora dos fóruns, portanto, estes espaços devem ser atraentes para este público. Recomenda estimular o atendimento a partir da prática do acompanhante terapêutico para crianças e adolescentes - e poder contar com um profissional cuidador para essa clientela quando for o caso, reduzir para 16 anos a idade para representação no Conselho de Saúde e que a participação desses adolescentes seja garantida e incentivada. (BRASIL, 2014).

Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil

O livro Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil publicado pelo Ministério da Saúde em 2005 inicia com a apresentação do então ministro da saúde Saraiva Felipe abordando a dívida histórica que o Estado e a sociedade brasileira tem com a infância e adolescência, sobretudo as que viveram em situação de pobreza, perante práticas com enfoque na institucionalização, correção e punição como abordagem para as questões sociais e sanitárias que resultaram na estigmatização desse grupo ao longo do tempo. Período em que o Estado foi extremamente negligente com as crianças e adolescentes com transtornos mentais, sobre os quais são escassos registros de qualquer cuidado e eles destinado. (BRASIL, 2005).

O primeiro capítulo do livro faz uma abordagem histórica dos antecedentes da política. Seguido por um capítulo que traz as diretrizes para a construção dessa política acolhimento universal, encaminhamento implicado, ampliação e construção permanente da rede, territorialização da política e intersetorialidade do cuidado. Acerca desta última afirma-se que o cuidado clínico não pode deixar de incluir a relação com as instâncias não clínicas envolvidas na vida das crianças e dos adolescentes, a fim de superar o paradigma da institucionalização e exclusão social, orienta a construção de uma rede articulada que leva em conta a singularidade de cada caso. (BRASIL, 2005).

O terceiro capítulo intitulado “Diretrizes Operacionais para os Serviços de Saúde para Crianças e Adolescentes” de autoria de Ana Pitta, Luciano Elia, Maria Cristina Hoffmann e Maria Cristina V. Couto trata-se de um documento elaborado a partir da solicitação da área técnica da Saúde Mental em 2004, é anterior às recomendações do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. Neste texto os autores elencam alguns pontos que consideram norteadores para que os serviços de saúde possam atender a crianças e adolescentes, são eles: o acolhimento, a tomada de responsabilidade por parte do serviço, considerar a criança ou adolescente como sujeitos de direito e de responsabilidade, considerar as suas dimensões subjetivas e sociais, inserir os responsáveis pela criança no processo de cuidado com o compromisso como sujeitos da demanda, garantir que o cuidado ofertado esteja fundamentado teórico e tecnicamente nos saberes disponíveis, profissionais e técnicos sempre referenciados pelos princípios coletivamente estabelecidos e pela política de saúde mental, ter sempre canais abertos de articulação com outros dispositivos do território, manter o caráter territorial, permitir margem para que o sujeito consiga traçar seu itinerário. (BRASIL, 2005).

O quarto capítulo do livro traz uma breve explicação sobre o que é o fórum de saúde mental e quem pode participar deste. Em seguida estão organizados alguns textos produzidos por teóricos do campo infantojuvenil da saúde mental e outras áreas de proteção à infância e adolescência, elaborados com o objetivo de subsidiar as discussões do fórum. (BRASIL, 2005).

Para fomentar as discussões foram convidados os seguintes expositores: Alfredo Schechtman (assessor da Área Técnica de Saúde Mental/Dape/SAS/MS) abordando sobre "História da Psiquiatria Infantil no Brasil"; Irene Rizzini (presidente do Ciespi/PUC -RJ) sobre "Abordagem Crítica da Institucionalização Infanto-Juvenil no Brasil"; Neli Almeida (diretora de Projetos do Instituto Franco Basaglia - IFB) sobre "Experiência de Desinstitucionalização no Centro Educacional Deolindo Couto"; Ana Lígia Gomes (secretária nacional de Assistência Social/MDS) sobre "O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Direito à Convivência Familiar e Comunitária"; Luciano Elia (consultor MS para Saúde Mental Infanto-Juvenil) sobre "A Rede da Atenção na Saúde Mental - Articulações entre Caps e Ambulatórios". (BRASIL, 2005, p. 24).

Anexo esse documento está a primeira recomendação extraída do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, encontra-se também a Portaria 1.608, de 03 de agosto de 2004, que institui o fórum de saúde mental foto juvenil e uma planilha de mapeamento preliminar dos setores de assistência à criança e ao adolescente. (BRASIL, 2005).

IV Conferencia Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IVCNSM-I)

O documento referente ao Relatório Final da IV CNSM-I divide-se em três grandes eixos; Políticas Sociais e Política de Estado, Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecimento dos Movimentos Sociais, Direitos Humanos e Cidadania. A intersectorialidade perpassa todo o texto trazendo uma perspectiva complexa da sua aplicabilidade no campo da saúde mental.

A IV CNSM-I foi convocada em 2010 e realizada no mesmo ano em Brasília; foi a última realizada até o momento e a primeira intersectorial e contou com a participação estimada de 46 mil pessoas de diversos setores, somando as três etapas.

Após 10 anos de implementação da Reforma Psiquiátrica, os conferencistas puderam avaliar avanços e identificar lacunas na política de saúde mental perante a complexidade do campo que demanda a ação articulada intersectorialmente.

O documento estabelece que a intersectorialidade deve reorientar todo trabalho do campo da saúde mental a partir da data de sua publicação.

No que se refere especificamente a saúde mental infantojuvenil, o relatório define esta agenda como prioritária para as ações de integralidade e intersetorialidade.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (CNSM-1) ratifica a necessidade de assegurar, em todo o território nacional, o acesso e o tratamento para crianças, adolescentes e jovens com sofrimento psíquico, através da montagem de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental de base comunitária e fundamento intersetorial consonância com as necessidades, os recursos e as particularidades de cada localidade, e sob a égide das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), da Lei 10.216, dos princípios da reforma psiquiátrica e dos fundamentos da Política Pública de Saúde Mental no SUS. (BRASIL, 2011, p. 92).

Em relação ao Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSI), a IV CNSMU reafirma sua função de dispositivo estratégico da política pública, indicando que o CAPS potencialize seu mandato de ordenador da demanda em saúde mental infantil e juvenil, opere permanentemente sob fundamento intersetorial e seja capaz de agenciar, no seu território de referência, condições efetivas para que na construção da rede e nas ações de cuidado haja o envolvimento e a co-responsabilidade de todos os setores historicamente implicados na assistência a crianças e adolescentes: o da saúde geral/menção básica, da educação, da assistência social, da justiça e direitos. (BRASIL, 2011, p. 92-93).

Além disso, o texto aborda a necessidade de incrementar ações intra e intersetoriais específicas com a Atenção Básica, os hospitais Gerais e Maternidades Infantis, a Educação, a Assistência Social, o Sistema de Cumprimento de medidas Sócio-Educativas, os Direitos Humanos e os Conselhos Tutelares.

Apesar de não trazer um conceito delimitado de intersetorialidade o documento é em si um tratado amplo sobre as possibilidades e aplicabilidade desta ferramenta de trabalho que deve ser, a partir de então, introduzida em todas as dimensões da política, desde o debate para a elaboração até a avaliação da execução. Sobretudo para a saúde mental infantojuvenil, considerando seu lugar de fundamento perante os dispositivos de cuidado e proteção à infância que necessitam de articulação para a consolidação da rede ampliada a fim de garantir a integralidade do cuidado. Portanto, destaca-se nesse âmbito a dimensão gestora do CAPS i e sua relevância para o cumprimento desta diretriz.

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011

Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de ser um documento altamente relevante para o fortalecimento da política de saúde mental faz menção à intersetorialidade apenas nos seguintes casos: afirmar a função dos

CAPS de participar ativamente das articulações intersetoriais e ações de inclusão social, e no componente Reabilitação Psicossocial da Rede para inclusão social.

Atenção Psicossocial a Criança e Adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos

Documento intitulado Atenção Psicossocial a Criança e Adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos foi publicado em 2014 e é o resultado de uma ação intersetorial entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional do Ministério Público com o objetivo de fornecer subsídio técnico pedagógico com uma linguagem comum ao setor jurídico e à atenção à saúde, sobretudo, atenção psicossocial. (BRASIL, 2014).

Dividido em capítulos o livro parte de um resgate histórico da política de defesa dos direitos da criança e do adolescente no Brasil, passando no segundo capítulo pela afirmação da criança e do adolescente como sujeitos de direitos a partir da fundamentação no Estatuto da Criança e do Adolescente, da saúde como direito fundamental da criança, até chegar no quarto capítulo no tema da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, neste ponto adota-se a compreensão de Couto e Delgado (2010) de que o Estado brasileiro tem uma dívida histórica com assistência à saúde mental infantojuvenil e que a assistência à infância no Brasil sempre esteve dispersa entre setores negligenciando a dimensão da saúde mental dessa população, portanto, para a implementação de uma política de saúde mental a intersetorialidade deve ser o ponto de partida. (BRASIL, 2014).

O texto menciona como referência o documento de 2005 Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil e resgata as diretrizes deste, ou seja, a compreensão da criança e do adolescente como sujeito responsável por sua demanda, o acolhimento universal, encaminhamento responsável sem perda de vínculo, a construção permanente da rede e sua ampliação, o princípio da territorialidade, e a necessidade de avaliação das demandas que chegam ao serviço de saúde mental. (BRASIL, 2014).

O quinto capítulo você tem sobre a rede de atenção psicossocial APIs fundamentado na portaria 3088 de 23/12/2011 o texto se debruça sobre cada serviço que compõem a rede suas funções E os diversos níveis de atenção.

O sexto capítulo intitulado “Alguns Temas Relevantes” aborda a questão da vulnerabilidade social, explora os recursos disponíveis para atenção à saúde integral de crianças e adolescentes com demandas complexas, discute o papel da educação, a situação da

dependência de psicoativos, o conceito de proteção social integral, somado a atenção à saúde e medidas socioeducativas e a atenção a crianças e adolescentes com famílias em situação de violência. Por fim o sétimo e último capítulo do livro traz um Estudo de Caso para auxiliar a pensar a rede. (BRASIL, 2014).

Este documento se comparado ao livro de recomendações do Fórum não enfatiza tanto o termo intersectorialidade, contudo, em essência ele é uma construção intersectorial para subsidiar diálogos entre setores, para que estes a partir de articulações entre si, fortalecidos pelo diálogo e munidos de referência sobre a demanda de saúde mental na infância e adolescência sejam capazes de atender à complexidade dos casos de vulnerabilidade social.

Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde

Este é um documento mais extenso composto por seis capítulos que começa trazendo a saúde como um direito e aborda o sistema único de saúde, a Reforma Psiquiátrica a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, o segundo capítulo se detém sobre os transtornos do espectro do autismo a partir de uma perspectiva histórica da conceituação, definição e nomenclatura, no terceiro capítulo se debruça sobre avaliação e diagnóstico dos transtornos para, enfim, no quarto capítulo abordar as diretrizes para o cuidado, no quinto trata de como se organiza a RAPS e no sexto capítulo se detém especificamente nas articulações intersectoriais. No sentido de evidenciar a relevância da intersectorialidade para o cuidado da pessoa com TEA, destacam-se os trechos a seguir deste documento.

A perspectiva de linha de cuidado delinea os objetivos deste documento, reafirmando os princípios ético-técnico-políticos para a organização dos pontos de atenção da RAPS e subsidiando a definição de estratégias para a ação, o que inclui uma diversidade de caminhos para o alcance da atenção qualificada, visando à garantia da produção do cuidado continuado, comunitário/territorial, incluindo a atenção básica e o acesso à complexa densidade tecnológica. Ao mesmo tempo, a efetiva garantia de direitos das pessoas com TEA e seus familiares exige, necessariamente, o desenvolvimento do trabalho em rede intersectorial, assim como a interação com os sistemas de garantia de direitos. (BRASIL, 2015, p. 71)

Fruto de intenso debate, foi recentemente sancionada no Brasil, em 27 de dezembro de 2012, a Lei nº 12.764, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo. Para efeitos legais, esta lei reconhece as pessoas com TEA como pessoas com deficiência e tem, em suas diretrizes, forte marco intersectorial. (BRASIL, 2015, p. 71)

De modo que fica pontuado que tanto por ser um fundamento da atenção psicossocial para o cuidado em saúde mental da criança e do adolescente com TEA, quanto pela via da política de proteção aos direitos da pessoa com deficiência, compreende-se que a

intersetorialidade do cuidado é imprescindível diante da demanda da pessoa com TEA em toda sua singularidade.

Este é último documento publicado como o objetivo de delinear uma política qualificada pela intersetorialidade para atenção integral em saúde mental infantojuvenil. No qual se destaca a sua relevância para a oferta adequada de cuidado diante da complexidade de alguns casos. Isto posto é possível notar que ao longo de uma década aproximadamente aprofundou-se o debate acerca do conceito de Intersetorialidade pelos formuladores de política, como momentos exitosos como a construção do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, intersetorial em sua essência, houve por um período, especificamente desde 2002, com a publicação da Portaria 336/2002, um movimento de debate e produção de subsídios técnicos para o trabalho em saúde mental com o população infantojuvenil que objetivou fazer cumprir a legislação nacional, especialmente a Lei 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica e a Lei 8.069/1990 do Estatuto da Criança e do Adolescente, ou seja, a intersetorialidade foi compreendida pelos autores e formuladores das políticas como uma estratégia, um recurso para fazer cumprir a lei e assim assegurar os direitos fundamentais do sujeito em condição peculiar de desenvolvimento em sofrimento psíquico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste trabalho foi se debruçar sobre o debate em torno da saúde mental infantojuvenil, promovido pelo meio científico e pela área técnica da saúde mental, perante sua competência para formulação de diretrizes para o trabalho, tendo como ponto de partida o conceito de Intersetorialidade aplicada a política pública de saúde mental infantojuvenil. A infância e adolescência compreendem o principal período de desenvolvimento humano, essa condição demanda por cuidados específicos. E infelizmente o conhecimento sobre a saúde mental desta população é discrepantemente inferior ao que já foi produzido acerca do sofrimento mental em adultos.

Não só no Brasil, mas como discutidos pelos autores referenciados, o mundo inteiro carece de evolução na oferta de cuidado a essa população com forte indicação para a estratégia intersetorial como potencial recurso para a efetivação dos direitos fundamentais da criança, direitos inegociáveis, cuja negligência de qualquer um destes afeta o desenvolvimento integral.

Há indícios, conforme dados levantados, de que a percepção da necessidade do cuidado integral está se estabelecendo na área técnica da saúde, e a intersetorialidade é a via pela qual esse princípio do SUS pode ser efetivado. Somado a isso nota-se nos estudos do campo da proteção à infância e a adolescência que o Estado brasileiro muito trabalhou para canalizar a infância pobre, descendente dos povos escravizados e séculos depois libertos para viver nestas terras sem nenhum suporte social, para que esta não perpetuasse a suposta degenerescência de seus antepassados impedindo assim o desenvolvimento e civilização da nação. Esse grupo social se tornou um problema de responsabilidade do Estado que precisou desenvolver diversos dispositivos de controle para docilizar esse corpos menores e em função dos objetivos do poder vigente.

O trabalho de análise destes dados objetivos identificou se há coerência entres as diretrizes para uma política de saúde mental infantojuvenil e a produção acadêmica do campo no que se refere a intersetorialidade como ferramenta de trabalho e qual lugar ocupa perante formuladores, executores e teóricos da área.

Considerando o exposto nos documentos que direcionam a atuação dos gestores e trabalhadores em geral é possível afirmar que a intersetorialidade é um fundamento do qual depende o progresso da atenção integral a saúde da criança e do adolescente, há similaridade

de sentimentos na concepção do termo e da sua aplicabilidade entre a área técnica de saúde mental e a academia.

Os sentidos identificados através da análise de conteúdo da produção teórica através da revisão de literatura evocam que a intersectorialidade no âmbito da saúde mental infantojuvenil está diretamente ligada a história das políticas para a infância ao longo dos séculos pelo Estado Brasileiro que resultou em uma série de dispositivos capazes de compor uma rede ampliada de atenção integral a saúde mental (tema 1 e 3) que há uma dívida histórica do Estado com a saúde mental desta parcela uma vez que este debate é muito recente passando a vigorar como pauta pública apenas após a III CNSM e promulgação da Lei 10.216 ambos em 2001 (temas 1,2 e 3). Uma vez que apenas a partir da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/1990 a parcela infantojuvenil da população brasileira passou a ser reconhecida como sujeito de direito (tema 2). E neste sentido a fundação do CAPS i tem o papel imprescindível de acolher estas pessoas em sofrimento mental grave a partir de uma perspectiva clínica, mas sobretudo, da clínica ampliada a partir de sua dimensão de gestor da rede convocando os diversos setores historicamente responsabilizados pela infância brasileira para integrar saberes e fazeres a partir da especificidade de cada demanda (tema 4). De modo que a articulação intersectorial e portanto, a efetivação desta diretriz do cuidado depende essencialmente da reorganização do trabalho em saúde orientada pela perspectiva da gestão proposta por Campos (1988) (tema 5).

Todos estes temas são perceptíveis na análise documental respondendo de forma positiva ao objetivo geral da análise, há coerência entre a área técnica e a produção acadêmica da saúde mental infantojuvenil. Contudo cabe ressaltar que ao pesquisar a literatura dos 52 artigos que abordam os três termos de busca, Saúde Mental, Infantojuvenil e Intersectorialidade em suas diversas variações, apenas 13 se debruçaram sobre intersectorialidade de fato, enquanto os demais apenas mencionam o tema sem contudo, abordá-lo. Ou seja 75% dos autores que reconhecem a intersectorialidade como relevante para a saúde mental infantojuvenil não atribuíram significado ao termo.

No escopo desta pesquisa não foi possível identificar e percentual de artigos que abordam a política de saúde mental infantojuvenil sem mencionar a intersectorialidade. Este aspecto, portanto, fica como sugestão para pesquisas posteriores.

Outro aspecto que merece olhar investigativo para pesquisa científica é a influência sobre o cuidado ofertado nos tempos atuais. Na história do governo da infância no Brasil,

evidencia-se a origem do problema da infância desvalida e delinvente desde a lei do ventre livre, está posto que a opção posterior do Estado após a promulgação dos Direitos Humanos foi a modelagem ou correção desse grupo para a mão-de-obra. Neste processo o racismo científico foi amplamente vigente na formulação de teorias para justificar a opção do Estado pela institucionalização massiva da infância empobrecida.

Durante séculos o sofrimento mental foi negligenciado em função da correção do comportamento, nesse processo esteve implícita a interseccionalidade de gênero, raça e classe social. E apesar da escassez de dados sociodemográficos do período há na perspectiva dos teóricos como (RIZZINI e PILOTTI 2001) a compreensão de que em sua maioria eram crianças pobres e negras.

Sugere-se para pesquisas futuras nesse campo, a relevância de dados sociodemográficos a partir da perspectiva interseccional e sobretudo a análise atenta das condições de saúde mental da parcela infantojuvenil institucionalizada para cumprimento de medidas socioeducativas, em função da forte cultura de institucionalização e negligência no cuidado com o sofrimento mental da criança e do adolescente

Levando em consideração os dois últimos capítulos deste estudo é possível perceber que as diretrizes elaboradas pela Área Técnica da Saúde Mental foram acolhidas em alguma medida pelos trabalhadores da rede e reverberaram na produção acadêmica, o que sugere que mesmo com as mudanças recentes na gestão nacional da saúde, estes textos estão disponíveis para subsidiar o debate e a formação acadêmica de futuros profissionais.

Há uma percepção que perpassa tanto o olhar do formuladores da política quanto as análises expressas pelos autores dos artigos de que a intersetorialidade, portanto, a efetivação da política para fazer cumprir a legislação depende da vontade política, da escolha ética, do compromisso de todos os envolvidos em não ceder ao *status quo*, cabe a cada trabalhador dos serviços de assistência a infância e adolescência o compromisso com o Estatuto, diante da compreensão de que cada serviço existente é resultante das pessoas que nele trabalham. Pelo exposto no material analisado percebe-se que não há outro caminho para a efetivação dos direitos senão pela via da organização coletiva dos trabalhadores e trabalhadoras em articulação com a sociedade civil organizada na pactuação planos de ação colaborativa.

Implica refletir sobre o modo de produção, fragmentado, individualizado que separa o trabalhador do objetivo final de seu trabalho, fazendo com que ele olhe apenas para um parte,

um aspecto isolado do problema e, por isso, sinta-se incapaz de resolvê-lo. As possibilidades estão postas, há propostas de reorientação do trabalho estabelecidas na Política Nacional de Humanização, há teóricos produzindo subsídios, e há implícita a compreensão de que só será possível uma sociedade mais igualitária e mais justa se houver o desejo para investir energia nesse processo de transformação.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M. *et al.* Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 11, p. 4291-4300, ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014001104291>. Acesso em: 20 jun. 2020
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 735-759.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BECKER, A. L. *et al.* A articulação da rede de proteção à criança e a aplicação intersetorial do círculo de segurança como alternativas à medicalização. **Revista Paulista de Pediatria**. Campinas, SP, v. 32 n. 3, p. 247-251, set. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-0582201432316>
- BELLENZANI, R.; MALFITANO, A. P. S. Juventude, vulnerabilidade social e exploração sexual: um olhar a partir da articulação entre Saúde e Direitos Humanos. **Saúde e Sociedade** v. 15, n. 3, p. 115-130, set-dez 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RTHPSJfwvbzrvJ87p6XDLsq/?format=pdf&lang=pt>>.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. MORAES, A. (Org.). 16. ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- BRASIL. **Lei 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 02 ago. 2019.
- BRASIL. Sistema Único de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Brasília, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica n. 34**. Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil: recomendações de 2005 a 2012**. Brasília: 2014a.

BRASIL Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Ministério da Saúde; Conselho Nacional do Ministério Público. (Org.). Brasília: 2014b.

BRASIL. **Nota Técnica** n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, Brasília, 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

BRASIL. **O Suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida**. Ministério das Mulheres, da Família e dos Direitos Humanos. Brasília: 2019.

BRASIL. **Portaria n. 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 29 set. 2019.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada online**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. *E-book*.

CAPONI, S. DARÉ, P. K. Neoliberalismo e sofrimento psíquico: a psiquiatrização dos padecimentos no âmbito escolar. **Mediações**, Londrina, v. 25, n. 2, p. 302-320, mai-ago. 2020. Disponível em: <<https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/39721>> Acesso em: 20 jun. 2021.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Psicanálise & Saúde Coletiva: interfaces**. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 97-116.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, out-dez, 1998. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/NFSNGnbbPr3DFy89XCbSZLN/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 12 jul. 2021

CID, M. F. B. *et al.* Saúde mental infantil e contexto escolar: as percepções dos educadores. **Proposições**, v. 30, Campinas, SP, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-6248-2017-0093>> Acesso em: 10 jun. 2021.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**; v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/MwhVn9BBDdZQTH6qxsxLNkf/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 05 fev. 2020.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial: considerações preliminares. *In*: LAURIDSEN-RIBEIRO,

E.P.P; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: 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. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pc/a/RSQnbmxPbbjDDcKKTdWSm3s/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em 19 set. 2019.

COUTO, M. C. V. **Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes**: especificidades e desafios da experiência brasileira. Tese (Doutorado em Saúde Mental). Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.nuppsam.org/page6.php>> Acesso em: 02 de jun. 2020.

CUSTÓDIO, A. V.; SILVA, C. R. C. A intersetorialidade nas Políticas Sociais Públicas. XI Seminário Nacional - Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. Mostra de Trabalhos Científicos. 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/view/14264>>. Acesso em: 28 mai. 2020.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**. Maringá, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/ssBKbycz5cW5RxXmNs5RcXv/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 30 jun. 2019.

DUARTE, L. F. D. Dois regimes históricos da antropologia com psicanálise no Brasil: um estudo de regulação moral da pessoa. *In*: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. cap. 7, p. 126-169. *E-book*.

FERNANDES, A. D. S. A., et al. A intersetorialidade no campo da saúde mental infantojuvenil: proposta de atuação da terapia ocupacional no contexto escolar. **Caderno Brasileiro Terapia Ocupacional**. São Carlos, v. 27, n. 2, p. 454-461, São Carlos, SP, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE1660>. Acesso em: 19 ago. 2020.

FURTADO, J. P. *et al.* A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>. Acesso em: 05 set. 2021.

GOMES, F. M. A., et al. D. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, n.1, p.244-258, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KZ4mxs7GWPPVmercbf76Y3d/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 04 out. 2020.

INOJOSA, R. M. Sinergia em política e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf> Acesso em: 11 fev. 2019.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7009/8478>>. Acesso em: 28 dez. 2019.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In **El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones** - XI Concurso de Ensayos del CLAD. Caracas, 1997. Disponível em: <http://150.162.8.240/PNAP_2013_2/Modulo_4/Organizacao_processos_tomada_decisao/material_didatico/textos/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20intersetorialidade%20na%20gest%C3%A3o%20p%C3%BAblica%20municipal.pdf> Acesso em: 28 dez. 2019.

KANTORSKI, L. P., *et al.* A intersetorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.index-f.com/pesquisa/2014/r6-651.php>> Acesso em: 10 maio 2020.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Política Social de Intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **Ser Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan.-jun. 2009. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12708> Acesso em: 13 ago. 2019.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre intersetorialidade entre as políticas públicas. **Revista Serviço Social**, São Paulo, jan-mar. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/TDCqtLhvDvRnRmDXhtTBHZK/abstract/?lang=pt>> <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12708> Acesso em: 18 ago. 2019.

NUNES, C. K., *et al.* Saúde mental infantojuvenil: visão dos profissionais sobre desafios e possibilidades na construção de redes intersetoriais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/VLXvDydD6SSmhd4PL5x3wWC/?lang=pt>> Acesso em: 13 ago. 2019.

NUNES, C. K.; KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C. Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 37, n. 3, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.54858>. Acesso em: 11 ago. 2019.

PEREIRA, M. O.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2145-2154, out, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/PJRhWJhSXY4MFhB97Qq4QKr/?lang=pt>> Acesso em: 22 ago.2019.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente**. São Paulo: Loyola, 2004. E-book.

RIZZINI, I.; PILOTTI, F. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência a infância no Brasil**. 3. Ed. . São Paulo. Cortez, 2011

RIZZINI, I. **O século perdido: raízes históricas das Políticas Públicas para infância no Brasil**. São Paulo. Cortez, 2011.

ROMAGNOLI, R. C., *et al.* Intersetorialidade em Saúde Mental: Tensões e Desafios em Cidades do Sudeste e Nordeste Brasileiro. **Revista Subjetividades**, dezembro, 2007. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/6075/0>> Acesso em 21 set. 2020.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 20, n. 2 abr-jun, 2007. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3070/307026613004.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2020.

SCARCELLI, I. R.; ALENCAR, L. S. Saúde Mental e Saúde Coletiva: intersectorialidade e participação em debate. **Caderno Brasileiro Saúde Mental**, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/C%C3%A1ssia/Desktop/Saude%20mental%20e%20inters%20em%20debat%20scarcelli.pdf>>. Acesso em 19 jun. 2020.

SENNA, M. C. M.; GARCIA, D. V. Políticas Sociais e Intersetorialidade: elementos para debate. **O social em questão**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_32_SL3_Senna_Gracia_WEB.pdf>. Acesso em: 23 set 2019.

TÃNO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/8pjwNXdHx7sn3Hh6bbGVWsK/?lang=pt>>. Acesso em: 28 maio 2020.

WAQUIM, B. B.; COELHO, I. M.; GODOY, A. S. M. A história constitucional da infância no Brasil à luz do caso do menino Bernardino. **Revista Brasileira de Direito**, Passo Fundo, v. 14, n. 1, p. 88-110, abr. 2018. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistadedireito/article/view/1680>>. Acesso em: 31 ago. 2020.

ZANIANI, E. J. M.; LUZIO, C. A. A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 56-77, abr. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-11682014000100005>. Acesso em: 28 ago. 2020.