

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO

**A (INTER)SETORIALIDADE NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO À
CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO
METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO**

KATY LOPES DUARTE

Seropédica
Janeiro de 2020



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**A (INTER)SETORIALIDADE NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO À CRIANÇA E AO
ADOLESCENTE EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE
JANEIRO**

KATY LOPES DUARTE

Sob a orientação da professora

Luna Rodrigues

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia.

**Seropédica
Janeiro de 2020**

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

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

D812(Duarte, Katy Lopes, 1986-
A (INTER)SETORIALIDADE NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO À
CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO
METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO / Katy Lopes Duarte.
-, 2020.
108 f.

Orientadora: Luna Rodrigues Freitas Silva.
Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, Programa de Pós Graduação em
Psicologia, 2020.

1. Intersectorialidade. 2. CAPSI. 3. Saúde Mental
Infantojuvenil. 4. Política de Assistência Social. 5.
Rede. I. Silva, Luna Rodrigues Freitas, 1980-,
orient. II Universidade Federal Rural do Rio de
Janeiro. Programa de Pós Graduação em Psicologia III.
Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

KATY LOPES DUARTE

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia (Mestre em Psicologia)**, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, área de Concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 28/01/2020

Luna Rodrigues Freitas. Dr^a UFRRJ (Orientadora)

Maria Cristina Ventura Couto. Dr^a UFRJ/IPUB

Deborah Uhr. Dr^a UFRRJ

DEDICATÓRIA

Dedico à todas as mulheres que tornaram esse trabalho possível.

Dedico a todos aqueles que a vida pediu para embarcar em busca dos seus sonhos, até mesmo daqueles que não ousavam sonhar. Nos distanciamos dos que mais amamos e pagamos o alto preço de viver longe de casa. Mas nos apropriamos da certeza de que para sempre estamos livres do medo de nunca termos tentado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à todos que de alguma forma contribuíram para este trabalho.

À Universidade Rural e ao Departamento de Psicologia, grata por terem tornado o sonho de ser psicóloga uma realidade. Hoje ainda mais grata, por acreditarem e tornarem essa pesquisa possível.

À professora Luna Rodrigues, minha orientadora, por seus saberes e sua sabedoria, mas acima de tudo pela aposta e paciência diante das dificuldades encontradas ao longo deste caminho. Desconheço palavras que expressem com exatidão a gratidão e admiração que tenho por você. Obrigada por ser luz e por caminhar ao meu lado me encorajando a jamais desistir.

Às professoras Maria Cristina e Deborah Uhr por aceitarem compor a banca deste trabalho e por todo investimento e estudo dedicado à Saúde Mental.

À professora Rosane Melo que participação da banca de qualificação e que acompanha todo meu percurso acadêmico. Obrigada por ser inspiração, por compartilhar sua experiência, por sua disponibilidade, acreditação e apoio.

A todos os participantes do grupo de pesquisa produziram contribuições muito enriquecedoras para este trabalho. Em especial a Ana que além das pontuações valorosas, realizou comigo entrevistas e transcrições.

Aos meus pais pela compreensão da minha ausência e por apostarem no meu sonho. Ao senhor, meu pai, por todo amor, incentivo, apoio incondicional. Pelo investimento financeiro que foi necessário no início deste percurso, mas acima de tudo por ter me apoio, me fortalecido e me incentivado nas horas de desânimo e cansaço.

Ao meu irmão Glaydson, meu Magrelo, com quem sempre pude contar. Agradeço o respeito a minha distância e ausência, por incentivar que eu embarque em busca de meus sonhos.

À Alba, meu anjo bom, por todo amor e cuidado, pela fonte de inspiração e por me lembrar que eu posso mudar o mundo.

Aos amigos que na verdade são considerados irmãos que a Rural me deu e que apesar do meu afastamento e silêncio sempre se preocuparam e torceram por mim. Igor, Thaís e Rafael Madureira. Obrigada, amo demais vocês!

À Maria Luiza, amiga querida, que me incentiva, apoia e está ao meu lado independente das situações em que eu me encontre.

Aos amigos-irmãos que fizeram do Lajedo mais do que um trabalho freelancer, permanecem em minha vida, me fazem rir, me fazem sair da rotina de estudos, mas acima de tudo acreditam e

apostam em mim (às vezes, bem mais que eu). Obrigada Angélica, Bárbara, Carol Garcia, Christopher e Rafaela.

A todos os profissionais entrevistados que generosamente enriqueceram este trabalho.

Em um momento histórico-político de tamanho desprestígio da ciência e da educação, não posso deixar de agradecer também aos políticos e aos gestores públicos que mudaram a vida de tantos brasileiros que, assim como eu, foram os primeiros de suas famílias a terem acesso à formação superior e à pós-graduação, por meio de políticas públicas que democratizaram o Ensino Superior no Brasil. Por isso, sou imensamente grata e me sinto honrada em agradecer à Luiz Inácio Lula da Silva, à Dilma Vana Rousseff e a Fernando Haddad, principais responsáveis pela implementação do Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras.

RESUMO

DUARTE, Katy Lopes. **A (inter)setorialidade na construção do cuidado à criança e ao adolescente em um município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.** 2020. 109 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ.

Nos últimos anos cresceram as práticas de atenção voltadas para crianças e adolescentes, permitindo o acesso a uma rede pública e intersetorial de cuidados, de modo a oferecer um atendimento integral a essa parcela da população. Contudo, diversos desafios são enfrentados na construção do cuidado em rede, bem como no desenvolvimento de práticas sensíveis à saúde mental de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco social. O presente trabalho objetivou investigar as estratégias adotadas, práticas e desafios na construção do trabalho em rede e implementação de ações intersetoriais no cotidiano dos serviços que realizam o cuidado as crianças e adolescentes. A pesquisa, de natureza qualitativa e enfoque metodológico hermenêutico-dialético, contou com 29 entrevistas de profissionais que se encontram atuando em serviços que atendem ao público infantojuvenil, nas áreas da saúde mental e assistência social. As falas dos profissionais foram organizadas em quatro categorias: percepção e concepção dos profissionais sobre ação intersetorial; ações desenvolvidas para promover a articulação da rede; desafios no trabalho de articulação da rede intersetorial; e percepção dos profissionais da assistência social sobre o trabalho de articulação com o CAPSi. No que diz respeito a concepção dos profissionais sobre ação intersetorial, rede ou intersetorialidade, observamos indícios de dificuldades em conceituar esses termos, contudo ao buscar defini-los os profissionais apontam a percepção do sentido e da importância de tais conceitos para a realização do trabalho com o público infantojuvenil. O encaminhamento foi citado como a principal ação intersetorial realizada pelos diversos serviços do município. A ‘pessoalização’ e a “boa vontade” são compreendidas como facilitadoras do trabalho em rede devido à ausência de ações intersetoriais formalizadas e os desafios estão relacionados a questões estruturais, assim como a rotatividade dos profissionais nos serviços. Conclui-se que existem esforços para a implementação de rede de serviços. No entanto, assim como ocorre em outros contextos, os dados nos impedem de afirmar que haja um trabalho em rede neste contexto, caracterizando-se como um conjunto de serviços e profissionais que prestam assistência sem as articulações necessárias. Se faz necessário maior investimento dos gestores nos serviços, assim como a formação continuada dos profissionais possibilitando a estes maiores conhecimentos das políticas e práticas que atendam o paradigma da atenção psicossocial no cuidado à criança e ao adolescente.

Palavras – chave: Intersetorialidade; CAPSi; Rede; Política de Assistência Social; Saúde Mental Infantojuvenil

ABSTRACT

DUARTE, Katy Lopes. **The (inter)sectoriality in the construction of care for children and adolescents in a municipality in the Metropolitan Region of Rio de Janeiro.** 2020. 109 p. Dissertation (Mester in Psychology). Instituto de Educação. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ.

In recent years, attention practices aimed at children and adolescents have grown, allowing access to a public and intersectoral care network, in order to offer comprehensive care to this portion of the population. However, several challenges are faced in the construction of network care, as well as in the development of mental health practices of children and adolescents in situations of vulnerability and social risk. The present work aimed to investigate the strategies adopted, practices and challenges in the construction of networking and implementation of intersectoral actions in the daily life of services that perform the care of children and adolescents. The research, qualitative in nature and hermeneutic-dialectical methodological approach, had 29 interviews of professionals who are working in services that serve the children's public, in the areas of mental health and social assistance. The statements of the professionals were organized into four categories: perception and conception of professionals about intersectoral action; actions developed to promote the articulation of the network; challenges in the work of articulating the intersectoral network; and perception of social care professionals about the work of articulação with CAPSi. With regard to the conception of professionals about intersectoral action, network or intersectoriality, we observe evidence of difficulties in conceptualizing these terms, but when seeking to definitize them professionals point to the perception of meaning and importance of such concepts for the performance of work with the children's public. The referral was cited as the main intersectoral action carried out by the various services of the municipality. 'personalisation' and 'goodwill' are understood as facilitators of networking due to the absence of formalized intersectoral actions and challenges are related to structural issues, as well as the rotation of professionals in the services. It is concluded that there are efforts to implement the service network. However, as in other contexts, the data prevent us from affirming that there is networking in this municipality, characterizing itself as a set of services and professionals who provide assistance without the necessary articulations. Greater investment of managers in services is necessary, as well as the continued training of professionals enabling them to be more aware of the policies and practices that meet the paradigima of psychosocial care in child care and teenager.

Keywords: Intersectoriality; CAPSi; Network; Social Assistance Policy; Mental Health Children's

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BF – Bolsa Família
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEDECA – Centro de Defesa da Criança e do Adolescente
CEMES – Centro de Especialidades Médicas
CENTRO POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CF – Constituição Federal
CMDCA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
CNBB - Confederação Nacional de Bispos do Brasil
CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social
DNCr - Departamento Nacional da Criança
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA – Educação de Jovens e Adultos
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FEBEM - Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-estar do Menor
LA – Liberdade Assistida
LBA - Legião Brasileira de Assistência
LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social
MCA – Módulo Criança e Adolescente
MDS - Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MNMMR - Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB/SUAS - Norma Operacional Básica/Sistema Único de Assistência Social
NOB-RH/SUAS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de

Assistência Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs - Organizações Não-Governamentais

ONU- Organização das Nações Unidas

PAEF - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PAIF - Programa de Atenção Integral às Famílias

PIA - Plano de Atendimento Individual e Familiar

PNAS - Política Nacional de Assistência Sociais

PNBEM – Política Nacional de Bem-estar do Menor

PNCFC - Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária

PPP – Projeto Político Pedagógico

PSB – Proteção Social Básica

PSC - Prestação de Serviços à Comunidade

PSE – Proteção Social Especial

PSE/MC – Proteção Social Especial/Média Complexidade

PSM – Política de Saúde Mental

PSMCA – Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAM – Serviço de Assistência a Menores

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SGDCA - Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRRJ – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
OBJETIVOS	19
CAPÍTULO 1: A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	20
1.1 Contextualização do Atendimento à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no Brasil	20
1.2 Políticas de Saúde Mental no Brasil e fundamentos da atenção psicossocial	22
1.3 Políticas de Cuidado em Saúde Mental na Infância e Adolescência: campo de estudos, intervenção e cuidados	24
1.4 O CAPSi como Dispositivo Estratégico de Cuidado	29
1.5 A Concepção de Intersetorialidade na Saúde Mental	31
CAPÍTULO 2: POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	34
2.1 As políticas de atendimento à criança e ao adolescente antes do ECA.....	34
2.2 As políticas de atendimento à criança e ao adolescente a partir do ECA	40
2.3 Políticas atuais: Sistema Único de Assistência Social	43
2.3.1 Proteção Social Básica (PSB)	45
2.3.1.1 O CRAS	45
2.3.2 Proteção social especial (PSE).....	48
2.3.2.1 Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSE/MC)	49
2.3.2.2 Proteção Especial de Alta Complexidade	51
2.3.3 Conselho Tutelar: Assistência Social ou Defesa de Direitos?	53
2.3.3.1 O Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente	54
2.3.3.1 Conselho Tutelar.....	56
CAPÍTULO 3: A REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	58
CAPÍTULO 4: PERCURSO METODOLÓGICO	69
4.1 Natureza da Pesquisa	69
4.2 O campo e os sujeitos da pesquisa	70

4.3 A construção do material de pesquisa.....	76
4.4 Considerações Éticas	76
4.5 Análise das falas dos sujeitos da pesquisa	77
CAPÍTULO 5: RESULTADOS E DISCUSSÕES	78
5.1 Percepção e concepção dos profissionais sobre ação intersetorial.....	78
5.2 Ações desenvolvidas para promover a articulação	81
5.3 Desafios no trabalho de articulação da rede intersetorial.....	84
5.4 Percepção dos profissionais da Assistência Social sobre o trabalho de articulação com o CAPSi	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
LISTAGEM BIBLIOGRÁFICA.....	96
ANEXOS	104

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa busca investigar as estratégias adotadas, as práticas e os desafios enfrentados na construção do trabalho em rede e implementação de ações intersetoriais no cotidiano dos serviços que realizam o cuidado a crianças e adolescentes. Para tanto, trabalha com narrativas dos profissionais que atuam nos campos da Saúde Mental e da Assistência Social, convidados a falar sobre as suas percepções acerca da intersectorialidade no cuidado da criança e do adolescente. Partindo da perspectiva dos profissionais, buscou-se trazer contribuições para o entendimento das dificuldades encontradas na construção das redes intersetoriais e para discussões atuais que envolvam intersectorialidade e o cuidado integral do público infantojuvenil.

A pesquisa em saúde mental infantojuvenil na realidade brasileira revela-se importante pelo reconhecimento da dívida histórica para com essa população, declarada em documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2005b), e por ser recente a implementação de serviços e programas de saúde atribuídos a essa parcela da população. Há relevância também pelo aumento das demandas de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico que transitam em diferentes instituições, nos diversos setores, em busca pelo acolhimento e cuidado de suas demandas.

De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2001, com base em pesquisas realizadas tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento, cerca de 25% das pessoas apresentam um ou mais transtornos mentais e comportamentais durante a vida inteira. A OMS (2001) estima que cerca de 10% a 20% das crianças do mundo apresentem necessidade de algum tipo de cuidado em saúde mental.

No Brasil, o número de estudos sobre a prevalência de transtornos mentais cresceu. Assis et al (2009) identificaram um conjunto de estudos epidemiológicos relacionados à prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência, realizados no Brasil e citam, em meio aos estudos encontrados, a pesquisa realizada por Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004) que refere a prevalência de 13% de transtornos mentais em crianças e adolescentes (idade de 7-14 anos) e também o estudo realizado por Cury e Golfeto, com crianças entre 6 e 11 anos, em que se pode perceber a prevalência 18,7% na visão dos pais e 8,3% na perspectiva dos professores.

Ao analisarmos o processo de construção das políticas públicas brasileiras nessa área verificamos uma enorme lacuna histórica. Até o final do século XX, a preocupação centrava-se em políticas públicas de carácter assistencial, disciplinadoras e institucionalizantes (COUTO, M. C. V.; DELGADO, 2015; RIBEIRO, 2006). O reconhecimento da necessidade de uma política de saúde

mental específica para as crianças e adolescentes, que compreendesse o fenômeno de sua saúde mental em toda a sua complexidade, entendendo estes como sujeitos que possuem uma história de vida, permeada de relações e acontecimentos, portanto passível de sofrimento mental, só aparece na agenda de saúde brasileira muito recentemente, por volta das últimas décadas (COUTO, M. C. V.; DELGADO, 2015).

A atual política brasileira de saúde mental infantil é resultado do reconhecimento e da afirmação das necessidades das crianças enquanto sujeitos de direitos. É também um esforço na tentativa de romper a lacuna assistencial histórica neste campo, após terem tido seus cuidados relegados mediante a urgência do atendimento aos adultos. Destaca-se também o reconhecimento do Estado que deixava à responsabilidade de instituições filantrópicas ou de associações de pais e familiares o cuidado de crianças consideradas deficientes e/ou com transtornos mentais (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2016).

O surgimento das discussões a respeito da infância e da adolescência que culminaram nas políticas destinadas à eles, ocorre a partir da Constituição Federal (CF) de 1988 e com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), importantes documentos asseguraram um lugar específico à criança e ao adolescente, garantindo-lhes a condição de cidadãos com seus direitos assegurados. Também exerceram forte influência o Movimento de Reforma Sanitária, o Movimento de Reforma Psiquiátrica e, em 2001, a promulgação da Lei 10.216, importante marco que deu início ao processo de mudança no modelo assistencial em saúde mental no País.

Todo esse processo de concretização de uma política específica expressou transformações nos serviços de saúde, vivendo um constante movimento de construção das diretrizes e estratégias objetivando orientar a prática dos profissionais envolvidos no cuidado. Entre os princípios da Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, temos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visa, por meio da elaboração, proposição e implementação de estratégias conjuntas, a efetivação das diretrizes do cuidado em saúde mental infantojuvenil referenciado pela política.

Nesse sentido, à intersetorialidade tem destaque na política de saúde mental infantojuvenil, ao compreender as especificidades apresentadas por este público, apontando a corresponsabilidade dos diversos setores na promoção do cuidado integral da criança e do adolescente. É a intersetorialidade o princípio fundamental para a montagem da rede de cuidados:

O reconhecimento de uma dívida histórica pela saúde mental pública para com essa população [...], aliado à constatação de uma dispersão da assistência por diferentes setores públicos, notadamente os da assistência social, educação, saúde geral, justiça e direitos, fez

da intersetorialidade um ponto de partida para a implantação e gestão da saúde mental infantil, invertendo o processo comum a outras políticas públicas nacionais que chegam a ela depois de terem percorrido alguns caminhos, considerados de pouca efetividade pelos resultados alcançados (COUTO e DELGADO, 2016).

A temática do cuidado em saúde mental das crianças e adolescentes, e o modo que as instituições responsáveis se articulam e realizam esse cuidado sempre me despertou interesse no campo de pesquisa. Ao longo da graduação, mais precisamente ao adentrar o campo da pesquisa, por meio das atividades de Iniciação Científica, ocorreu meu primeiro contato com o público infantojuvenil. No decorrer das atividades da pesquisa intitulada “*Vulnerabilidade e psicopatologia infanto-juvenil: uma investigação sobre os sentidos do risco no campo da saúde mental brasileira*”, sob a coordenação da Professora Doutora Luna Rodrigues Freitas Silva, foi possível perceber que nem todas as crianças e adolescentes têm acesso a serviços como o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Além disso, nem toda clientela que os acessa consegue se manter como usuária, seja por dificuldades econômicas ou por dificuldades de comunicação da rede intersetorial.

Através da pesquisa também foi possível perceber que, apesar de os profissionais reconhecerem o trabalho em rede como necessário, eles encontram dificuldades na construção da rede de cuidados. Mas, como atender um sujeito em desenvolvimento e que demanda atenção de diversos setores a fim de que tenha garantido seu cuidado integral sem a realização de um trabalho intersetorial? E quando estes sujeitos se encontram em situação de vulnerabilidade ou risco social, como cuidar? Trabalhando com foco em setores é possível promover modos de cuidado que assegurem proteção integral, sem desqualificar a singularidade e autonomia desses sujeitos?

Além dos questionamentos suscitados pela pesquisa, os temas abordados na disciplina “*Adoção e Institucionalização*”, ministrada pela Professora Doutora Maria Adelina, durante um intercâmbio acadêmico na Universidade do Porto, Portugal, também conduziram a questionamentos sobre a influência do processo de acolhimento de crianças e adolescentes em abrigos institucionais, suas consequências subjetivas na criança e no adolescente e como o cuidado se dá nestas instituições.

Encantada pela multiplicidade de campos do saber que atravessam a infância e adolescência, a seguir iniciei estágio no Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, no atendimento de crianças e adolescentes. Na discussão dos casos atendidos pela equipe de estagiários supervisionada pela Professora Doutora Rosane Braga de Melo múltiplos questionamentos me inquietaram. Nos casos de crianças atendidas pela equipe, me chamou a atenção que grande parte das que acessam o serviço já possuem um diagnóstico médico de transtorno mental

e estão medicadas. Posteriormente, ao ouvir o relato de uma colega que realiza seu estágio em um abrigo institucional, soube que 90% das crianças e adolescentes que se encontravam acolhidos na instituição estavam medicados.

Mais tarde, atuando como psicóloga em um Centro de Referência de Assistência Social e em um Abrigo Institucional e somando a essas experiências profissionais a vivência acadêmica e todos os relatos escutados surgiram diversas inquietações, dentre elas a reflexão acerca da complexidade exigida para a aproximação da teoria e da prática no trabalho de articulação entre os serviços que realizam o cuidado de crianças e adolescentes. Nesse contexto, as reflexões levaram às seguintes questões: como se dá o cuidado nestas instituições? Quais as práticas de cuidado que são realizadas no atendimento a este público? Qual diretriz fundamenta as práticas realizadas por estes profissionais? Os modos de cuidado realizados pelos serviços têm atendido ao paradigma da atenção psicossocial ou ainda predominam as práticas setoriais?

Além disso, ao pensar na necessidade da efetiva aproximação entre teoria e prática, a constatação de que ainda é minoritário o número de publicações oriundas de estudos empíricos, ou seja, que apresentem as questões do cotidiano e da experiência dos profissionais atuando nos serviços surgiu também como fator motivador. Percebe-se que a maioria das pesquisas empíricas publicadas sobre a intersetorialidade apresentam a perspectiva dos profissionais de apenas um setor. Deste modo, faz-se necessário o investimento em pesquisas que consigam realizar a interlocução das percepções e questões de profissionais dos diferentes setores que trabalham no atendimento ao público em questão.

Partindo dessa consideração, o presente trabalho buscou promover uma articulação entre o campo teórico e as práticas direcionadas ao atendimento em saúde mental infantojuvenil. Considerando os profissionais enquanto protagonistas do cuidado, estes foram ouvidos a fim de conhecer as opiniões, percepções e elaborações acerca de sua experiência no trabalho com crianças e adolescentes. Buscando compreender em profundidade tais sentidos e as questões apresentadas pelos profissionais, adotamos referenciais teóricos que permitissem o diálogo entre os dois campos, Saúde Mental e Assistência Social, a partir do qual foi possível considerar e discutir conteúdos presentes nas narrativas dos profissionais.

A escolha pela realização do estudo no contexto dos serviços possibilitou, ainda, a observação sobre aspectos da rotina das instituições, o que, juntamente às percepções dos próprios profissionais contribuiu para as discussões acerca das práticas e desafios na ação intersetorial. Considerando estudos anteriores sobre a intersetorialidade no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, que apontaram os desafios para a operacionalização da política de forma a promover o cuidado

psicossocial, as discussões realizadas a partir do observado durante o trabalho de pesquisa tiveram por objetivo contribuir tanto para o aprofundamento do conhecimento científico, como para a sugestão de práticas que ajudem na resolução das dificuldades encontradas na rotina dos serviços.

Para a construção do trabalho de pesquisa e desta dissertação, partimos da leitura de artigos e livros que apresentavam a política de saúde mental no Brasil para crianças e adolescentes. Optamos por iniciar com uma breve contextualização sobre o caminho percorrido até a elaboração da política de atendimento para crianças e adolescentes. Nesta trajetória, julgamos importante destacar alguns marcos jurídicos e legislações que sustentam essa política, assim como diretrizes, princípios, práticas e conceitos que constituem a política de saúde mental, formando assim o capítulo 1, que se encerra com a apresentação do conceito de intersetorialidade na saúde mental.

No capítulo 2, apresentamos a política de assistência social no Brasil para o público infantojuvenil, antes e depois da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente. Em seguida, abordando as políticas atuais, expomos um panorama do Sistema de Garantia de Direitos, Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade. Foi dado destaque às práticas realizadas em cada um dos serviços que constituem o Sistema Único de Assistência Social no atendimento a crianças e adolescentes.

Já no capítulo 3, apresentamos o estudo de revisão bibliográfica, que permitiu tomarmos conhecimento das publicações baseadas em outros estudos acerca do tema da intersetorialidade. Alguns destes estudos interessaram-se por discutir a perspectiva dos profissionais em relação a prática da construção das redes intersetoriais, apresentando resultados bastante relevantes para as discussões propostas neste trabalho. O percurso metodológico adotado durante o estudo foi apresentado no capítulo 4, sendo composto por: natureza da pesquisa, descrição do campo e sujeitos da pesquisa, elucidação sobre a construção do material de pesquisa, considerações éticas e exposição sobre a análise das falas dos participantes da pesquisa.

No último capítulo, apresentamos e discutimos os resultados da pesquisa que foram subdivididos em categorias centrais que correspondem a cada subcapítulo, tencionando atender aos nossos objetivos e às temáticas mais relevantes ao campo estudado. Finalizamos esta dissertação apresentando nossas considerações e desejando que ela possa servir como inspiração aos trabalhadores e pesquisadores deste campo que ainda carece de investimentos.

OBJETIVOS

Objetivo Geral: Compreender as estratégias adotadas, as práticas e os desafios enfrentados na construção do trabalho em rede e na implementação de ações intersetoriais no cotidiano dos serviços que realizam o cuidado a crianças e adolescentes.

Objetivos Específicos:

- a) Verificar a compreensão dos profissionais do município sobre ação intersetorial em saúde mental infantojuvenil;
- b) Investigar, de acordo com os profissionais, as estratégias de cuidado intersetorial realizadas pelos serviços.
- c) Identificar os desafios à implementação da rede intersetorial segundo os profissionais.

CAPÍTULO 1: A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Apesar de a infância ser uma etapa do desenvolvimento altamente valorizada na sociedade contemporânea, esse conceito nem sempre existiu. Segundo Àries (1981), até o final do século XVI crianças e adolescentes eram tratados como “adultos em miniatura”. Até esse período o conceito de infância era inexistente, “não havia consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem” (p.156).

A transmissão de conhecimento se dava diretamente entre as gerações, de modo que a educação fornecida às crianças e jovens acontecia através da convivência, seja na participação em eventos sociais ou na realização de tarefas domésticas. Entretanto, a ausência de um lugar social bem estabelecido para a criança através do sentimento de infância não significa que estas eram desprezadas ou privadas de afeto (ÀRIES, 1981).

No século XVIII, sob os efeitos da Revolução Industrial, a dinâmica familiar muda e as crianças passam a ficar nas escolas enquanto os pais trabalham. No início do século XIX que, conforme destacado por Silva (2011), aos poucos, começando pela Europa, a criança vai assumindo identidade e estatuto legal. As crianças passam a ser reconhecidas como sujeitos e o olhar e a forma de cuidá-las vão se modificando, surgindo a percepção e preocupação em atender as necessidades de amor, higiene, saúde e educação (SANTOS, 2011; LIMA, 2014).

Junto ao nascimento da categoria infância, surgem especialistas como pedagogos, juízes de menores, assistentes sociais. A criança passa a ser valorizada e tem sua individualidade respeitada. Ademais, o período da infância se constrói associado à ideia de beleza, inocência, pureza e felicidade, um período de formação do “homem do amanhã” (COUTO, M. C. V., 2004).

1.1 Contextualização do Atendimento à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no Brasil

Em meio ao contexto de idealização da infância como um tempo sem sofrimentos, considerar a ideia de que criança poderia sentir angústia, tristeza ou adoecer mentalmente era totalmente inviável (COUTO, M. C. V., 2004; LIMA, 2014). Este ideário manteve-se no século XIX, sendo corroborado pela psiquiatria que surgia neste período, para a qual a loucura só poderia se apresentar em adultos, pois ela se constituía em um desvio das faculdades racionais formadas (LIMA, 2014).

Segundo Telles (2016), no final do século XIX são observadas as primeiras tentativas de inclusão da criança no campo da psiquiatria. A psiquiatria infantil tem seu início em 1930 com o surgimento da clínica pedo-psiquiátrica e sob influência da psicanálise que assume a investigação psicopatológica (BERCHERIE, 2001). Já em 1980, com sua aproximação do campo do saber médico e com os movimentos da ‘psiquiatria biológica’, tem-se a criação de novos transtornos (como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e o transtorno opositivo desafiador) e tratamentos medicamentosos direcionados às crianças e jovens. Hoffman, Santos e Andrade (2008) indicam que, no Brasil, o primeiro registro epidemiológico acerca da saúde mental infantil correu na Bahia em 1982.

No Brasil, a concepção de infância é trazida pelos portugueses no século XVII, durante o processo de colonização, e já no fim deste século a educação das crianças passa a ser responsabilidade das escolas. Durante o século XX, os debates e as ações de cuidados sobre a saúde mental da criança e do adolescente são postergados diante da urgência da assistência psiquiátrica dos adultos, resultando em intervenções no cuidado infantojuvenil de natureza corretivo disciplinares que seguiam um modelo de assistência fundamentado na institucionalização e na segregação (COUTO, M. C. V., 2012). Nas primeiras décadas do século XX, os ideais da higiene mental e da eugenia se fortalecem com vistas a transformar o Brasil em uma grande nação (CUNHA; BOARINI, 2011). Os adeptos do higienismo voltam sua preocupação para a infância por serem os “pequeninos” o futuro da nação (CUNHA; BOARINI, 2011).

A infância se torna o centro do projeto civilizatório brasileiro, adquirindo um lugar de destaque nas ações públicas desta época, que consideravam a pobreza material e moral ameaças à construção de uma grande nação (COUTO, M. C. V., 2012). Essa preocupação resultou em medidas políticas tutelares, onde as crianças e adolescentes considerados “desvalidos”, “criminosos”, “portadores de distúrbios psíquicos” eram encaminhados às instituições, privadas ou filantrópicas (COUTO, M. C. V., 2004; HOFFMAN et al., 2008; CUNHA; BOARINI, 2011).

Contudo, mesmo a criança tendo ocupado um lugar de reconhecimento na organização da sociedade, o Estado não toma para si a responsabilidade do cuidado destes sujeitos e reafirma o ideário já estabelecido das crianças que devem ser assistidas: “a deficiente social (pobre), a deficiente mental e a deficiente moral (delinquente)” (BRASIL, 2005b). Consequentemente, o modelo de assistência proveniente deste modo de compreender a criança e o adolescente foi a institucionalização e a criminalização da infância e da adolescência pobres (BRASIL, 2005b).

Neste contexto, destacam-se dois marcos para se pensar mudanças no cenário da construção

de um novo modo de olhar e cuidar da criança e do adolescente: a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e do Adolescente, realizada em 1989 pela Organização das Nações Unidas (ONU), e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) criado no Brasil em 1990. Couto, M. C. V. (2012) destaca que na Convenção Internacional permitiu-se afirmar a criança como sujeito e cidadão de plenos direitos, o que viabilizou novas formas de se compreender a situação da infância na sociedade. O ECA, de modo análogo, altera a lógica que o antecede e a situação jurídica de “menor” é substituída pela compreensão das crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direito. A proteção integral se torna o marco orientador das novas políticas direcionadas a esta faixa etária em detrimento da doutrina da situação irregular (COUTO, M. C. V., 2012).

A autora destaca que esse novo entendimento sobre a infância e a adolescência suscitou a compreensão destes sujeitos como seres portadores do direito de serem cuidados em seu sofrimento, detentores de subjetividade e suscetíveis ao adoecimento mental. Diante disto, no início do século XXI, surgem políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes que alteram a lógica de cuidado anterior, reduzida à coerção e à adaptação de comportamentos (COUTO, M. C. V., 2012).

1.2 Políticas de Saúde Mental no Brasil e fundamentos da atenção psicossocial

A política de saúde no Brasil tem como marco histórico dois grandes movimentos que irrompem com as práticas de institucionalização que predominaram no século XX e acompanham a construção das diretrizes do cuidado, que são a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento inspirado, entre outros, na Reforma Psiquiátrica Italiana liderada por Franco Basaglia, tem seu início na década de 70, quando o Brasil está vivendo um período de redemocratização política nos últimos anos da ditadura militar. A Reforma Psiquiátrica Italiana propôs a transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas através do questionamento do modelo asilar, com ênfase na crítica ao reducionismo da psiquiatria. Objetivando a humanização do cuidado por meio do resgate da dignidade e direitos dos pacientes enquanto cidadãos, a Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo que se constrói fundamentado na lógica da desinstitucionalização e na criação de uma rede de atenção territorial (TENÓRIO, 2002).

O Movimento da Reforma Sanitária ocorria simultaneamente ao movimento pela Reforma Psiquiátrica, propondo a reorganização e criação de um sistema de saúde nacional através da crítica

às políticas de saúde vigentes e da apresentação de propostas alternativas de cuidado. A partir de discussões sobre a responsabilidade coletiva no cuidado à saúde, críticas à contratação de serviços privados e reorientação do modelo assistencial, os profissionais da saúde junto a sociedade civil desencadearam movimentos populares de caráter reivindicatório pela construção de uma nova política de saúde. As propostas da Reforma Sanitária resultaram na oficialização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A vitória oposicionista nas eleições em 1980 representou a chegada do movimento sanitário à gestão pública, ao mesmo tempo em que marca o aprofundamento do movimento da Reforma Psiquiátrica e a intensificação das críticas ao modelo asilar. Com as críticas ao aparato manicomial, o aumento dos atores sociais envolvidos no processo, as propostas e as iniciativas de reformulação da legislação psiquiátrica e o aparecimento de experiências institucionais alternativas ao hospital bem sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental, a Reforma Psiquiátrica investe na completa mudança da relação da sociedade com a loucura (TENÓRIO, 2002).

Neste contexto, os debates sobre a necessidade de mudanças no modelo assistencial se aguçaram, pois até aquele momento a assistência oferecida aos portadores de doença mental consistia na internação e no asilamento. As acusações de fraude no financiamento dos serviços e, sobretudo, as declarações de abandono, violência e maus-tratos postos em prática junto aos pacientes internados nas inúmeras instituições não colocaram em questão a lógica asilar ou psiquiátrica, mas, seus exageros. Assim, é criado em 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, para além de exigências trabalhistas, liderou os episódios que se desdobraram na luta antimanicomial.

O MTSM, que desde seu início caracterizava-se pela resistência à institucionalização, alcança grande repercussão, mobiliza a classe civil e lidera os acontecimentos que promovem a luta antimanicomial (TENÓRIO, 2002). Amarante (1995) destaca que este movimento foi decisivo para a mudança de paradigma do cuidado em saúde mental, introduzindo de maneira efetiva na agenda de saúde mental novas diretrizes e princípios para a reorientação e estruturação da assistência em saúde mental no Brasil.

A principal estratégia adotada para a reorientação da assistência em saúde mental foi “desinstitucionalizar, desconstruir e construir novas práticas e saberes sobre a loucura e novas formas de lidar com o sofrimento psíquico” (AMARANTE, 1995). A partir dessa estratégia, gradativamente, surgem ações como o Projeto de Lei Paulo Delgado, em 06 de abril de 2001, tornando-se a Lei nº 10.216. A Lei Paulo Delgado propõe novas diretrizes para a realização do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico através da substituição dos hospitais psiquiátricos e a fundação de serviços

substitutivos como os Centro de Atenção Psicossocial, os hospitais dia, os centros de convivência, núcleos de atenção psicossocial, as residências terapêuticas, etc (ANJOS, 2014).

O Ministério da Saúde, em fevereiro de 2002, implementa a Portaria 336/2002, em conformidade com a Lei 10.216/01, que normatiza e financia os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para atendimento ao público em saúde mental. Nesta portaria fica estabelecido que os Centros de Atenção Psicossocial serão constituídos por diferentes modalidades de serviços, sendo: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi, marcando o início de um novo tempo para a saúde mental.

1.3 Políticas de Cuidado em Saúde Mental na Infância e Adolescência: campo de estudos, intervenção e cuidados

Diante da grande lacuna apresentada na história brasileira no que tange ao cuidado e proteção destinados às crianças e adolescentes, principalmente no que diz respeito às políticas públicas de saúde mental, um longo caminho vem sendo trilhado com vistas à construção de um novo modelo de cuidado. Os diversos debates que envolvem a questão estão resultando em mudanças que vêm ocorrendo há mais de duas décadas, provenientes da luta dos movimentos sociais, e caminham no sentido proposto pela Reforma Psiquiátrica (COUTO, M. C. V., 2004).

Além da criação de novos serviços, foi fundamental no movimento da Reforma a discussão e elaboração de novas formas de cuidar dos sujeitos em sofrimento psíquico, definindo um modo inovador de exercer a clínica. A estratégia na qual se opera a clínica praticada nos Centros de Atenção Psicossocial, clínica ampliada, que também é chamada de clínica de atenção psicossocial ou clínica da reforma, refere-se a “um conjunto particular de princípios e preceitos que definem uma prática particular de cuidado”, fundamentalmente centrados no sujeito e na sua relação com o meio (LEAL; DELGADO, 2007). O cuidado na clínica ampliada ocorre através de intervenções que se estabelecem na relação entre o sofrimento psíquico do paciente, o serviço e a comunidade, tendo como ponto de partida as indicações dadas pelo sujeito (LEAL; DELGADO, 2007).

Nesse sentido, Duarte (2004), fala do cuidado enquanto um conjunto de saberes e práticas que vêm mudando seu sentido, sendo constituído “em território interdisciplinar sob o signo da multiplicidade”. Rinaldi e Lima (2006) destacam que essa concepção de cuidado orientada pelos princípios da desinstitucionalização tira o sujeito de um lugar de submissão a práticas tutelares, de caráter caritativo e assistencialista. Objetiva a percepção destes sujeitos enquanto sujeitos autônomos,

que são capazes de fazer escolhas e de refletir sobre as ações propostas pelos profissionais de saúde, aceitando-as ou não (RINALDI; LIMA, 2006).

O cuidado em saúde mental pressupõe uma relação entre os serviços, seus profissionais, familiares e o sujeito que requer atendimento, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico, como também a singularidade de cada sujeito. Assim, o serviço de saúde mental propõe-se a realizar um trabalho de acolhimento, vinculação e escuta que resulte na elaboração de projetos terapêuticos que propiciem a emergência do sujeito (DUARTE, 2004; RINALDI; LIMA, 2006). Neste trabalho, adotaremos a noção de cuidado a partir dos fundamentos do conceito de clínica ampliada, definida como a clínica centrada no sujeito, que o compreende em sua singularidade e inserção na cultura, ou seja, em relação com o meio social.

Ao analisarmos a história da assistência infantojuvenil, é perceptível que até o século XX não são descritas ações de atendimento ao cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Entretanto, elucida Couto, M. C. V. (2012), as intervenções de caráter assistencialista, que visavam enfrentar os problemas da infância pobre e abandonada, abarcavam também as crianças e adolescentes com problemas mentais.

No final do século XX, a importância de ações e serviços direcionados à assistência difundiram-se no Brasil, após um grande período em que a proteção infantojuvenil compreendia a ideia de internação e asilamento. Até este período, as crianças e adolescentes com adoecimento mental, tendo suas questões excluídas dos debates relacionados à criação de políticas de saúde mental, também eram excluídas do sistema formal de saúde e seu cuidado era outorgado a outros setores da sociedade (LIMA, 2014).

Em 1987, na I Conferência Nacional de Saúde Mental, considerada o marco na consolidação da Reforma Psiquiátrica, as questões relativas à saúde mental de crianças e adolescentes são abordadas de forma muito pontual. Em grande maioria, as pautas que abrangiam essa faixa etária faziam referência aos jovens internados em instituições psiquiátricas (LIMA, 2014), possibilitando a discussão sobre o equívoco conceitual ao se associar menores sem lar, ‘meninos de rua’, como sendo os futuros ‘delinquentes’ ou ‘psicopatas’ (BRASIL, 1988b). Uma segunda conquista alcançada nesta primeira Conferência, conforme consta em seu relatório final, foi o reconhecimento da ausência de recursos e legislações específicas para a infância e adolescência (BRASIL, 1988b).

Como repercussão desta primeira Conferência, que discutiu a questão da saúde mental abrangendo as dimensões política, social e histórica com vistas à garantia de direitos e cidadania (CUNHA; BOARINI, 2011), em 1989, o deputado do PT Paulo Delgado apresentou o projeto de lei

nº 3.657/89, conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto apresentado possuía apenas três artigos: impedir a construção de novos hospitais e contratação de leitos psiquiátricos pelo poder público; direcionar recursos públicos para a criação de recursos não manicomial de atendimento; obrigatoriedade de comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária para emissão de parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002). Entretanto, esta Lei levou doze anos para ser aprovada, sendo sancionada em 06 de abril de 2001, após alterações em seus termos.

Na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, conforme indicado por Cunha e Boarini (2011), pouco se discutiu sobre as questões do cuidado à saúde mental infantojuvenil. O Relatório Final apenas por duas vezes faz referências a esta faixa etária. A primeira referência aparece no capítulo 7 e trata da necessidade de se capacitar os trabalhadores sobre temas relacionados à saúde, trabalho e atenção em saúde da criança, enquanto a segunda surge no capítulo 8, quando se propõe a criação de uma “Comissão de Proteção dos Direitos de Cidadania da Criança e do Adolescente portadores de sofrimento mental” (BRASIL, 1994).

No estado do Rio de Janeiro, por exemplo, foi instituído o Fórum Interinstitucional para Atendimento em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, por iniciativa da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde. Esse Fórum é um espaço coletivo de debate e construção de políticas públicas de saúde mental que promovam ações de inclusão social, compreendendo saúde, educação, justiça, assistência social, contando com representantes de instituições governamentais e filantrópicas, bem como dos setores da sociedade civil (BRASIL, 2005b).

Em 2001, na III Conferência Nacional de Saúde Mental ganha visibilidade a temática da saúde mental de crianças e adolescentes. As propostas discutidas incluíam a necessidade de construção de uma rede de cuidados e atenção à criança e ao adolescente que seja fundamentada na intersetorialidade e na corresponsabilidade; a desinstitucionalização deste público e a defesa da internação de jovens adictos ou em sofrimento psíquico em hospitais gerais quando esta for realmente necessária (LIMA, 2014). Ainda nessa Conferência, como destaca Couto, M. C. V. (2012), formam-se importantes deliberações que, incorporadas por portarias ministeriais, resultam na oficialização da construção da rede pública de atenção para saúde mental de crianças e adolescentes, tendo por base a atenção psicossocial.

Nesse sentido, a construção das políticas de saúde mental e da rede pública de cuidados deve estar afinada com as propostas da Reforma Psiquiátrica e os princípios do Sistema Único de Saúde. São princípios do SUS: universalização, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, participação popular. O princípio da universalização versa sobre

o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde. Ao se considerar as pessoas como um todo, tem-se a compreensão do conceito de integralidade que fala sobre a articulação contínua das ações em todos os níveis de complexidade do sistema. A equidade, por outro lado, objetiva a redução das desigualdades através da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, ou seja, tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. (BRASIL, 2005c).

No que se refere aos princípios organizativos, a concepção de regionalização e hierarquização se dá ao compreender regionalização como processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos, ao passo que a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região. Descentralização e comando único no SUS se referem a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo. Já participação popular é o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 2005c).

A partir da noção de que a criança e ao adolescente são sujeitos de direitos e atendendo às diretrizes e princípios do SUS e da RPB, a política de saúde mental direcionada ao segmento infantojuvenil se fundamenta nos princípios do acolhimento universal, encaminhamento implicado, construção permanente da rede, território, intersetorialidade na ação do cuidado, mas antes de tudo a partir da noção de que a criança e ao adolescente são sujeitos de direitos (BRASIL, 2005b; COUTO, M. C. V., 2004). Ao discorrer sobre esses princípios, a publicação do Ministério da Saúde, Caminhos para uma Política de Saúde Mental (BRASIL, 2005b) clarifica a noção de sujeito de direitos. Afirma que, no que diz respeito à criança ou adolescente, eles são sujeitos que têm direito ao cuidado, devem ter sua singularidade respeitada e ponderada no processo de atenção e, que enquanto sujeitos psíquicos, devem ser acolhidos e acompanhados.

O princípio do acolhimento universal deve ser compreendido como uma forma de diminuir as dificuldades de acesso aos serviços, que devem estar de “portas abertas” a toda a demanda que chega. Implica em receber, ouvir e responder toda criança, adolescente ou familiar que busca atendimento. Algumas demandas, depois de acolhidas, devem ser direcionadas a outros serviços. O direcionamento dessas demandas deve ocorrer atendendo ao princípio do encaminhamento implicado que diz da corresponsabilidade daquele que encaminha com o serviço para o qual o caso é destinado.

Ao realizar um movimento direcionado para outros espaços da cidade, desenvolvendo práticas

de cuidados que não se limitam aos espaços de uma única instituição, mas articulando continuamente os demais serviços e equipamentos de um mesmo território com vistas à emancipação dos sujeitos com transtornos mentais, cumpre-se o princípio da construção permanente da rede. O conceito de território é reconhecido como uma das mais importantes categorias trabalhadas no campo da Saúde Mental (BRASIL, 2005b), remetendo a um espaço onde acontecem as relações e vivências, construído por instâncias pessoais e institucionais. Território é um lugar psicossocial, que extrapola os recortes geográficos e regionais.

No que se refere ao princípio da intersetorialidade na ação de cuidado, este pode ser compreendido como a articulação dos diversos saberes, setores e experiências que perpassam a vida da criança e do adolescente. Este princípio busca superar a desarticulação e o isolamento das ações e intervenções realizadas no trabalho clínico, ampliando-o para fora dos muros das instituições, promovendo ações que articulem outros equipamentos de natureza clínica ou não que atendam esta faixa etária e considerem o sujeito em sua integralidade.

Em 2004, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM 1.608, criou o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, de natureza intersetorial, que visava concentrar esforços, envolvendo setores governamentais e não governamentais, para se potencializar a efetivação das ações propostas no campo da Atenção em Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2005b). Este Fórum acontece em 2005 reunindo associações de familiares, educação, justiça, dentre outros atores que atuam na saúde mental infantojuvenil para debater as questões que envolvem este campo, ampliar o diálogo e a compreensão dos fenômenos psicossociais e, ainda reafirmar a corresponsabilização de todos na articulação de ações intersetoriais de cuidado e promoção de saúde mental, principalmente nas que visem a desinstitucionalização (BRASIL, 2005b).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), em documento oficial, destacou a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde, “estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos”, essencial para se realizar intervenções de cuidado que não se limitem aos serviços de saúde. A intersetorialidade como estratégia de materialização do conceito de saúde ampliada promove o diálogo entre a saúde e os diversos setores que implementam políticas públicas objetivando a elaboração de políticas integradas que assegurem a inserção social do sujeito, garantindo sua cidadania, desenvolvimento físico e financeiro, ou seja, garantindo integralmente seus direitos sociais (BRASIL, 2008).

Na história brasileira, o cuidado dispensado à criança e ao adolescente tem sua origem nas práticas setoriais, que diante de um problema complexo como a saúde mental de crianças e adolescentes, mostram-se limitados para alcançar um atendimento integral. Nesse sentido, as ações intersetoriais se fazem imprescindíveis para que se atenda ao sujeito de forma integral. Couto, M. C. V. e Delgado (2016) destacam que, apesar dos diferentes modos de realização das ações intersetoriais, há unanimidade ao se reconhecer a importância destas na resolução das demandas.

Na estruturação das políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil, tem-se como condição básica os princípios da intersetorialidade na ação de cuidado e a construção permanente de redes como fundamentais ao seu ordenamento e implementação (BRASIL, 2005b). A intersetorialidade é uma estratégia essencial para a construção da rede de cuidados, pois as práticas intersetoriais promovem a articulação dos diversos setores e saberes que abrangem o cuidado infantojuvenil, como educação, saúde geral, assistência social, justiça, entre outros.

1.4 O CAPSi como Dispositivo Estratégico de Cuidado

A partir da Portaria 336/2002 é implementado o primeiro serviço direcionado para o público infantojuvenil: o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Ele foi estruturado a fim de organizar e promover, de forma integral em seu território de abrangência, a atenção comunitária em saúde mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil são fruto do reconhecimento da necessidade de novas estratégias de cuidado para crianças e adolescentes. Estes são serviços de atenção diária, de base territorial e comunitária, destinados a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso, tendo dentre suas atribuições:

- a) constituir-se em um serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede de assistência social no âmbito do seu território e/ou modelo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;
- d) coordenar, por declaração do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

- e) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;
- f) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial (Brasil, 2002).

A portaria prevê ainda uma equipe multiprofissional composta minimamente por um psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior, dentre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, e cinco profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão para atendimento de no máximo 25 (vinte e cinco) pacientes por dia, (BRASIL, 2002; 2004a).

De acordo com a portaria, cabe ao CAPSi oferecer atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; realizar visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias que promovam a integração do paciente na família, na escola, na comunidade; além de organizar a demanda e rede de cuidados em seu território, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça, atuando como regulador da porta de entrada da rede de assistência (BRASIL, 2002, 2004; LIMA, 2014).

O CAPSi tem a função de articulação da rede de atenção em saúde mental nos territórios em que estiver instituído. Entretanto, deve-se conhecer e respeitar as funções e mandatos próprios de cada setor (COUTO, M. C. V.; DELGADO, 2014, 2016). Nesse sentido, Couto, M. C. V., et al (2008) indicam que apesar do surgimento de uma nova consciência sobre a infância e a adolescência e do surgimento de novos modos de cuidado e de políticas de saúde mental específicas para este público, o principal problema brasileiro na operacionalização das ações intersetoriais para o cuidado de crianças e adolescentes parece se situar na desarticulação dos serviços e não na falta de recursos. Este achado torna imprescindível a compreensão por parte dos profissionais dos conceitos de intersetorialidade e da rede de atenção psicossocial contidos na Política de Saúde Mental (COUTO, M. C. V., et al (2008).

1.5 A Concepção de Intersetorialidade na Saúde Mental

O atendimento integral é direito estabelecido no artigo 227 da CF de 1988 e reafirmado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente de modo que a articulação das políticas setoriais convoca os gestores e agentes comunitários a trabalhar tendo como centro de seu debate a intersetorialidade e a construção da rede na ação do cuidado.

A intersetorialidade se refere ao modo como diferentes setores (assistência social, educação, esporte, lazer, cultura, justiça e outros) se articulam e integram seus saberes e práticas a fim de garantir um atendimento integral à criança e ao adolescente e sua família.

De acordo com a PSMCA compete ao CAPSi a coordenação das demandas assim como a construção da rede em seu território de abrangência. Essa função atribuída ao CAPSi se justifica pelo entendimento de que apenas os serviços de saúde mental não podem oferecer à criança e ao adolescente o atendimento integral de suas demandas, ampliando assim o cuidado que é oferecido por este serviço não apenas para outros serviços de natureza clínica (ambulatórios, PSFs, hospitais) como também aos serviços não clínicos envolvidos na assistência a este público: escola, igreja, órgãos da justiça e da infância e adolescência, conselho tutelar, instituições de esporte, cultura, lazer, dentre outros (BRASIL, 2005b).

Contudo, para que a articulação intersetorial se estabeleça respondendo às particularidades do atendimento à saúde mental infantojuvenil é necessário, em concordância com o apontado por Couto, M. C. V. (2012), que se tenha “uma direção pública esclarecida e afirmada pelo campo próprio da saúde mental que (...) permita a construção de um solo comum onde basear respostas de cuidado sensíveis à complexidade do sofrimento e adoecimento mental em crianças e adolescentes” (p.95). Neste íterim é que se torna necessário reforçar a importância do debate sobre a intersetorialidade elucidando como as práticas intersetoriais são necessárias ao enfrentamento de problemas reais e complexos, reconhecendo assim as limitações de uma atuação calcada em práticas setoriais e especializadas (COUTO, M. C. V.; DELGADO, 2016).

Entretanto, para que as políticas de atendimento à criança e ao adolescente sejam implementadas de forma eficaz e atendendo ao princípio da intersetorialidade é importante atentar para as dificuldades encontradas no processo de implementação da mesma no diversificado território brasileiro. Nesse contexto, no relatório da VI Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil fica estabelecido que os municípios de pequeno porte deverão construir suas redes em parceria com os recursos intersetoriais existentes no município garantindo a implementação da rede

ampliada de cuidado a infância e adolescência de seu território, elucidando ainda que “os recursos do território devem ser acionados a partir de cada situação e de suas demandas colocadas” (BRASIL, 2014).

O conceito de construção de redes consta como um dos princípios norteadores da PSMCA e tem sido utilizado com frequência em meio ao sistema de saúde brasileiro. Segundo Couto, M. C. V. (2012), ao longo das últimas três décadas têm representando o modo mais potente de conduzir o cuidado, pois antes de ser reconhecido como princípio ordenador da saúde em geral, a noção de rede já havia ganhado lugar de destaque na saúde mental a partir do paradigma da atenção psicossocial. A rede de atenção se constitui num modo de substituir o modelo setorial, especialista e hierarquizado de assistência à criança e ao adolescente.

A rede de atenção é composta por um conjunto de serviços do setor da saúde como de outros setores, contudo não diz respeito apenas ao aspecto estrutural, mas se refere a um modo compartilhado de atenção e que alavanca a articulação intersetorial, sendo descrita como “uma forma de conceber e agir o cuidado” (BRASIL, 2005b).

Conforme o relatório da VI Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, as reuniões entre os dispositivos presentes no território devem ser potencializadas, assim como prática da “busca ativa de quem encaminhou” e do “encaminhamento implicado”, principalmente pelos profissionais do CAPSi, de modo a tornar dinâmica e efetiva a construção da rede no território (BRASIL, 2014).

Couto, M. C. V. (2012) aponta que a noção de rede recebeu destaque por ser vista como “arranjo organizacional” que viabiliza a execução da Política de Saúde Mental Infantojuvenil. A autora também destaca que o componente dinâmico da rede é tão relevante quanto o estrutural, propondo alguns pontos importantes do ponto de vista dinâmico para a definição do conceito de rede, sendo estes: rede supõe um processo; a rede é aberta; a rede tem ‘nós’; a rede depende de uma presença viva; a rede é sempre ampliada.

Compreender os pontos propostos é compreender que a rede está em permanente construção e que cada caso pressupõe a construção de uma rede específica e que se utilize de “novas invenções” que fundamentem o modo de cuidado (COUTO, M. C. V., 2012). Os nós da rede, conforme esclarece a autora, “são os pontos de ancoragem da rede e o que lhe confere concretude ou existência material” (COUTO, M. C. V., 2012, p. 113). Esses nós podem se constituir através dos serviços oferecidos em um determinado território, entretanto a existência desses serviços não garante a existência da rede, visto que esta é um processo dinâmico e não uma estrutura em si.

A rede, enquanto processo, pressupõe a intervenção de uma presença viva que promoverá sua construção orientando-se pelos princípios éticos da política de SMCA. No campo da saúde mental infantojuvenil é conferido ao CAPSi a função de ordenador na rede em seu território, convocando os diversos setores que estejam implicados no cuidado da criança e do adolescente. A rede é ampliada, pois diversos setores promoveram práticas de assistência, compreendendo e respeitando os limites de seus mandatos, mas com o principal objetivo de atender as demandas das crianças e dos adolescentes que é comum a diferentes áreas. (COUTO, M. C. V., 2012).

No que diz respeito ao componente estrutural da rede, ou seja, o que materializa a política possibilitando o acesso dos usuários são as instituições e os serviços oferecidos no território, sendo estes dos setores da saúde, educação, assistência social, justiça, cultura e lazer, dentre outros que atendam as demandas apresentadas pelos diferente sujeitos que são atravessados por diversos discursos e que por isso necessitam que a atenção oferecida seja a atenção psicossocial.

CAPÍTULO 2: POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

2.1 As políticas de atendimento à criança e ao adolescente antes do ECA

Consideramos fundamental realizar uma análise histórica das práticas e políticas da assistência social para crianças e adolescentes no Brasil. Nesse contexto, muitos avanços são percebidos nos dias atuais, contudo ainda existem profundas marcas oriundas do processo de evolução da atenção direcionada a este público (MARCÍLIO, 1998). A trajetória evolutiva da assistência social dirigida as crianças e adolescentes, segundo Marcílio (1998) passa por três fases características, a saber: “fase caritativa”, do Brasil colonial até meados do século XIX; “fase filantrópica”, até 1960; fase do “Estado de Bem-Estar Social”, que surge no final do século XX, quando a criança é reconhecida como sujeito de direitos (MARCÍLIO, 1998).

As primeiras práticas de atendimento ao público infantojuvenil surgem no século XVIII, sendo a institucionalização a principal prática de assistência social à infância (RIZZINI; RIZZINI, 2004). Segundo Marcílio (1998) a história da institucionalização no Brasil tem sua origem no ideal civilizador trazido pelos portugueses durante o Brasil Colonial. Os serviços assistenciais dirigidos às crianças e aos adolescentes surgiram a partir das ideias europeias, regulados por uma preocupação de caráter privado, individual e religioso, sem o cuidado de adequá-los ao contexto brasileiro (IZAR, 2013). Durante o período colonial a assistência social dirigida à infância era predominantemente caritativa e permaneceu assim até meados do século XIX, recebendo essa denominação em virtude de toda assistência se respaldar na piedade cristã e conduta caridosa (MARCÍLIO, 1998).

Neste período em que as práticas assistenciais não eram prioridade, as ações sociais realizadas tinham um caráter imediatista e eram motivadas pela expressão da fraternidade e da benevolência, que propiciaria àqueles que minorassem o sofrimento dos tidos como infortunados e desvalidos o título de benfeitores e a salvação de suas almas, bem como esclarece Marcílio (1998). Contudo, o Estado português, que até então tinha como foco principal de seu interesse a organização e manutenção das classes privilegiadas, ao perceber que as “classes inferiores” se uniram e buscaram meios de autopreservação, gradualmente compreende e se apropria da responsabilidade de gerir os negócios públicos, encarregando as Câmaras Municipais de regular as formas de assistência às crianças abandonadas (MARCÍLIO, 1998).

As Câmaras Municipais, incumbidas da criação e implementação de políticas e ações sociais

direcionadas às crianças, regulamentaram acordos com as Santas Casas de Misericórdia e outras instituições. Estes acordos formalizavam a fundação das Rodas dos Expostos e o Recolhimento das Órfãs.

A Roda dos Expostos, também conhecida como roda dos enjeitados, consistia em um sistema através do qual as mães poderiam abandonar seus filhos anonimamente nas Santas Casas de Misericórdia (MARCÍLIO, 1998; IZAR, 2013). Este sistema teve sua origem na Europa e permaneceu ativo do período colonial até a República (RIZZINI; RIZZINI, 2004). O Recolhimento das Órfãs era destinado às meninas pobres e expostas, que viviam em instituições nas quais realizavam os serviços domésticos e recebiam educação para se tornarem religiosas ou para que quando saíssem se tornassem esposas ou professoras (MARCÍLIO, 1998; CHAVES ET AL., 2013; ARANTES, 2013).

Contudo uma terceira forma de assistencialismo, informal, realizava-se em socorro das crianças abandonadas: as “adoções” (MARCÍLIO, 1998; ARANTES, 2013). O sistema de “adoção”, neste período, ocorria de maneira informal. As famílias criavam as crianças que eram abandonadas nas portas das casas e igrejas ou as crianças acolhidas por intermédio da Roda dos Expostos. Em muitos casos, as adoções eram realizadas com o objetivo de realizar a caridade, de promover a “salvação da alma”. Entretanto, conforme Marcílio (1998) ressalta, algumas famílias agregavam essas crianças a suas casas para obterem mão de obra com baixo custo, visto que a obtenção de escravos neste período era onerosa. Essas crianças ficam sendo conhecidas como “filhos de criação” (MARCÍLIO, 1998).

Em meados do século XIX, de acordo com Galheigo (2003), com o advento do Iluminismo, as práticas assistenciais que se fundamentavam na formação religiosa começaram a ser questionadas. No período imperial, o Estado se responsabiliza e começa a intervir na assistência à criança e ao jovem que até então estava confiada à caridade e à filantropia (MARCÍLIO, 1998). Nesta segunda fase do assistencialismo à infância, a fase filantrópica, o Estado, ainda que timidamente, marca presença na organização das ações assistenciais (MARCÍLIO, 1998).

Ocorre um grande aumento populacional, decorrente da chegada de imigrantes atraídos pelo desenvolvimento industrial, o que fez com que a violência, a pobreza e o número de abandonados crescessem, sendo necessária a criação de novos espaços para atender essa demanda. É neste período que surgem os orfanatos e patronatos (GALHEIGO, 2003; MARCÍLIO, 1998; MARTINS, 2016), assim como as escolas profissionalizantes para crianças pobres. Ocorrem as primeiras mudanças nas instituições de internamento, a partir da preocupação com o tipo de formação que as crianças e

adolescentes vão receber. Para atender ao novo funcionamento social, a educação oferecida é pensada de forma que possa ser útil ao indivíduo e a para a nação.

Nesta fase, também a saúde da infância se torna foco das instituições de assistência, com os médicos higienistas e os “homens da ciência” atuando frente ao combate da mortalidade infantil e no cuidado da mulher mãe de família (MARCÍLIO, 1998). A ação do Estado na filantropia tinha como principal objetivo o controle da pobreza através das intervenções na área da saúde e da educação, principalmente a profissionalizante, que preparava a criança para o mundo do trabalho.

Lentamente o Brasil vai caminhando em direção à educação e criando seu modelo de assistência à infância e juventude, tornando-se independente de Portugal (RIZZINI; RIZZINI, 2004). No século XX, emergem diversos debates sobre a questão da assistência infantojuvenil no Brasil, “escorados na meta da construção da nação republicana, e subsidiados pelas resoluções dos congressos internacionais sobre assistência social, médico-higienista e jurídica à já consolidada categoria dos menores” (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Em 1927, ocorre a publicação do Decreto nº 17.943-A/1927 (BRASIL, 1927), que consolidava leis de assistência e proteção aos menores. Este documento, o primeiro a ter origem legal direcionado à população infantojuvenil, é conhecido como Código de Menores, também chamado de Código Mello Mattos¹. É através deste código que, segundo Galheigo (2003, p.87), se “introduziu uma nova prática que combinava proteção e controle penal, que tem permeado a atenção à criança no Brasil desde então”.

O termo “menor”, no período colonial, aparece com pouca frequência nos documentos oficiais, e ao ser empregado faz referência à idade, delimitando as responsabilidades civis ou canônicas (LONDONO, 1991). Em 1830, entra em vigor o Código Criminal do Império, que determina como menor os indivíduos com menos de 14 anos, onde o termo estabelece o limite etário que define a responsabilidade penal do indivíduo (LONDONO, 1991; ARANTES, 2013). Como esclarece Arantes (2013), neste período os menores que cometessem alguma infração deveriam ser encaminhados para instituições de correção, destinadas especificamente para eles.

Contudo, a partir da implementação do Código de Menores o termo “menor”, que inicialmente foi utilizado para determinar uma dada faixa etária, é frequentemente utilizado com uma conotação negativa para designar crianças pobres, marginalizadas, dando início ao período “menorista” da história da assistência à infância. Esse período dura aproximadamente 60 anos, abarcando os Códigos

¹ Primeiro Juiz de Menores da América Latina, idealizador do Código de Menores (CANTINI, 2008).

de Menores de 1927 e 1979, estabelecendo a situação do menor irregular, o direito do menor e as práticas menoristas (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Durante o período menorista a infância antes considerada abandonada e desvalida, assistida pela caridade da população, se torna objeto da intervenção do Estado, que sob um discurso de proteção e cuidado, encaminhava os “menores” para instituições onde eram submetidos a tratamentos e cuidados cruéis e preconceituosos. O “menor” era toda criança ou adolescente pobre, tida como em situação de risco social, estando assim suscetível a se tornar “delinquente”, “marginal”, ou seja, um perigo para a sociedade (MARCÍLIO, 1998; RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Em 1937 ocorrem mudanças na assistência infantojuvenil que, em conformidade com o regime político em vigor, passa a ser centralizadora. De acordo com Rizzini e Rizzini (2004), “na ditadura implantada por Getúlio Vargas, intervir junto à infância torna-se uma questão de defesa nacional”. Desta forma, em meio ao contexto de instauração do golpe de 1937 que estabeleceu o Estado Novo, são propostas as primeiras políticas de assistência social. Conforme aponta Perez e Passone (2010), o Estado tutela as crianças, adolescentes e suas famílias, se responsabilizando por oportunizar a estes as condições institucionais mínimas de preservação física e moral. A principal prática de assistência às crianças e adolescentes sem “status social” (PEREZ; PASSONE, 2010) era a internação.

Neste contexto, a União, buscando mudar a estrutura assistencial, cria o Conselho Nacional de Serviço Social que tem função de criar serviços que atendam ao público infantojuvenil que se encontre em situação de “pobreza e miserabilidade” (PEREZ; PASSONE, 2010). Dentro deste cenário, criou-se o Departamento Nacional da Criança (DNCr), o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA) (PEREZ; PASSONE, 2010).

O Departamento Nacional da Criança foi instituído em 1940, subordinado ao Ministério da Educação e da Saúde, tendo como atribuições amparar e proteger a maternidade, a infância e a adolescência, assim como realizar estudos sobre a situação da maternidade no país, tanto em instituições públicas quanto privadas (RIZZINI; RIZZINI, 1995). Em 1941, foi criado o Serviço de Assistência a Menores, que submetido ao Ministério da Justiça e Negócios do Interior e ao Juizado de Menores, tinha como um de seus objetivos resolver os problemas da política de assistência anterior, como as insuficientes instituições de internamento para “menores”, considerados “desvalidos” e “delinquentes” (PEREZ; PASSONE, 2010).

A Legião Brasileira de Assistência ligada ao Departamento Nacional da Criança, foi implementada em 1942, visando estreitar as relações entre as organizações privadas e estatais. Seu

objetivo era ajudar as famílias carentes se articulando com as demais instituições assistenciais já existentes no país (PEREZ; PASSONE, 2010). Em 1943, foi instalada uma comissão revisora do Código Mello Mattos, com o diagnóstico de que o problema combatido por este código era na verdade um problema social. Neste sentido, a comissão começou a trabalhar para elaborar um código misto, com aspectos sociais e jurídicos (CANTINI, 2008).

Dentre as políticas assistenciais criadas durante o Governo Getúlio Vargas, período entre os anos de 1937 e 1945 no qual o Brasil passou por mais um regime político centralizador e autoritário, a ação estatal que mais se direcionava ao atendimento do público infantojuvenil em situação de pobreza foi o SAM. Contudo, no período de governo considerado como democracia populista, entre os anos de 1945 e 1964, surge uma nova formulação das políticas socioassistenciais.

Em 1949, de acordo com Perez e Passone (2010), decorrente do encaminhamento do Decreto de Lei nº 560 surge o primeiro Serviço de Colocação Familiar, e em sequência, conforme previsto no Código Civil vigente, ocorre a regulamentação dos serviços de adoção através do Instituto de Adoção. Em 1953 são criados o Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura tendo em vista a continuidade da assistência à infância.

No cenário internacional, em 1946, surge o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) proveniente da criação da Organização das Nações Unidas, em 1945, representando uma conquista postulada pela Declaração de Genebra de que é direito das crianças a proteção integral. Conforme elucidado por Vilas-Bôas (2012), o objetivo inicial da UNICEF era ajudar as crianças europeias vítimas da Segunda Guerra Mundial, porém, depois se tornou um órgão que lutaria continua e mundialmente pelos direitos das crianças e adolescentes.

No Brasil, porém, estes movimentos internacionais não tiveram grande repercussão na realidade da assistência prestada à criança e ao adolescente. Devido ao início do período da ditadura militar (1964 a 1985), ocorreram alguns acirramentos no que tange ao tratamento da criança e do adolescente, como nos seguintes exemplos: a interrupção dos trabalhos da comissão revisora do Código Mello Mattos e sua consequente extinção; a criação da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM), substituindo o SAM; um novo Código de Menores (de 1979) sem mudar nenhuma perspectiva do “menor em situação irregular”; a criação das FEBEM’s, as Fundações Estaduais ligadas a FUNABEM, com objetivo de recolher e internar crianças e jovens violadores da lei, assim como diversas outras decisões que excluía a participação popular e não observavam os avanços internacionais (PEREZ; PASSONE, 2010).

O SAM foi alvo de muitas críticas durante seus 23 anos de existência, devido aos diversos

problemas existentes, tais como a falta de estruturação e de investimentos, além das graves irregularidades administrativas (RIZZINI; RIZZINI, 2004; TAVARES, 2010a). Rizzini e Rizzini (2004) destacam que o SAM recebeu inúmeras denúncias de maus-tratos e corrupção, não garantindo aos internos sequer um tratamento humanizado, o que rendeu a esta instituição o título de “escola do crime”.

Em meados de 1950, os políticos e diversas autoridades públicas propuseram a criação de um novo órgão. Trata-se da FUNABEM, criada em 1964 decorrente da aprovação da Lei 4.513/1964 (BRASIL, 1964), o mesmo documento que instituiu as diretrizes da Política Nacional de Bem-Estar do Menor (PNBEM).

Uma grande mudança na história da institucionalização se deu em meados de 1980. O desmantelamento do regime militar possibilitou debates em torno da infância e dos danos que a internação poderia causar em crianças e adolescentes. Os debates em relação à infância e a assistência a ela ofertada reuniram diversos profissionais que já atuavam ou se interessavam em atuar na área, com as denúncias e os estudos realizados resultando em publicações² que evidenciavam os maus tratos e os prejuízos oriundos da internação. Grupos como o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMNR) reuniam educadores e profissionais de diversas áreas a fim de discutir e desenvolver ações alternativas de atendimento a este público, preconizando o respeito aos seus direitos como cidadãos (RIZZINI; RIZZINI, 2004; VANNUCHI; OLIVEIRA, 2010).

Segundo Cantini (2008), somente após o fim da ditadura militar (em 1985), a partir do movimento popular, por uma Assembleia Nacional Constituinte, a discussão da política integral ganhou força no país. A população se mobilizou defendendo junto à Assembleia a criação de políticas públicas direcionadas às crianças e aos adolescentes, além da alteração do sistema assistencial destinado a este público, que de acordo com Cantini (2008) era “considerado retrógrado e ineficaz”.

Para influenciar na elaboração da nova Constituição, foram criados dois grupos denominados “Comissão Criança e Constituinte” e “Fórum Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente”. Participaram destes grupos importantes segmentos sociais, tais como: o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, a Confederação Nacional de Bispos do Brasil (CNBB) e a Associação de Fabricantes de Brinquedos. Os grupos apresentaram propostas à Assembleia Constituinte, que foram fundidas e resultaram dois artigos de extrema importância da Constituição Federal:

² Para aprofundamento da questão das denúncias e estudos publicados neste período, ver Rizzini e Rizzini (2004, p.46).

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, exploração, violência, crueldade e opressão.

Art. 228 – São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação especial (BRASIL, 1988a).

Somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988, com o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito, tem-se o fim do período menorista. Nesse contexto em que família e Estado são corresponsáveis pelo atendimento dos direitos das crianças e adolescentes, a grande mudança na assistência infantojuvenil ocorre através da regulamentação da Lei 8.069/1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que trazendo uma diversidade de direitos, corrobora o marco doutrinário que coloca toda criança e adolescente como cidadãos especiais, com direitos e proteção ampla e estabelece uma nova concepção político-social (CANTINI, 2008). Dessa forma, ao revogar a Lei 4.513/1964 que instituiu a FUNABEM e a PNBEM e o Código de Menores de 1979, o ECA instaurou, segundo Tavares (2010a), “uma nova ordem jurídico-social e, conseqüentemente, de uma nova política de atendimento”.

2.2 As políticas de atendimento à criança e ao adolescente a partir do ECA

No âmbito legal, a construção dos direitos da criança e do adolescente percorre uma história marcada por lutas, avanços, embates e desafios, onde se destaca a grande mobilização da sociedade, que contribuiu para que fossem realizadas mudanças nas políticas públicas de assistência infantojuvenil, enfatizando a corresponsabilidade da família, da sociedade e do Estado.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, tem como objetivo instituir um Sistema de Garantias de Direitos das Crianças e dos Adolescentes brasileiros, tendo como alicerce a doutrina da proteção integral, rompendo com a tradição do assistencialismo de caráter filantrópico e caritativo e constituindo-se como política pública. Conforme salienta Machado (2011, p. 144), é “considerada como a primeira legislação infantojuvenil da América Latina adequada aos princípios da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança”. É uma lei em constante atualização, tendo passado por inúmeras modificações ao longo dos seus 28 anos de Estatuto com vistas a garantir a premissa da “proteção integral” das crianças e dos adolescentes.

O Estatuto é o que há de mais atual na garantia dos direitos de crianças e adolescentes, pois

estabelece uma nova ordem jurídico-social e política de atendimento a este público, substituindo o Código de Menores de 1979 que se fundamentava em uma doutrina de caráter corretivo-repressiva. A partir da criação do ECA, a categoria “menor” foi extinta da estrutura conceitual e jurídica, e foi introduzida a noção da adolescência (PEREZ; PASSONE, 2010). Nele também se encontram definidos direitos que consideram a condição da criança e do adolescente como sujeitos em desenvolvimento, conforme preconizam os artigos:

Art. 3. A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa Lei, assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990).

Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas Leis (BRASIL, 1990).

Conforme destacado por Perez e Passone (2010), o Estatuto estrutura o atendimento dos direitos da criança e do adolescente em linhas de ações que visam a proteção integral destes, a saber:

Art. 87. São linhas de ação da política de atendimento:

I - políticas sociais básicas;

II - serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social de garantia de proteção social e de prevenção e redução de violações de direitos, seus agravamentos ou reincidências;

III - serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV - serviço de identificação e localização de pais, responsável, crianças e adolescentes desaparecidos;

V - proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente;

VI - políticas e programas destinados a prevenir ou abreviar o período de afastamento do convívio familiar e a garantir o efetivo exercício do direito à convivência familiar de crianças e adolescentes;

VII - campanhas de estímulo ao acolhimento sob forma de guarda de crianças e adolescentes afastados do convívio familiar e à adoção, especificamente interracial, de crianças maiores ou de adolescentes, com necessidades específicas de saúde ou com deficiências e de grupos de irmãos (BRASIL, 1990).

A Lei 8.069/1990, que instituiu o ECA, se constitui por duas grandes propostas: Livro I – Parte Geral, que se ocupa da garantia que as crianças e os adolescentes sejam reconhecidos e tratados como sujeitos de direito e o Livro II – Parte Especial, que aborda o desenvolvimento de novas políticas e os mecanismos para assegurar os direitos, sendo estas, a política e as entidades de atendimento (título I), assim como as medidas de proteção aplicáveis às crianças e aos adolescentes (título II); a prática de ato infracional por adolescentes (título III); as medidas pertinentes aos pais ou responsáveis (título

IV); o Conselho Tutelar (título V); o acesso da criança ou adolescente à Justiça (título VI); e, por fim, os crimes praticados contra as crianças e os adolescentes (título VII).

Segundo o Estatuto, a atual política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, que integra as políticas de proteção dos Direitos Humanos, efetiva-se “através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (art. 86)”, por meio do que se denomina Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), “um conjunto de instituições, organizações, entidades, programas e serviços de atendimento infanto-juvenil e familiar” (PERES; PASSONE, 2010). Nesse sentido, o atendimento deve ser descentralizado, integrado, transversal e intersetorial, em regime de corresponsabilidade.

Para Tavares (2010a), a política de atendimento dos direitos infantojuvenis consiste no

“conjunto de instituições, princípios, regras, objetivos e metas que dirigem a elaboração de planos destinados à tutela dos direitos da população infanto-juvenil, permitindo, desta forma, a materialização do que é determinado, idealmente, pela ordem jurídica” (TAVARES, 2010a).

A política de atendimento deve pautar-se nas diretrizes esboçadas no artigo 88 do ECA, a saber: descentralização político-administrativa, por meio da municipalização do atendimento; criação dos diversos conselhos de direitos; criação e manutenção de programas específicos de atendimento; integração operacional dos órgãos responsáveis pelo atendimento ao adolescente em conflito com a lei; integração operacional dos órgãos responsáveis pelo atendimento à criança ou adolescente que esteja em programas de acolhimento institucional ou familiar, respeitando a brevidade e a excepcionalidade da medida de proteção e visando a reintegração familiar ou, se fizer necessária, a colocação em família substituta; mobilização e participação da sociedade; especialização e formação contínua dos profissionais que atuam na atenção primária à primeira infância; formação profissional que contemple os direitos da criança e do adolescente que propiciam a intersetorialidade e, por fim, realização e divulgação de pesquisas sobre o desenvolvimento infantil (BRASIL, 1990).

A atual política de atendimento, como já mencionado, rompe com muitas práticas pretéritas e, assim, instaura mudanças radicais na assistência infantojuvenil. Para Tavares (2010a), as diferenças em relação às políticas anteriores têm a ver com três aspectos: público alvo, forma de gestão e participação social. Em relação ao público alvo, a atual política de atendimento é feita para todas as crianças e adolescentes, de maneira oposta ao atendimento pautado na doutrina da situação irregular. No tocante à estratégia de gestão, o poder é descentralizado na atual política, possibilitando o

atendimento regionalizado, considerando as demandas locais. Até então, o atendimento era centralizado (OLIVEIRA; ROMÃO, 2015). Peres e Passone (2010) destacam que, nas últimas décadas, houve o ingresso de “novos atores” neste campo de políticas sociais, como as organizações do terceiro setor (ONGs, fundações etc.), de caráter público e os segmentos empresariais criados pela economia de mercado “responsável” sob a ótica ambiental e social.

Machado (2011) destaca que a atual política se preocupa em atender não só a criança ou o adolescente, isoladamente. Tanto a família quanto as comunidades nas quais estes estão inseridos são destinatários do atendimento, já que são “elementos integrantes na vida de uma criança” e de um adolescente (MACHADO, 2011). Nota-se, assim, a preocupação na realização do atendimento integral da criança e do adolescente tendo como referência o contexto em que estes estão inseridos.

2.3 Políticas atuais: Sistema Único de Assistência Social

Através do percurso histórico apresentado, podemos perceber que as políticas sociais se estabelecem no Brasil a partir do governo de Vargas (1930 – 1945). Conforme aponta Angelim (2002) a Assistência Social implementada se revelou “como uma prática e não como uma política. Era vista até como necessária, mas vazia de ‘consequências transformadoras’. Sua operação era revestida de um sentido de provisoriedade, mantendo-se isolada e desarticulada de outras práticas sociais”. Com a Constituição de 1934 alguns direitos sociais começam a ser apontados, contudo é com a Constituição de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, que aspectos essenciais são modificados, resultando na descentralização das competências e no aumento da participação social na construção das políticas e na prestação dos serviços assistenciais.

É esta Constituição que, ao encerrar uma legislação formal, inicia um processo de consolidação da proteção social (BOSCHETTI, 2006). Ela especifica quais são esses direitos: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados”. Ainda introduz o conceito de seguridade social, que nesse momento passa a ser composto pelo tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social, possibilitando a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em 1993.

A Lei Orgânica de Assistência Social tem a gestão de suas diretrizes, assim como a garantia de seu cumprimento, sob a coordenação do Ministério do Bem-Estar Social. Já em seu artigo 1º, a LOAS define a Assistência Social como Política de Seguridade Pública não contributiva, ou seja, a

assistência social não requer contribuição para obtenção dos benefícios. No que diz respeito às crianças e adolescentes, esta lei define em seus objetivos, amparo e proteção à infância e adolescência carentes, sendo a proteção estendida à família, à maternidade e à velhice (BRASIL, 1993).

A LOAS destaca ainda que o trabalho da assistência social deve ocorrer “de forma integrada às políticas setoriais, visando o enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais” (BRASIL, 1993). Os serviços destinados à população infantojuvenil terão como prioridade o atendimento de crianças e adolescentes através de programas de amparo para os que se encontrem em situação de risco pessoal e social, visando o cumprimento dos direitos estabelecidos na Constituição Federal e no ECA (BRASIL, 1993).

É importante apontar que a LOAS encerra o longo histórico de assistencialismo vigente no país, no qual o indivíduo é destinatário de um favor e não detentor de um direito, tendo negada sua identidade e seu pertencimento a uma classe social. Ao atribuir a esta lei o estatuto de política de seguridade social, outorgando ao Estado a responsabilidade pelo atendimento às necessidades dos indivíduos, um novo sentido é dado ao campo da assistência social (COUTO, B. R., 2014). A autora destaca a centralidade do Estado para a garantia dos direitos sociais como uma “novidade conceitual” na história da assistência no Brasil.

A resolução nº 42 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) aprovou em 1995 as Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e Adolescência nas áreas de Saúde, Educação, Assistência Social, Trabalho e para a Garantia de Direitos. Nesta resolução, o CONANDA apresenta as orientações para que se promova a proteção integral à infância e adolescência para os diversos setores que atendem esse público (BRASIL, 1995).

A partir das diretrizes da LOAS, buscou-se materializar a assistência social em meio a sociedade brasileira através da implementação do SUAS. Contudo, esse processo levou treze anos desde a publicação da lei, enfrentando o grande desafio de romper com a antiga tradição assistencialista que se apoiava na caridade e benemerência a fim de consolidar práticas que contribuam efetivamente para a redução da pobreza e exclusão social (COUTO, B. R., 2014).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) foi instituída por meio da resolução nº 145/2004 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Fundamentada nas diretrizes da LOAS, a política organizou a Assistência Social, criando o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O SUAS é um modelo de gestão que objetiva operacionalizar as ações da assistência social e “deve ser estruturado a partir das necessidades básicas da população e responder de forma concreta

a essas demandas” (COUTO, B. R., 2014).

De acordo com a Norma Operacional Básica/Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS), o SUAS tem como sua principal função a proteção à vida, por meio da prevenção a incidência de riscos sociais e da redução de danos (MDS, 2005). A fim de atingir os objetivos estabelecidos em sua política, o SUAS divide a assistência social em dois tipos de proteção social: a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial, que serão abordadas ao longo do trabalho, possibilitando que a PNAS possa integrar-se às políticas setoriais considerando as particularidades de cada território.

2.3.1 Proteção Social Básica (PSB)

A proteção social básica tem caráter preventivo e de promoção da inclusão social dos sujeitos e famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade ou risco social, utilizando-se de ações de vigilância socioassistencial. A vigilância socioassistencial consiste no desenvolvimento da capacidade e de meios de gestão assumidos pelo órgão público gestor da Assistência Social de conhecer a presença das formas de vulnerabilidade social da população e do território pelo qual é responsável” (BRASIL, 2005a).

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (2005a) a PSB tem por finalidade prevenir situações de risco através do desenvolvimento de potencialidades e aquisições visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Ao oferecer serviços, programas e projetos locais de acolhimento, socialização e convivência busca superar as condições de vulnerabilidades identificadas no território.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é o dispositivo responsável pela implementação das políticas no território, executando programas e projetos socioassistenciais que atendam a toda comunidade (BRASIL, 2005a).

2.3.1.1 O CRAS

O CRAS é um serviço que funciona como “porta de entrada” da rede socioassistencial, um espaço de referência e de convivência para a comunidade. É um equipamento físico, unidade pública estatal que tem a atribuição de “prestar informação e orientação para a população de sua área de

abrangência; articular com a rede de proteção social local” (BRASIL, 2005a). O CRAS é responsável pela oferta de serviços continuados às famílias e aos indivíduos buscando potencializar o território de modo geral, desenvolvendo a autonomia, protagonismo e as potencialidades dos indivíduos. Além da oferta de serviços, é no CRAS que os cidadãos têm acesso à benefícios eventuais e continuados, tais como Bolsa Família (BF) e Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O acesso ao CRAS se dá de três maneiras, são elas: encaminhados por outros serviços da rede socioassistencial ou por outros setores, como Saúde e Educação; demanda espontânea; busca ativa realizada pela equipe de referência do dispositivo. A equipe de referência deve ser multidisciplinar e o número de profissionais altera-se de acordo com o porte do município, conforme estabelecido na NOB-RH/SUAS (2007) e PNAS (2004). Assim, os de Pequeno Porte I têm um coordenador com ensino superior, dois técnicos de nível superior (um assistente social e, preferencialmente, um psicólogo), e dois técnicos de nível médio; os de Pequeno Porte II têm um coordenador com ensino superior, três técnicos de nível superior (dois assistentes sociais e, preferencialmente, um psicólogo), e três técnicos de nível médio; os de Porte Médio, Grande, MetrÓpole e Distrito Federal têm um coordenador com ensino superior, quatro técnicos de nível superior (dois assistentes sociais, um psicólogo e outro profissional (não especificado a área de formação), e quatro técnicos de nível médio. O tamanho do município também determinará a quantidade de CRAS que devem ser implementados.

São serviços da proteção social básica ofertados no CRAS: Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF) - criado em 8 de abril de 2004 (Portaria nº 78, 2004), pelo MDS, principal programa de Proteção Social Básica do SUAS, sua oferta pelo CRAS é obrigatória, e consiste na inserção de serviços da assistência social, tal como socioeducativo e de convivência, bem como encaminhamentos a outras políticas, promoção de acesso de renda e acompanhamento sociofamiliar; Programa de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento a pobreza (oficinas geradoras de trabalho e renda); Centros de Convivência para Idosos; Serviços para crianças de 0 a 6 anos que visem o fortalecimento de vínculos familiares, o direito de brincar, ações de socialização e de sensibilização para a defesa dos direitos das crianças; Serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de 6 a 24 anos, visando sua proteção, socialização e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; Programas de incentivo ao protagonismo juvenil, e de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; Centros de informação e de educação para o trabalho, voltados para jovens e adultos (BRASIL, 2005a).

As principais atividades do CRAS podem ser compreendidas e descritas como: atendimento e acompanhamento familiar; serviço de fortalecimento de vínculos com grupos formados para atender

as diferentes faixas etárias e com atividades elaboradas a partir da demanda do território e da sugestão dos usuários; atividades com grupos familiares; cadastro, recadastro, atualização cadastral e desbloqueio do Cadastro Único para o recebimento de Bolsa Família, desconto na conta de energia elétrica, acesso ao ID Jovem, solicitação de conversor digital e isenção de pagamento da taxa de inscrição em concursos públicos; encaminhamento para rede intersetorial; concedimento de benefícios eventuais: cesta básica, auxílio funeral; dentro outros.

No que tange ao atendimento às crianças e aos adolescentes, é ofertado o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) que foi regulamentado pela Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 109/2009, e reordenado, pela Resolução nº 01/2013. O SCFV são intervenções sociais realizadas por meio de atividades artísticas, culturais, de lazer ou esportivas que estimulam a troca de experiências e fortalecimento da participação familiar e comunitária.

Serviço realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com o seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social. Forma de intervenção social planejada que cria situações desafiadoras, estimula e orienta os usuários na construção e reconstrução de suas histórias e vivências individuais e coletivas, na família e no território. Organiza-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. Possui caráter preventivo e proativo, pautado na defesa e afirmação dos direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social (BRASIL, 2013a).

As atividades do SCFV são organizadas de acordo com a faixa etária, sendo a estruturação dos grupos indicada na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais como: grupo de crianças até 6 anos; crianças e adolescentes de 6 a 15 anos; adolescentes de 15 a 17 anos. Os objetivos do SCFV para crianças e adolescentes são: assegurar espaço de convívio familiar e comunitário e o desenvolvimento de relações de afetividade e sociabilidade; valorizar a cultura de famílias e comunidades locais; criar espaços de reflexão sobre o papel da família na proteção das crianças e adolescentes e no processo de desenvolvimento infantojuvenil, dando ênfase a estratégias que estimulem as potencialidades dos que possuem deficiências; possibilitar a ampliação do universo informacional, artístico e cultural; estimular a participação na vida pública do território e desenvolver competências para a compreensão crítica da realidade social e do mundo moderno; contribuir para inserção, reinserção e permanência no sistema educacional.

É importante que o técnico de referência conheça as especificidades de cada grupo, prepare

as atividades, acolha e desenvolva atividades sobre temas e questionamentos propostos pelos participantes. Tal conhecimento se dá por meio do acolhimento e escuta que os técnicos realizam diariamente aos usuários que chegam ao serviço, seja por meio de encaminhamento, busca ativa ou demanda espontânea. Ouvir aos usuários possibilita não só conhecer as demandas de um sujeito ou grupo familiar, mas também reconhecer as especificidades do território e utilizando dos recursos nele disponíveis promover ações geradoras de autonomia.

A busca ativa é realizada pelos técnicos através da visita aos domicílios, geralmente nos locais de maior vulnerabilidade e nos quais o usuário tem dificuldades que o impedem de acessar ao serviço espontaneamente. O maior desafio do CRAS encontra-se na escassez de recursos materiais, com ênfase no transporte, para a realização das ações externas ao dispositivo.

2.3.2 Proteção social especial (PSE)

A PNAS determina que quando ocorre algum tipo de violação dos direitos das famílias ou do indivíduo, não mais serão realizadas ações preventivas e sim de superação do risco social, função essa da Proteção Social Especial. A Proteção Social Especial, dentro da Assistência Social, é a modalidade de atendimento e oferta de serviços responsável pelo acompanhamento dos sujeitos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, entre outras (BRASIL, 2005a).

Os serviços ofertados pela PSE requerem flexibilidade no acompanhamento e nas soluções protetivas, além de estreita articulação com o sistema de garantia de direitos de modo a garantir qualidade no apoio e processos que resultem na atenção protetiva e, ou na reinserção (BRASIL, 2005a). Dentro da Proteção Social Especial os serviços são diferenciados entre dois níveis de complexidade: Média Complexidade e Alta Complexidade.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL	Média Complexidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias Indivíduos (PAEFI); 2. Serviço Especializado em Abordagem Social; 3. Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); 4. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiências, Idosas e suas Famílias; 5. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.
	Alta Complexidade	<ol style="list-style-type: none"> 6. Serviço de Acolhimento Institucional; 7. Serviço de Acolhimento em República; 8. Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; 9. Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.

2.3.2.1 Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSE/MC)

Os serviços da Proteção Social Especial de Média Complexidade contemplam o atendimento de famílias e indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas em que os vínculos familiares e comunitários estão preservados. A Política Nacional de Assistência Social (2005a) orienta que estes serviços possuam maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e mais individualizada, e, ou, de acompanhamento sistemático e monitorado, tais como: serviço de orientação e apoio sociofamiliar; plantão social; abordagem de rua; cuidado no domicílio; medidas socioeducativas em meio-aberto (Prestação de Serviços à Comunidade e Liberdade Assistida); serviço de habilitação e reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência (BRASIL, 2005a).

As unidades de referência pela oferta dos serviços, programas e projetos na PSE/MC são: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

O Centro POP é uma unidade pública e estatal de abrangência municipal. Obrigatoriamente, oferta serviço à população em situação de rua buscando assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades. Este dispositivo deve se constituir como meio de acesso do indivíduo a rede socioassistencial; contribuir para a construção de novos projetos de vida, para a restauração e preservação da autonomia do indivíduo em situação de rua; promover ações de reinserção familiar e, ou, comunitária (BRASIL, 2013b).

O CREAS é uma unidade de referência pública e estatal que tem abrangência municipal e regional. Dentre os serviços ofertados pelo dispositivo, obrigatoriamente, está o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) em municípios de médio e grande

porte (BRASIL, 2013b). O PAEFI é um serviço de orientação das famílias ou indivíduos em situação de vulnerabilidade, ou seja, que tenham tido seus direitos violados ou encontram-se em situação de ameaça.

Conforme a orientação da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais aponta, o trabalho essencial oferecido pelo PAEFI envolve:

Acolhida; escuta; estudo social; diagnóstico socioeconômico; monitoramento e avaliação do serviço; orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais; construção de plano individual e/ou familiar de atendimento; orientação sociofamiliar; atendimento psicossocial; orientação jurídico-social; referência e contrarreferência; informação, comunicação e defesa de direitos; apoio à família na sua função protetiva; acesso à documentação pessoal; mobilização, identificação da família extensa ou ampliada; articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação com os serviços de outras políticas públicas setoriais; articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos; mobilização para o exercício da cidadania; trabalho interdisciplinar; elaboração de relatórios e/ou prontuários; estímulo ao convívio familiar, grupal e social; mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio (BRASIL, 2013b).

São unidades que realizam serviços de desenvolvimento de estratégias de atenção sociofamiliar visando a reestruturação do grupo familiar e elaboração de novas referências morais e afetivas, bem como o acompanhamento individual, apoios e encaminhamentos, e processos voltados para a proteção e reinserção social (Albuquerque, 2008; BRASIL, 2005a). Tais unidades necessitam ter em sua equipe o coordenador, o assistente social, o psicólogo, o advogado, profissionais de nível superior ou médio para trabalhar na abordagem dos usuários e o auxiliar administrativo. São implantados de acordo com o porte, nível e demanda dos municípios, bem como o grau de incidência e complexidade das situações de risco e de violação de direitos (BRASIL, 2007).

O CREAS não oferta serviços especificamente para crianças e adolescentes, mas todos os serviços ofertados no dispositivo atendem crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos. Os serviços protetivos ofertados neste dispositivo se tornam específicos de acordo com a demanda apresentada pela família ou indivíduo.

Conforme exposto acima, o CREAS atende aos usuários que vivenciam situações em que ocorreram violações de seus direitos, realizando acolhimento e escuta individuais ou em grupos para acompanhamento do indivíduo ou de um grupo familiar. No caso de adolescentes em cumprimento de medida alternativa, cabe aos técnicos o acompanhamento destes nos locais onde estejam realizando suas atividades, assim como a realização de práticas para com o adolescente que desenvolva atitude emancipatória e reinserção social. Devido a carência de recursos materiais e humanos, os técnicos tem utilizado a realização de grupos temáticos e oficinas como principais práticas desenvolvidas pelo

serviço.

Os usuários acessam ao CREAS por encaminhamento, denúncia ou demanda espontânea. Os técnicos realizam o acompanhamento dos casos e promovem as articulações e encaminhamentos necessários para os serviços da rede socioassistencial. Ainda há um desconhecimento por parte da comunidade quanto ao trabalho desenvolvido pelo CREAS, mas também é notório o desconhecimento dos profissionais, que atuam no serviço ou nos serviços da rede, sobre os serviços que são ali ofertados. Atualmente, os vínculos empregatícios fragilizados, os baixos salários e o reduzido quantitativo profissional tem sido o grande desafio encontrado para a efetivação dos serviços ofertados, não apenas no CREAS, mas em toda rede socioassistencial, em contexto nacional.

2.3.2.2 Proteção Especial de Alta Complexidade

A Proteção Social Especial de Alta Complexidade distingue-se da Média Complexidade por ofertar serviços que atendam famílias e indivíduos que sofreram a violação de seus direitos, encontram-se sem referência ou em situação de ameaça, apresentando ou necessitando realizar o rompimento do vínculo familiar e, ou comunitário como medida de proteção integral (BRASIL, 2005a).

Portanto, são serviços que devem oferecer atendimento personalizado e em pequenos grupos, atendendo-se a manutenção do respeito à religião, arranjos familiares, etnias e outras diversidades possíveis. Devem garantir moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido (BRASIL, 2005a). De acordo com o Plano Nacional de Assistência Social e a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais os serviços ofertados pela Alta Complexidade são: atendimento integral institucional; casa lar; república; casa de passagem; albergue; família acolhedora; medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (semiliberdade, internação provisória e sentenciada); trabalho protegido; serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências (BRASIL 2005a; 2013b).

Os serviços ofertados devem ter como principal objetivo o fortalecimento da convivência familiar e comunitária, ou a construção de novas referências, quando for o caso, as medidas de atendimento e acompanhamento necessárias para esta finalidade. Dentre os serviços da Proteção Social Especial de Alta Complexidade há os que atendem crianças e adolescentes, público de interesse deste estudo, e apresentam normativas específicas para tal, sendo estes: o Serviço de Acolhimento Institucional e o Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora.

O Serviço de Acolhimento Institucional que têm caráter provisório, sendo uma medida protetiva que contempla crianças e adolescentes de ambos os sexos, portadores ou não de necessidades específicas, mas que se encontrem em situação de risco pessoal ou social, atendendo ao preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente. O acolhimento ocorre em dispositivos conhecidos como Casa – Lar e, ou Abrigo Institucional (BRASIL, 2013b).

Já o Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora diz respeito a um acolhimento familiar, ou seja, crianças ou adolescentes afastados temporariamente de suas famílias de origem são acolhidos por famílias previamente cadastradas. O serviço é responsável pela seleção, cadastro e capacitação das famílias, assim como pelo acompanhamento da família e da criança ou adolescente acolhido e sua família de origem. É uma modalidade de serviço que busca evitar a institucionalização.

O serviços de acolhimento objetivam garantir a proteção integral do sujeito; preservar vínculos com a família de origem, com exceção quando o contrário é determinado judicialmente; promover o acesso à rede socioassistencial, aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas setoriais; promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacionais internas e externas, atentando para os interesses do indivíduo; desenvolver com os adolescentes condições de independência e autocuidado; favorecer o surgimento e desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que os sujeitos façam escolhas com autonomia (BRASIL, 2013b).

A permanência da criança ou adolescente em qualquer destes serviços deve ser provisória, ou seja, até que seja possível o retorno à família de origem (nuclear ou extensa) ou a inserção em família substituta. Os serviços de atendimento às crianças e adolescentes, o acolhimento institucional e a família acolhedora devem ser estruturados e funcionar em conformidade com as diretrizes e princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente e com o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2013b).

Os técnicos de referência que atuam nos serviços de acolhimento institucional no cotidiano são responsáveis por atribuições relativas ao contato com a criança e ao adolescente, assim como relativas à documentação dos acolhidos. São os técnicos realizam o acolhimento, a escuta dos sentimentos, angústias, anseios, desejos e necessidades das crianças e adolescentes. Buscam organizar passeios, estabelecer parcerias para que as crianças e adolescentes possam realizar cursos ou atividades extracurriculares de acordo com seu interesse, ainda realizam dentro da instituição atividades lúdicas, oficinas e rodas de conversas sobre os diversos temas que permeiam o universo da criança e do adolescente, sendo recomendado que os acolhidos possam indicar temas de seu

interesse. Quando necessário, os técnicos encaminham e acompanham para tratamentos médicos, odontológicos e psicológicos, ou quaisquer outros que se fizer necessário.

Quanto a documentação, são os técnicos os responsáveis por verificar na chegada da criança ou adolescente à instituição quais documentos este já possui e os que não tiverem, viabilizar. Após o acolhimento, a realização da escuta e a acomodação da criança ou adolescente na casa, os técnicos devem inserir as informações do acolhido no Módulo Criança e Adolescente (MCA) e elaborar o Plano Individual de Atendimento (PIA), contendo as informações pessoais e familiares, sendo alimentado com novas informações durante todo período de acolhimento. No PIA também deve constar o estudo do caso e o planejamento de ações que venham a promover a reinserção familiar ou inserção em família substituta, quando não houver outras possibilidades.

No dia a dia, os profissionais precisam desenvolver a prática de registros, pois os principais acontecimentos ocorridos dentro ou fora da instituição que envolvam o acolhido devem ser registrados nas evoluções, que consiste em arquivo físico contido na pasta de cada acolhido, e o livro de ocorrências, no qual são registradas também situações e acolhimentos que envolvam outros profissionais do serviço, além do fornecimento das informações sobre o desenvolvimento da criança ou adolescente, ou outras que forem solicitadas, ao Ministério Público. No que diz respeito as documentações, a elaboração do Projeto Político Pedagógico (PPP) é, também, responsabilidade da equipe técnica junto a coordenação da instituição.

Dentre essas atividades realizadas, o acompanhamento das famílias dos acolhidos se faz fundamental, para a realização do estudo de caso e assim a elaboração, junto ao acolhido, seus familiares e técnicos do Ministério Público se possa encontrar soluções que atendam ao princípio do melhor interesse da criança ou do adolescente.

Todos os serviços, seja da Proteção Social Básica ou Proteção Social Especial, devem realizar seu trabalho em articulação com a rede socioassistencial atendendo a necessidade de cada família ou sujeito. Somente ao compreender a singularidade do sujeito e conhecer as particularidades de cada território se pode oferecer serviços que contemplem a demanda apresentada e resultem na promoção de autonomia e reinserção social.

2.3.3 Conselho Tutelar: Assistência Social ou Defesa de Direitos?

No âmbito geral brasileiro o Conselho Tutelar é do campo da Defesa de Direitos. Para tanto, este dispositivo é um dos atores fundamentais do Sistema de Garantia de Direitos (SGDCA), atuando

na defesa, no zelo pelos direitos infantojuvenis. O Conselho Tutelar enquanto ator do SGDCA, poderá entre outras medidas, encaminhar a situação para a rede de atenção municipal e, quando necessário, para a rede de atenção estadual (nos casos de Assistência Social e Educação, por exemplo).

2.3.3.1 O Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente

O Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente é fruto da mobilização provocada pela Constituição de 1988 e o ECA (1990), que tomam a criança como sujeitos portadores de direitos preconizando que estes recebam proteção integral. Entretanto, é em 2006, por meio da Resolução 113 do CONANDA que com o objetivo de criar novos órgãos de defesa e sanar as dificuldades na oferta de proteção integral ao público infantojuvenil que o SGDCA se consolida.

O SGDCA é a articulação e integração entre o Estado, as famílias e a sociedade civil na aplicação de mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente a nível federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 2006b). Conforme consta na Resolução, através da articulação de todos os sistemas nacionais que operacionalizam as políticas públicas será possível efetivar o estabelecido no Art. 2º

“Compete ao Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente promover, defender e controlar a efetivação dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais, coletivos e difusos, em sua integralidade, em favor de todas as crianças e adolescentes, de modo que sejam reconhecidos e respeitados como sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento; colocando-os a salvo de ameaças e violações a quaisquer de seus direitos, além de garantir a apuração e reparação dessas ameaças e violações (BRASIL, 2006b).

São diversos os órgãos que compõe este Sistema e que juntos devem elaborar estratégias e ações que atendam as demandas do território em que estão inseridos e que dialoguem com a política nacional de atendimento a criança e ao adolescente. Estes órgãos encontram-se agrupados em eixos estratégicos que possibilitam um melhor gerenciamento do sistema. Os três grandes eixos de atuação são: Defesa, Promoção e Controle.

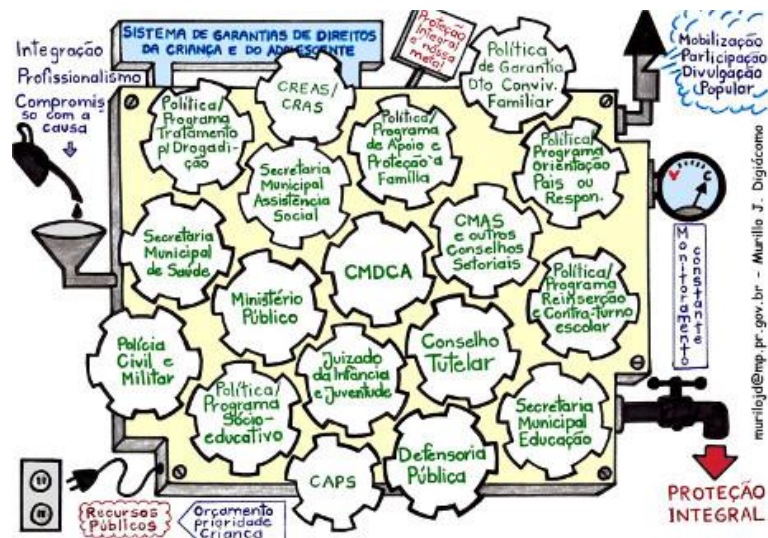
O eixo da Defesa caracteriza-se pela garantia de acesso à justiça, assim como a fiscalização e sanções quando é detectado o descumprimento da lei. Este eixo é composto pelos seguintes órgãos: órgãos públicos judiciais; órgãos públicos ministeriais; Defensorias Públicas; Advocacia Geral da União e as procuradorias gerais dos Estados; polícias e delegacias especializadas; Conselhos Tutelares; ouvidorias e entidades de defesa de direitos humanos incumbidas de prestar proteção

jurídico-social (BRASIL, 2006b).

Já o eixo da Promoção é o responsável em transformar as leis em políticas efetivando-as através de ações práticas, sendo formado por órgãos governamentais e não governamentais nas áreas da educação, saúde, assistência social e outros. Dentro do campo da assistência social tem-se os serviços ofertados na proteção social básica e proteção social especial, além do Conselho Tutelar e o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2006b).

O terceiro, eixo do Controle, conta principalmente com a participação da sociedade civil que é responsável por acompanhar, avaliar e monitorar as ações de defesa e promoção dos direitos das crianças e dos adolescentes. É nesse eixo que os Conselhos ganham destaque, pois eles são espaços institucionais onde os cidadãos podem formular, supervisionar e avaliar as políticas junto aos representantes governamentais. São exemplos de conselhos dos direitos das crianças e dos adolescentes: Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA) e Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA). Ainda participam desse eixo ONG's, Ministério Público, Fóruns de Direitos da Criança e do Adolescente, espaços de mobilização e organização da sociedade civil (BRASIL, 2006b).

A figura abaixo, retirada da página do Ministério Público do Paraná, destaca alguns órgãos do SGDCA. Os órgãos são representados como “engrenagens” que juntos irão fazer a “máquina” funcionar alcançando a proteção integral de crianças e adolescentes, atendendo ao estabelecido no Art. 1º do Estatuto da Criança e do Adolescente.



Fonte: <http://www.crianca.mppr.mp.br/pagina-235.html>

2.3.3.1 Conselho Tutelar

Conforme estabelecido no Art. 131 do ECA, “o Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei”. O Conselho Tutelar é essencial ao organismo social, tendo sido criado visando a desjudicialização das medidas sociais direcionadas à criança e ao adolescente (BRASIL, 1990).

O Conselho Tutelar é autônomo, pois tem liberdade e independência na tomada de decisões, não estando submetido à gestão Federal, Estadual ou Municipal. Ele não pertence ao poder público e se necessário tem poderes para agir contra o Estado e/ou a família quando há violação ou risco de violação dos direitos ou necessidades das crianças e adolescentes.

Dentre as atribuições do Conselho Tutelar não está a oferta de programas ou o atendimento de necessidades infantojuvenis, mas sim a responsabilidade pela tomada de providências para que os direitos sejam atendidos. Para efetivar seu trabalho, os conselheiros utilizam da articulação entre os serviços que atendem ao público infantojuvenil, sejam formais ou informais e também realizam ações de divulgação para difusão dos direitos dentro da comunidade.

Apesar de ser um órgão recente em termos de constituição, visto que é o Estatuto da Criança e do Adolescente que o concretiza e define, o Conselho Tutelar apresenta papel fundamental na garantia da qualidade de vida na infância e adolescência e no resgate das práticas institucionais, por atuar como fiscalizador e articulador da rede socioassistencial. Por participar das atribuições dos três eixos do SGDCA torna-se responsável pela efetivação deste Sistema em seu território de forma a promover a defesa dos direitos humanos e requisitar os serviços indispensáveis.

O conselheiro tutelar é o responsável pela averiguação das denúncias recebidas que configurem ameaça ou violação de direitos de crianças e adolescentes. As denúncias podem ser realizadas por qualquer pessoa através do Disque 100, pessoalmente ou pelo telefone do serviço. O denunciante pode permanecer anônimo. Para a apuração da denúncia é indicado que dois conselheiros realizem a visita de atendimento ao local onde foi indicado que tenha ocorrido a ameaça ou violação.

Quanto as visitas de atendimento, se possível, devem ser marcadas com antecedência, só entrando nos domicílios após autorização dos proprietários. Quanto a apuração da denúncia, ela ocorre através da escuta atenta do relato e observação dos comportamentos dos envolvidos que esclarecerão as dúvidas referente ao que está sendo apurado. Quando se fizer necessário, para fins de apuração de denúncia ou após constatação da veracidade de alguma denúncia, os conselheiros podem

acionar a força policial para resguardar sua integridade.

Após a constatar a autenticidade da denúncia, de acordo com o grau de complexidade, os encaminhamentos necessários são realizados pelos conselheiros que, também serão responsáveis por acompanhar o caso até a sua resolução. Nascimento e Scheinvar (2007) destacam que atualmente tem se destacado entre as práticas cotidianas do Conselho Tutelar ações e discursos, como definição de guarda, definição de valor de pensão, dentre outras, que cabem ao poder judiciário e o distanciam do princípio de ser um órgão reivindicativo e participativo na defesa e garantia dos direitos das crianças e adolescentes.

CAPÍTULO 3: A REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica deste trabalho foi realizada antes da pesquisa de campo. Esta etapa do trabalho destaca-se por constituir importante meio para obtenção de dados atuais e importantes sobre o tema pesquisado através da consulta a trabalhos já publicados.

Em novembro de 2018 foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório e não sistemática na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram consultadas dissertações, teses e artigos científicos indexados, pois estes têm se constituído como os meios mais importantes de divulgação científica. Foram utilizados como descritores: (1) Rede and CAPSi; (2) Intersetorialidade and CAPSi; (3) Rede and Política de Assistência Social; (4) Intersetorialidade and Política de Assistência Social; (5) Rede and Saúde Mental Infantojuvenil; (6) Intersetorialidade and Saúde Mental Infantojuvenil.

Com o objetivo de refinar a busca foram selecionados os seguintes filtros: Coleções: Brasil; Ano de Publicação: 2008 a 2018, buscando mapear as discussões recentes sobre o tema; Idioma: Português; Tipo de Documento: Artigo, Tese e Dissertação. Estabelecidos os critérios de refinamento, iniciamos a seleção: primeiramente foram excluídos os artigos que se repetiam, na sequência a separação por título, depois por resumo e, finalmente, por texto completo. Foram selecionados e utilizados 13 artigos, 02 dissertações e 01 tese, totalizando 16 documentos.

As tabelas a seguir apresentam as etapas da seleção e os resultados encontrados.

TABELA 1. Seleção de documentos por etapas

Descritores Utilizados	Resultados encontrados	Excluídos por repetição (no mesmo descritor)	Excluídos por título	Excluídos por resumo	Selecionados para leitura	Excluídos por repetição (dentre os diferentes descritores)	Excluídos após a leitura do conteúdo	Documentos Selecionados
1 - Rede and CAPSi	31	9	7	6	9	21	5	16
2 - Intersetorialidade and CAPSi	8	2	2	0	4			
3 - Rede and Política de Assistência Social	399	83	227	77	12			
4 - Intersetorialidade and Política de Assistência Social	32	5	19	1	7			
5 - Rede and Saúde Mental Infantojuvenil	30	6	7	10	7			
6 - Intersetorialidade and Saúde Mental Infantojuvenil	7	2	1	1	3			
TOTAL	507	107	263	95	42	21	5	16

TABELA 2. Documentos selecionados

ORDEM DA LEITURA	TÍTULO	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	NOME DA REVISTA	METODOLOGIA UTILIZADA	INSTRUMENTOS UTILIZADOS
1	A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS/SP: CONSIDERAÇÕES SOBRE A HISTÓRIA E A ATUALIDADE	DOBIES, D. V.; FIORONI, L. N.	2010	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Qualitativa	1) Entrevistas semiestruturadas; 2) Observação participante
2	REDES E INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS SOCIAIS: REFLEXÕES SOBRE SUA CONCEPÇÃO NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	PEREIRA, K. Y. L.; TEIXEIRA, S. M.	2013	Textos e Contextos	Qualitativa	1) Revisão de literatura
3	CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA AGENDA POLÍTICA DA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: INCLUSÃO TARDIA, DESAFIOS ATUAIS	COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.	2015	Psicologia Clínica	Qualitativa	1) Revisão de literatura
4	A INTERSETORIALIDADE NAS PUBLICAÇÕES ACERCA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL	ZANIANI, E. J. M.; LUZIO, C. A.	2014	Psicologia em Revista	Qualitativa	1) Revisão bibliográfica exploratória e não sistemática
5	A SAÚDE MENTAL INFANTIL NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: SITUAÇÃO ATUAL E DESAFIOS	COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G.	2008	Revista Brasileira de Psiquiatria	Qualitativa	1) Levantamento documental (documentos oficiais emitidos pelo governo brasileiro)
6	A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL	QUINTANILHA, B. C. et al.	2017	Mental	Qualitativa	1) Grupo focal (4 encontros com dois grupos)
7	CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL PESQUISA- INTERVENÇÃO NA REDE DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	MOREIRA, E. P.; MULLER, E. L.; CRUZ, L. R.	2012	Barbarói	Qualitativa	1) Entrevista semiestruturada; 2) Encontro de reconstituição com todos os entrevistados
8	ATENÇÃO BÁSICA E CUIDADO COLABORATIVO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: FACILITADORES E BARREIRAS	TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.	2017	Ciência e Saúde Coletiva	Qualitativa	1) Levantamento documental (de encaminhamentos ao CAPSi); 2) Grupo Focal (3 encontros em três unidades de ESF)
9	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL: INTERFACES COM A REDE DE SAÚDE PELO	KANTORSKI, L. P. et al.	2017	Textos e Contexto Enfermagem	Qualitativa	1) Questionário autoaplicável

	SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA					
10	CONSTRUINDO A REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL INTERVENÇÕES NO TERRITÓRIO	TSZESNIOSKI, L. C. et al.	2015	Ciência e Saúde Coletiva	Qualitativa	1) Pesquisa-ação (vislumbra intervenção em uma situação real)
11	DESAFIOS DA POLÍTICA, GESTÃO E DA ASSISTÊNCIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS	SILVA, K. L. et al.	2012	Revista Mineira de Enfermagem	Qualitativa	1) Entrevista semiestruturada; 2) Análise documental (documentos do MS e outros indicados pelos gestores nas entrevistas)
12	INTERFACES ENTRE SERVIÇOS E AÇÕES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES	NUNES, C. K.; KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C.	2016	Revista Gaúcha de Enfermagem	Qualitativa	1) Entrevista semiestruturada
13	INTERSETORIALIDADE, DETERMINANTES SOCIOAMBIENTAIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE	SILVA, K. L. et al.	2014	Ciência e Saúde Coletiva	Qualitativa	1) Observação participante periférica (diário de campo); 2) Entrevistas
14	REDES E AÇÃO INTERSETORIAL: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	ANJOS, C. S. N.	2014	Dissertação	Qualitativa	1) Duas visitas à Área Técnica de Saúde Mental da SES para levantamento de dados e conversas com a Assessora responsável pelo acompanhamento dos serviços de saúde mental para criança e adolescentes do Estado do Rio de Janeiro; 2) Entrevistas com os profissionais do CAPSi; 3) Observação participante em reuniões intersetoriais; 4) Entrevista com os profissionais da rede
15	O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS, FAMILIARES E CRIANÇAS	DELFINI, P. S. S.	2015	Tese	Qualitativa	1) Observação participante; 2) Grupo focal
16	SAÚDE MENTAL: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE UM CAMPO EM TENSÃO	SILVEIRA, P. M. S. D.	2016	Dissertação	Qualitativa	1) Entrevista em profundidade

Antes de apresentar algumas das informações encontradas nos documentos oriundos da revisão bibliográfica, consideramos relevante destacar que o modelo de atendimento por meio da rede de atenção psicossocial é um conceito novo quando observamos as primeiras bases do sistema de saúde. Inicialmente, a assistência em saúde fundamentava-se no modelo tecno-assistencial, também conhecido como modelo piramidal.

Conforme esclarece Cecílio (1997), o modelo piramidal tinha como objetivo racionalizar o atendimento. Utilizando-se do recurso da referência e contrarreferência, seria distribuído o fluxo dos pacientes entre os níveis de atendimento, de acordo com a necessidade e complexidade de cada caso. A representação deste modelo se dá pela figura da pirâmide. Na base da pirâmide estariam localizados os serviços da atenção primária, os serviços também conhecidos como ‘porta de entrada’; no nível intermediário, os serviços da atenção secundária, por exemplo, os ambulatorios, emergência e urgência; enquanto no topo da pirâmide se encontram os serviços hospitalares de maior complexidade (CECÍLIO, 1997).

Entretanto, o modelo piramidal não obteve êxito. Cecílio (1997) aponta dois blocos de explicações como os principais pontos para o insucesso deste modelo. No primeiro bloco, o autor aponta aspectos mais gerais relacionados “à própria configuração do SUS nos seus aspectos de financiamento, relação público e privado, como é feita sua gestão e como é realizado o controle por parte dos usuários”. Neste primeiro bloco, o autor aponta explicações que nos fazem refletir: a primeira dela diz sobre a escassez dos recursos, ou seja, em consequência dos ajustes adotados pela política econômica pois os investimentos realizados no campo da Saúde apresentaram grande redução elevando a demanda pelos serviços públicos. Outra explicação apresentada pelo autor refere-se ao modo como os recursos são geridos e utilizados. Nesse sentido, Cecílio (1997) argumenta que a falta de clareza sobre qual o papel dos serviços por parte dos profissionais e gestores torna-se empecilho para que os usuários o acessem, tornando-os equipamentos improdutivos.

Já no segundo bloco, o autor indica como o modelo tecno-assistencial foi pensado, assinalando “a necessidade de questionarmos a ideia da organização do SUS nos moldes de uma pirâmide hierarquizada de serviços” (CECÍLIO, 1997, p. 472). É destacado o desconhecimento da “missão” de cada um dos serviços, tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários, o que acarreta a entrada do usuário pela “porta errada” no sistema de saúde, ocasionando uma sobrecarga em alguns dispositivos e um tratamento inadequado. A inadequação do tratamento se dá por muitas vezes o serviço oferecer apenas cuidados paliativos, em outras situações pelo excesso de exames complementares que substitui a relação humanizada entre médico e paciente.

Ao analisarmos o modelo piramidal, concordamos com a afirmação de Cecílio de que nesse contexto “quem mais sofre com isto é a população dependente do SUS, que tenta furar os bloqueios de todas as formas, acessando aos cuidados de que necessita por múltiplas entradas, tentando garantir a integralidade de atendimento por conta própria” (CECÍLIO, 1997, p. 474). O usuário, na busca de um atendimento integral, busca vencer as dificuldades de acesso ao serviço que atenda sua necessidade de cuidado, visto as dificuldades na implementação e organização de um sistema de saúde que se aproxime da realidade de seus usuários.

É nesse ínterim que despontam as discussões sobre o modelo em rede, no qual o usuário conta com diversas portas de entrada para o sistema de saúde. O modelo em rede surge apresentando uma lógica coerente com os princípios de equidade, universalidade e integralidade. Nessa perspectiva, o atendimento ao usuário se dá por meio do cuidado ampliado. Além do atendimento psicológico e médico, o cuidado ampliado humaniza o atendimento prestado e busca a reinserção ativa do sujeito em seu território através da realização de ações para além dos muros da unidade de saúde.

No campo da saúde mental, o modelo em rede tem a extinção dos leitos hospitalares, a implementação dos Centros de Assistência Psicossocial e o trabalho com equipes multidisciplinares como as principais características. Vale dizer que a noção de rede advém das propostas do movimento da Reforma Psiquiátrica, desde o fim da década de 70. No entanto, com a implementação do primeiro CAPS, em 1986, e com o início do processo de intervenção no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, em 1989, que a efetividade da construção da rede de cuidados em substituição ao modelo manicomial de cuidado se afirma, tendo repercussão em contexto nacional (BRASIL, 2005c).

O modelo de atendimento em rede não deve ser compreendido meramente pela articulação entre os serviços de saúde, ou seja, à interlocução entre os diversos serviços de saúde, em seus diferentes níveis, que atendem ao usuário. A lógica do trabalho em rede é maior, sendo a construção da rede de atenção imprescindível para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, a rede se forma a partir da articulação entre as instituições, cooperativas, associações e demais espaços do município, é uma rede “de base comunitária” (BRASIL, 2005c).

Segundo Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2016) a rede de atenção é uma das principais estratégias da política de saúde mental brasileira. Principalmente no que diz respeito ao atendimento em saúde mental infantojuvenil, a rede “caracteriza-se por diferentes ações e serviços que devem garantir o acesso a cuidados em saúde mental de forma ampliada, complexa e com importante articulação intersetorial, tendo como diretriz central a reinserção social” (BRASIL, 2014). Em síntese, compreende a rede intersetorial que, ao atender o sujeito, percebe-o de modo singular, visto que é

atravessado por questões físicas, psicológicas e sociais. Esse modo de compreender o sujeito permite que ele não seja reduzido a um diagnóstico e, conseqüentemente, a um tratamento, fazendo com que os profissionais acolham o usuário que busca o serviço e de acordo com sua necessidade realizem ações e encaminhamentos que promovam o cuidado.

Entendemos a intersetorialidade como crucial para a efetividade do cuidado em saúde mental, em especial ao cuidado de crianças e adolescentes, por apresentar-se como estratégia para a superação da fragmentação setorial e como fundamento à construção da rede de cuidados (COUTO, M. C. V., DUARTE, DELGADO, 2008; COUTO, M. C. V., DELGADO, 2016). Para se realizar o cuidado integral em saúde mental infantojuvenil é condição essencial a aplicação da intersetorialidade que, segundo Inojosa (2001, p. 105), pode ser compreendida como “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”.

Reconhecendo a complexidade do cuidado psicossocial da infância e da adolescência, dado que o tratamento deste público requer o envolvimento dos diversos setores sociais nos quais as crianças e adolescentes vivenciam seu desenvolvimento, é reservado à intersetorialidade um lugar especial na política de saúde mental (COUTO, M. C. V., DELGADO, 2016). Neste contexto, afirmamos que mesmo não se tratando de um tema novo, a discussão sobre redes e ação intersetorial é um tema atual, porquanto ainda são inúmeros os desafios encontrados para sua materialização.

Os próximos parágrafos apresentam um panorama do que vem sendo discutido até o momento sobre a intersetorialidade no cuidado infantojuvenil, tendo como foco o CAPSi e os serviços da Assistência Social.

Dentre os estudos consultados, poucos apresentam sua discussão abordando a rede de atenção psicossocial infantojuvenil como um todo, ou seja, relacionando a perspectiva dos profissionais de diferentes setores que atendem a esse público. Apenas os estudos realizados por Silva et al (2014), Anjos (2014) e Nunes, Kantorski e Coimbra (2016) coletaram os dados apresentados em suas discussões com profissionais da área da saúde mental e da assistência social que atendem ao público infantojuvenil. A maioria dos estudos, 11 dos que serão aqui apresentados, discutem os desafios na realização de ações articuladas em meio aos serviços oferecidos pelo sistema de saúde, como as pesquisas realizadas por Delfini (2015), Silveira (2016) e Teixeira, Couto e Delgado (2017). Já os estudos realizados por Pereira e Teixeira (2013) e Moreira, Muller e Cruz (2012) realizam suas discussões buscando investigar como se dá a compreensão de intersetorialidade e rede entre os serviços que compõe o SUAS, e formam assim a rede de proteção à infância e adolescência.

Contudo, em meio a literatura aqui apresentada, todos os estudos apontam a intersetorialidade como a principal estratégia de cuidado no atendimento às crianças e adolescentes a fim de garantir a integralidade do cuidado. Assim, os estudos, mesmo apresentando objetivos e metodologias distintos, apresentaram em seus resultados temáticas que se repetiam. Conforme dito acima, em 100% das pesquisas a intersetorialidade é tida como fundamental ao se discutir e realizar o cuidado infantojuvenil. Contudo, 81,25% destes estudos apontam que ainda existem muitos desafios no trabalho de articulação das redes no âmbito intersetorial. Já 43,75% das pesquisas destacam a capacitação e formação continuada dos profissionais, assim como a redução da rotatividade destes nos serviços da rede de atenção psicossocial como fatores que podem favorecer a construção das redes e a realização de ações intersetoriais. Apesar da relevância unânime em relação à importância da construção das redes, apenas 18,75% dos estudos retratam exemplos em que o trabalho intersetorial é realizado com êxito.

Em meio às pesquisas que apresentam a efetividade da intersetorialidade, temos o estudo de Nunes, Kantorski e Coimbra (2016) que teve por objetivo analisar aspectos referentes à articulação entre os serviços da rede (saúde, educação, assistência social e justiça) nas ações voltadas à saúde mental infantojuvenil no município de São Lourenço do Sul/RS. Em 2014, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 41 trabalhadores da rede e com 10 familiares de usuários do CAPSi, além de observação participante (NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2016).

Ao apresentar trechos das falas dos profissionais entrevistados, Nunes, Kantorski e Coimbra (2016), destacam que estes têm conhecimento das políticas públicas e do público que atendem. Ainda apresentam falas que demonstram a corresponsabilização e o compromisso com o cuidado assumido pelos profissionais da rede estudada. As autoras indicam a importância de estratégias de articulação cotidianas para a oferta de um cuidado qualificado às crianças e aos adolescentes. Dentre as estratégias apontadas pelos profissionais temos reuniões, encontros informais para possibilitar a escuta, troca de saberes, comunicação e interação com os demais atores envolvidos (NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2016).

Nas considerações finais, as autoras afirmam a importância de se compreender a intersetorialidade como um “espaço de compartilhamento do saber e de construção de novas formas de agir” (NUNES, KANTORSKI, COIMBRA, 2016). Esse entendimento possibilita aos profissionais a construção de uma rede que garante acesso, acolhimento e resolutividade utilizando-se dos recursos do território para promover arranjos que produzam resultados significativos no que tange ao cuidado infantojuvenil.

Também o estudo realizado por Quintanilha et al (2017), em uma região do sudeste brasileiro, e que tinha por objetivo realizar a análise das percepções dos profissionais de um CAPSi sobre a produção do cuidado na saúde mental infantojuvenil, constatou o êxito na realização do trabalho intersetorial. Segundo os autores, os profissionais que participaram do grupo focal compreendem a articulação intersectorial como um dos principais fatores para a realização do cuidado da saúde mental de crianças e adolescentes (QUINTANILHA et al, 2017).

Os profissionais que contribuíram para esta pesquisa, assim como os que participaram do estudo de Nunes, Kantorski e Coimbra (2016), apontam o matriciamento como meio para se organizar a rede e construir um trabalho integrado (NUNES, KANTORSKI, COIMBRA, 2016; QUINTANILHA et al, 2017). A respeito do matriciamento, Quintanilha et al (2017) o compreendem a partir da definição apresentada por Iglesias (2015 apud Quintanilha et al 2017, p. 274) de que este é “uma metodologia de trabalho potente na estruturação da rede de saúde por meio das transformações das relações entre os profissionais e, conseqüentemente, destes com os outros atores sociais, incluindo os usuários”.

Os resultados encontrados por Quintanilha et al (2017) coadunam com as percepções apresentadas por Nunes, Kantorski e Coimbra (2016). Em ambos os estudos, os profissionais realizam um modo de trabalho compartilhado se corresponsabilizando pelo cuidado do usuário. Os profissionais que participaram dos dois estudos também realizam ações intersectoriais, “na sua maioria”, de acordo com as diretrizes da Política de Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2005b).

Assim como o de Nunes, Kantorski e Coimbra (2016) e Quintanilha et al (2017), o estudo de Kantorski et al (2017) encontrou dados que revelam a efetividade das articulações no cuidado em saúde mental infantojuvenil. Segundo os autores, que investigaram 25 CAPSis existentes na região Sul do Brasil, por meio da aplicação de questionário aos coordenadores dos serviços, no período de junho de 2011 a novembro de 2012, os CAPSis estão realizando as ações voltadas à saúde mental infantojuvenil de forma articulada. Muitos caminham também no sentido da construção de uma rede alternativa, ou seja, uma rede que inclua os recursos disponíveis na comunidade.

Focando-se no sistema de referência e contrarreferência como recurso de articulação entre os serviços que compõem a rede de saúde mental infantojuvenil, Kantorski et al (2017) consideraram que os serviços estudados têm conseguido através desse sistema fortalecer as ações voltadas para a atenção psicossocial. Os autores elucidaram que o sistema de referência e contrarreferência tem apresentado resultados tanto quando utilizado da maneira formal (encaminhamento realizado de forma padronizada pela instituição) quanto informal (quando o encaminhamento e recebimento

ocorrem verbalmente, mediado pelas relações pessoais). Estes resultados têm sido alcançados através da compreensão de que trabalhar na perspectiva desse sistema é mais que estabelecer parcerias entre os dispositivos do território, é também utilizar do diálogo como meio de fortalecer as relações entre os serviços e os profissionais.

Anjos (2014), ao realizar sua pesquisa no município do Rio de Janeiro com profissionais da Saúde Mental e da Assistência Social, aponta em seus resultados a percepção dos profissionais de que a intersetorialidade é um trabalho de construção contínuo. Os profissionais entrevistados durante o estudo indicam alguns desafios enfrentados no trabalho de articulação de redes intersetoriais, sendo estes: “o tempo, a dinâmica intensa e a disponibilidade; a transmissão do mandato e do trabalho...A comunicação; a vigência da lógica do isolamento e da segregação: divergências conceituais e ideológicas; condições de trabalho e rotatividade dos gestores e profissionais” (ANJOS, 2014).

Neste contexto, outros desafios são apontados para que a construção e implementação de um trabalho em rede se efetive, tais como: falta de definição do fluxo de rede; falta de clareza com relação ao papel de cada serviço da rede; falta de qualificação profissional (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008; DOBIES, FIORONI, 2010; MOREIRA, MULLER, CRUZ, 2012; SILVA et al, 2012; SILVA et al, 2014; ZANIANI, LUZIO, 2014; COUTO, DELGADO, 2015; DELFINI, 2015; SILVEIRA, 2016; TEIXEIRA, COUTO, DELGADO, 2017; QUINTANILHA et al, 2017). Quintanilha et al (2017) destacaram a importância da aproximação entre a teoria e prática, que pode ocorrer por meio da formação continuada dos profissionais, contribuindo para a redução das dificuldades com que estes se deparam na organização do trabalho em rede.

Nesse sentido, ao refletir sobre os desafios apresentados, sugerem a Educação Permanente como mecanismo que pode promover não apenas uma assistência de qualidade, mas que também pode possibilitar a aproximação entre os profissionais e a criação de espaço construtivos e deliberativos (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008; DOBIES, FIORONI, 2010; MOREIRA, MULLER, CRUZ, 2012; ANJOS, 2014; COUTO, DELGADO, 2015; DELFINI, 2015; QUINTANILHA et al, 2017). Dobies e Fioroni (2010) ainda destacam o quanto a rotatividade dos profissionais na equipe e o descontentamento destes com as condições de trabalho, visto que muitos são contratados, impactam negativamente na realização de ações que organizem os serviços e desenvolvam a formação de parcerias entre profissionais e serviços.

Silva et al (2014), ao realizarem o mapeamento das experiências de promoção de saúde nas áreas de saúde, educação, cultura, assistência social e esporte-lazer por meio de entrevistas com gestores em seis municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, esperavam que da

articulação do campo teórico com a prática resultasse uma sinergia, conforme propõe o ideal da intersetorialidade. Contudo, apesar de os gestores definirem a intersetorialidade como “estratégia potente para enfrentar os problemas de saúde relacionados aos determinantes sociais”, existe um distanciamento entre o discurso e a prática.

Segundo os autores, as dificuldades na operacionalização das práticas no cotidiano dos serviços estão relacionadas às diferenças de valores, ideias, distribuição de recursos financeiros, humanos e políticos, dentre outros. Assim, destacam a criação de grupos de trabalho intersetorial como uma possibilidade de se construir um espaço para a construção de compartilhada de projetos que apontem uma direção comum de trabalho aos diferentes sectores, resultando em ações estratégicas de cuidado (SILVA et al, 2014). Nesse sentido, TSZESNIOSKI et al (2015) afirmam que é através do diálogo entre os diferentes serviços e profissionais da rede que se desenvolve uma rede de cuidados estruturada, que ao realizar intervenções no território favorece o desenvolvimento psicossocial infantojuvenil, promovendo acolhimento, reinserção social e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Para concluir a apresentação da revisão bibliográfica, algumas observações devem ser feitas. Com base na leitura dos documentos, foi possível perceber que, apesar de terem sido elaborados a partir de trabalhos diversos, seja por métodos, objetivos, sujeitos ou regiões diferentes, de modo geral as conclusões não apresentaram divergências significativas, aparecendo no máximo propostas ou enfoques analíticos ou conclusivos diferentes.

Os estudos que apresentaram experiências que tem se mostrado exitosas na operacionalização da rede intersetorial descrevem como elementos facilitadores da articulação a disponibilidade por parte dos profissionais, o diálogo, espaços de discussão como Fóruns e reuniões, mas acima de tudo a corresponsabilização e compromisso com o cuidado. Já os estudos em que ainda são escassas as ações intersetoriais foram enunciados diversos desafios por parte dos sujeitos que participaram da realização dos estudos. Dentre os desafios destacam a falta de investimento dos gestores municipais nos seguintes aspectos: recursos materiais, capacitação e qualificação profissional e, recursos humanos. De todo modo, seja nas pesquisas que tinham os profissionais que atuam como técnicos nos serviços como sujeitos ou naquelas que estudaram os coordenadores dos serviços, encontrou-se alguma forma de delegação da responsabilização pelas dificuldades aos gestores municipais, no sentido de esperar que estes indiquem o caminho a ser percorrido, o modo através do qual o trabalho deva ser realizado.

Percebemos que, em todo o cenário brasileiro, os desafios são semelhantes e que há uma

tendência à desresponsabilização por parte dos profissionais ou uma dificuldade de se perceberem como parte da estrutura do serviço em que estão alocados, que podem se justificar pelos baixos salários, pela instabilidade no modo de contratação. No entanto, esse distanciamento do profissional com o serviço acaba por ter reflexos na prática ao verificarmos que ainda se apresentam ações setorializadas, falta de comunicação e o não reconhecimento destes atores como potenciais planejadores de ações intersetoriais.

Conforme apontado por Couto e Delgado (2015), a desarticulação entre os serviços, e seus atores, e não a falta de recursos é a principal dificuldade a ser enfrentada na construção das redes de cuidado. Nesse sentido, os fóruns intersetoriais, os fóruns de área, as reuniões intersetoriais, as conferências, os grupos de trabalhos, ou seja, os espaços que viabilizem debates, trocas entre os profissionais, são reconhecidos como importantes instrumentos para o aumento de ações conjuntas e compartilhadas, gerando a corresponsabilização dos atores da rede (ANJOS, 2014).

Se já há por parte dos profissionais o entendimento e reconhecimento da importância intersetorialidade para a promoção do cuidado integral e qualificado, talvez a realização de ações que promovam a aproximação entre os diversos sujeitos responsáveis pelo cuidado, a troca de saberes e experiências possam servir de estímulo e oportunizar a estes o reconhecimento da sua responsabilidade enquanto construtores do cuidado. Lembrando que a intersetorialidade é construída cotidiana e continuamente, e se faz urgente que sua existência política se torne cada vez mais prática.

CAPÍTULO 4: PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Natureza da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e enfoque metodológico hermenêutico-dialético. A pesquisa qualitativa se preocupa com a compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, atentando para uma realidade que não pode ser quantificada, pois busca compreender as diversas interpretações dos sujeitos frente aos aspectos de sua vida, bem como suas relações, história de vida, crenças, percepções e ideias. Ou seja, almeja interpretar um universo de significados pouco conhecidos e de grupos particulares (MINAYO, 2001;2013).

Desse modo, a pesquisa de abordagem qualitativa, realizada no ambiente natural (no qual os fenômenos acontecem) do sujeito, possibilita a compreender os aspectos relacionados à dinâmica, às relações e sentidos subjetivos e simbólicos construídos a partir da prática. De acordo com Minayo (2013), trata-se de um método que carece de uma revisão crítica do conhecimento sobre o objeto que está sendo estudado; do uso de técnicas adequadas para coleta de dados; do desenvolvimento de conceitos, categorias e contextualização dos dados (MINAYO, 2013).

Neste trabalho, a fim de perceber a complexidade do nosso objeto de estudo, escolhemos como instrumento as entrevistas semiestruturadas. Este instrumento permite “enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação” (MINAYO, 2013). Ademais, a flexibilidade na formulação das perguntas possibilita que o entrevistado se sinta o mais confortável possível de forma a transmitir, subjetivamente, os significados e sentidos das experiências e trabalhos desenvolvidos.

Para nós, as entrevistas não são meros relatos, e sim o meio para apreender mais profundamente contexto do objeto de estudo, (re)conhecendo o mundo habitado pelo entrevistado. Ao garantir a contextualização e a historicidade para a formulação de novas questões e problemas de pesquisa, a hermenêutica coopera na análise dos conceitos e nas palavras expressas pelo entrevistado (GADAMER, 2005; MINAYO, 2013). Neste sentido,

[...] quando tentamos considerar o fenômeno hermenêutico guiados pelo modelo da conversação que se dá entre duas pessoas, o caráter comum que serve de orientação entre essas duas situações aparentemente tão diversas, entre a compreensão do texto e o acordo numa conversação, consiste sobretudo no fato de que toda compreensão e todo acordo têm

em mira alguma coisa com a qual estamos confrontados. Da mesma forma que nos pomos de acordo com o nosso interlocutor sobre algum assunto, também o intérprete compreende a coisa que lhe diz o texto. Essa compreensão da coisa ocorre necessariamente na formulação da linguagem, mas não no sentido de que uma compreensão se dá justamente nesse vir-à-fala da própria coisa em pauta. Assim, seguimos imediatamente a estrutura da verdadeira conversação, para assim destacar a peculiaridade daquela outra conversação representada pela compreensão de textos. Enquanto acima, seguindo a essência do diálogo, destacamos o significado constitutivo da pergunta para o fenômeno hermenêutico, será de utilidade demonstrar agora o caráter de linguagem presente no diálogo como um momento hermenêutico e que esse caráter de linguagem forma a base de todo perguntar (GADAMER, 2005, p. 493).

A hermenêutica-dialética, enquanto recurso metodológico, realiza a síntese dos processos compreensivos e críticos ao situar a fala dos atores sociais em seu contexto possibilitando uma melhor compreensão e aproximação com a realidade (MINAYO, 2013). A opção pela utilização deste recurso se deu por compreender que por meio da dialética é possível realizar uma crítica informada sobre os núcleos obscuros existentes nos fenômenos, nos símbolos e na cultura. Desta maneira, a dialética estabelece um caminho do pensamento que fundamenta as pesquisas qualitativas.

Enquanto a hermenêutica, busca entender o texto, a fala, a narrativas que são fruto da experiência cultural, que traz os resultados dos consensos que se convertem em estruturas, vivências, significados compartilhados e símbolos. Desta maneira, nos possibilita compreender que nem tudo da vida social é transparente e inteligível, pois nem a linguagem é uma estrutura completa da vida social (MINAYO, 2013).

Entende-se que a hermenêutica é fundamental para o entrevistador compreender e interpretar o que está sendo dito, e conseguinte reconstruir e integrar estes resultados com o movimento discursivo da atualidade. Integração que se dá ao promover a conversação dos discursos revistos com outros textos e trabalhos produzidos sobre o mesmo fenômeno no mundo (GADAMER, 2005).

4.2 O campo e os sujeitos da pesquisa

Segundo Minayo (2013), o campo, em termos empíricos, é o espaço no qual ocorre a pesquisa, diz respeito a abrangência. Neste estudo, foram entrevistados profissionais da saúde e da assistência social envolvidos no cuidado infantojuvenil no Estado do Rio de Janeiro, mais especificamente em um município de médio porte da Baixada Fluminense. Esta escolha justifica-se por considerar a relação estabelecida entre o município e os cursos de graduação e pós-graduação de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

O município é parte integrante da região metropolitana do Rio de Janeiro, com área territorial de 283,634km². Trata-se de uma cidade jovem, tendo se emancipado em 1997, com uma população de 78.186 habitantes, sendo 25.737 crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos (IBGE, 2010).

Em relação à atividade econômica, o município caracteriza-se pela presença dos setores industriais, comerciais e de prestação de serviço. Atualmente conta com um polo industrial, que desde 2014 tirou o município da categoria de cidade-dormitório. O comércio gira em torno da Universidade Federal e da comunidade acadêmica, contando com lojas de vestuário, calçados, farmácias, óticas, cafés, supermercados, entre outros. Contudo, a extração de areia para a construção civil é a principal atividade econômica do município.

O sistema educacional abrange Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Ensino Universitário. Com exceção do EJA, todos são oferecidos pelos setores público e privado. Conforme dados mais recentes do IBGE, o município conta com 43 estabelecimentos de ensino.

O sistema de saúde conta com a execução de serviços públicos e privados, totalizando 34 unidades de saúde (DATASUS, 2010). No campo público, há 15 Equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) distribuídas por bairros, Unidade Básica de Saúde (UBS), 2 Centros de Atenção Psicossocial, sendo um infantojuvenil, Centro de Especialidades Médicas (CEMES), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade Pré Hospitalar, Maternidade. Há ainda outros serviços oferecidos pelo setor privado.

Atualmente para atendimento das crianças e adolescentes são oferecidos no município os seguintes serviços interligados a rede socioassistencial: Serviço de Proteção e Atendimento a Família e Serviço Convivência e Fortalecimentos de Vínculos, ambos ofertados pelo CRAS; Serviço de Proteção e Atendimento Especializado Integral a Família, disponibilizado no CREAS; Abrigo Institucional; Saúde Escolar; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Conselho Tutelar; CAPSi; Conselho Municipal do Direitos da Criança e do Adolescente; Programa Criança Feliz implementado em agosto de 2019 pela Secretaria Municipal de Assistência Social; Escolas; além da Defensoria Pública, Ministério Público e Delegacias.

Apresentaremos os serviços ofertados pela Saúde e Assistência Social, respectivamente, que participaram deste estudo: um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), quatro Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), um Abrigo Institucional e um Conselho Tutelar.

O CAPSi fica localizado na região central do município, no mesmo terreno em que também

encontra-se instalado o CAPS. Os atendimentos são realizados de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 17:00 horas. No período em que foram realizadas as entrevistas, a equipe do serviço contava com sete profissionais, a saber: a coordenadora, que também atuava como psicóloga no serviço; um técnico de enfermagem; uma enfermeira; uma assistente social; uma nutricionista; uma psicóloga; uma fonoaudióloga. Dentre os profissionais do serviço, apenas a coordenadora e o técnico de enfermagem apresentavam vínculo profissional exclusivo com o CAPSi, apesar de serem contratados pelo município. As demais profissionais da equipe informaram que trabalhavam em outros serviços do município.

Os quatro CRAS serão aqui identificados como CRAS I, CRAS II, CRAS III e CRAS IV. No que diz respeito às equipes, todos os serviços contam com: uma coordenadora, uma assistente social e uma psicóloga. O CRAS III também possui em sua equipe uma pedagoga responsável pela realização das atividades do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Os CRAS estão instalados em bairros que possibilitem maior acesso da população.

O CREAS, instalado junto à Secretaria de Assistência Social do município, tem sua equipe composta pela coordenadora, que apresenta sua formação profissional em serviço social e por duas psicólogas. Conforme informado pela coordenadora, quando necessário ela realizava ações como assistente social, assim como o advogado da Secretaria de Assistência Social prestava o apoio jurídico. No período em que realizamos as entrevistas, o quadro de profissionais deste serviço não contava com a equipe mínima indicada na NOB-RH/SUAS. A coordenadora esclareceu, na ocasião, que havia solicitado à Secretaria Municipal de Assistência Social a contratação de um assistente social e um advogado para compor a equipe, devido à grande demanda recebida no serviço.

O Abrigo Institucional fica localizado em um bairro distante do centro do município, mas no qual existem escolas, unidades de saúde, instituições religiosas e o CRAS III, assim como espaços recreativos, garantindo às crianças e aos adolescentes a manutenção do vínculo com a comunidade e atendendo às normativas que regimentam este tipo de serviço. Quanto à equipe do serviço, ela é composta por: coordenação, técnico administrativo, cuidadoras, vigias, motoristas, porteiros, enfermeira, psicólogo, assistente social e pedagoga. Participaram desta pesquisa os técnicos que compõe a equipe de referência, tendo sido também convidada a coordenadora, que optou por não realizar a entrevista, mas disponibilizou o espaço e nos deixou à vontade para agendar as entrevistas de acordo com a disponibilidade dos técnicos.

O Conselho Tutelar tem sua sede no município situada em região que possibilita fácil acesso aos dos usuários. O serviço tem sua equipe formada por motorista, técnico administrativo, cinco

conselheiros tutelares e um psicólogo. No momento da realização da entrevista com o psicólogo, este informou que, estava alocado naquele serviço há dois meses, realizando suas atividades em um dia da semana, pois também atuava como psicólogo em um serviço vinculado à Secretaria de Educação.

Conforme Minayo (2013) indica, a entrada em campo é precedida por questões de identificação, informações, obtenção e sustentação de contatos. Para a realização desta pesquisa, o primeiro contato estabelecido ocorreu com a coordenação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. Neste primeiro encontro, realizado em outubro de 2018 com a coordenadora do CAPSi, ocorreu a apresentação da pesquisa, a explicação sobre o instrumento utilizado e a solicitação de autorização para realização das entrevistas com os demais profissionais do serviço.

Após obtermos a anuência não apenas da coordenadora, mas de todos os profissionais do CAPSi, visto que a participação na pesquisa tem caráter voluntário, em 08 de novembro de 2018 realizamos a entrevista piloto. Ainda neste mês, foram entrevistados todos os profissionais do serviço. A partir da análise inicial das entrevistas realizadas no CAPSi, identificamos os serviços da Secretaria de Assistência Social apontados pelos sujeitos entrevistados com os quais havia maior interação, a fim de dar continuidade ao trabalho empírico.

Foi solicitada autorização para realização das entrevistas nos CRAS, CREAS e Abrigo Institucional à Diretora de Planejamento e Desenvolvimento Social/Presidente do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente/Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social do Município. Obtida a autorização, foi realizado o contato com as coordenações destes três serviços e também com a coordenação do Conselho Tutelar. A pesquisa foi apresentada a todos os coordenadores que, após contato com os profissionais de sua equipe, autorizaram a realização das entrevistas.

As entrevistas com os serviços da assistência social foram realizadas no período de fevereiro a março de 2019. Todas as entrevistas realizadas durante a pesquisa foram marcadas conforme a disponibilidade de dia e horário dos entrevistados, sendo remar cadas quando estes demandaram. Como as entrevistas ocorreram no serviço ao qual cada profissional está alocado, os atrasos e as interrupções que surgiram nos permitiram observar a dinâmica do processo de trabalho e dos espaços desses serviços.

Após a entrada no campo de pesquisa realizamos 29 entrevistas semiestruturadas, 07 com profissionais do CAPSi e 22 com profissionais dos serviços ligados à assistência social. Os roteiros de entrevista encontram-se no Anexo I. As entrevistas abordaram os seguintes temas:

1. Variáveis de identificação: sexo, idade e profissão;

2. Formação profissional: formação de base e especialização, tempo de trabalho, função e atividades desenvolvidas no serviço;
3. Conteúdos gerais:
 - compreensão sobre o trabalho desenvolvido no serviço:
 - faixa etária das crianças e adolescentes atendidos;
 - demandas percebidas;
 - forma de acesso;
 - práticas de cuidado realizadas;
 - principais desafios.
4. Conteúdos específicos:
 - compreensão e percepção sobre ação intersetorial;
 - percepção sobre facilitadores e barreiras para a efetivação da articulação;
 - identificação dos resultados provenientes da articulação que culminam no cuidado infantojuvenil.

Antes de iniciar cada entrevista, colocávamos novamente nosso objetivo, as questões que seriam abordadas, apresentávamos o TCLE e confirmávamos a aceitação quanto a participação no estudo e a gravação das entrevistas, reafirmando que a participação não era obrigatória.

No que tange ao desenvolvimento da entrevista propriamente dita, é possível dizer que na maioria dos casos contamos com um ambiente agradável, no qual os sujeitos desde o primeiro momento apresentaram confortáveis ao serem entrevistados. Em poucas entrevistas foi percebido um desconforto inicial que se extinguiu no transcorrer do tempo. A duração de cada entrevista variou entre 13 e 58 minutos.

Para melhor contextualização das falas dos profissionais e compreensão de quem compõe os serviços, se faz importante a descrição dos profissionais entrevistados.

Entrevistado N°	Idade	Sexo	Formação Profissional	Função	Tempo na Função	Serviço	Área/Nível de Atenção do Serviço
1	26	F	Enfermagem	Enfermeira	5 anos	CAPSi	Saúde/Especializada
2	43	F	Psicologia	Psicóloga e Coordenadora	7 anos	CAPSi	Saúde/Especializada
3	47	F	Serviço Social	Assistente Social	8 anos	CAPSi	Saúde/Especializada
4	50	F	Pedagogia e Fonoaudiologia	Fonoaudióloga	10 meses	CAPSi	Saúde/Especializada

5	39	F	Economia e Nutrição	Nutricionista	8 anos	CAPSi	Saúde/Especializada
6	50	F	Psicologia	Psicóloga	1 ano	CAPSi	Saúde/Especializada
7	32	M	Técnico em Enfermagem	Técnico em Enfermagem	5 anos	CAPSi	Saúde/Especializada
8	54	F	Serviço Social	Assistente Social	1 ano	Abrigo	Assistência Social/ Especializada
9	45	F	Pedagogia	Pedagoga	9 meses	Abrigo	Assistência Social/ Especializada
10	42	M	Psicologia	Psicólogo	9 meses	Abrigo	Assistência Social/ Especializada
11	45	M	Técnico em Desenho Industrial	Conselheiro Tutelar	7 meses	Conselho Tutelar	Assistência Social/ Especializada
12	60	F	Serviço Social	Conselheira Tutelar	10 anos	Conselho Tutelar	Assistência Social/ Especializada
13	29	M	Psicologia	Conselheiro Tutelar	3 anos	Conselho Tutelar	Assistência Social/ Especializada
14	44	F	Técnico em Administração	Conselheira Tutelar	8 meses	Conselho Tutelar	Assistência Social/ Especializada
15	53	F	Ensino Superior Incompleto - Direito	Coordenadora e Conselheira Tutelar	1 ano	Conselho Tutelar	Assistência Social/ Especializada
16	58	M	Psicologia	Psicólogo	2 meses	Conselho Tutelar	Assistência Social/ Especializada
17	38	F	Serviço Social	Coordenadora	1 ano e 10 meses	CRAS	Assistência Social/ Básica
18	30	F	Psicologia	Psicóloga	1 ano	CRAS	Assistência Social/ Básica
19	50	F	Serviço Social	Assistente Social	8 meses	CRAS	Assistência Social/ Básica
20	57	F	Serviço Social	Coordenadora	7 anos	CRAS	Assistência Social/ Básica
21	35	F	Psicologia	Psicóloga	1 ano e 6 meses	CRAS	Assistência Social/ Básica
22	29	F	Serviço Social	Assistente Social	5 anos e 6 meses	CRAS	Assistência Social/ Básica
23	46	F	Serviço Social	Coordenadora e Assistente Social	8 meses	CRAS	Assistência Social/ Básica
24	42	F	Psicologia	Psicóloga	6 meses	CRAS	Assistência Social/ Básica
25	54	F	Serviço Social	Assistente Social	2 anos	CRAS	Assistência Social/ Básica
26	60	F	Serviço Social	Coordenadora	6 anos	CRAS	Assistência Social/ Básica
27	38	F	Psicologia	Psicóloga	2 anos	CRAS	Assistência Social/ Básica
28	31	F	Serviço Social	Coordenadora	9 meses	CREAS	Assistência Social/ Especializada
29	41	F	Psicologia	Psicóloga	6 meses	CREAS	Assistência Social/ Especializada

Conforme anunciado, participaram da pesquisa 29 profissionais: vinte e quatro mulheres e cinco homens, com a idade média de 43, 7 anos; dentre os participantes sete são coordenadores de serviço. Em relação à formação, foram: dez psicólogos, onze assistentes sociais, uma enfermeira, uma pedagoga, uma nutricionista, uma fonoaudióloga e quatro profissionais de nível médio (em diferentes áreas). O tempo médio no serviço foi de 2,8 anos, em um intervalo de dois meses a dez anos.

4.3 A construção do material de pesquisa

A entrevista semiestruturada foi escolhida como instrumento para coleta de dados por entendermos que este recurso possibilita acessar a narrativa a partir da percepção do sujeito que está inserido na rede de cuidados à criança e ao adolescente. Além disso, permite que o pesquisador possa introduzir questões que se façam necessárias durante a realização das entrevistas, a fim de obter as informações necessárias.

O roteiro de entrevista utilizado nesta pesquisa foi elaborado após a fase de revisão bibliográfica e refinado após a entrevista piloto. Foram construídos dois roteiros, sendo o primeiro para as entrevistas com os profissionais do CAPSi e o segundo para a realização de entrevistas com os profissionais da Assistência Social. Os roteiros utilizados encontram-se no Anexo I.

4.4 Considerações Éticas

Todos os procedimentos adotados na pesquisa obedecem aos critérios e diretrizes da Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e recebeu parecer favorável, sob processo nº 23083.003555/2019-54.

Aos profissionais entrevistados foi garantida a participação voluntária e anônima, mediante leitura e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (Anexo II).

4.5 Análise das falas dos sujeitos da pesquisa

A partir da proposta de análise hermenêutico-dialética, Minayo (2001) propõe as seguintes etapas: (a) Ordenação dos dados: neste momento, faz-se um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. Aqui estão envolvidos, por exemplo, transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação participante; (b) Classificação dos Dados: nesta fase é importante termos em mente que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica. Através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante ("estruturas relevantes dos atores sociais"). Com base no que é relevante nos textos, nós elaboramos as categorias específicas. Nesse sentido, determinamos o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação. (c) Análise final: Neste momento, procuramos estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

A seção a seguir será dedicada a apresentar e discutir o material construído ao longo da pesquisa de campo.

CAPÍTULO 5: RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da riqueza do material analisado, construímos as categorias de análise, a saber: 1) Percepção e concepção dos profissionais sobre ação intersetorial; 2) Ações desenvolvidas para promover a articulação; 3) Desafios no trabalho de articulação da rede intersetorial; 4) Percepção dos profissionais da Assistência Social sobre o trabalho de articulação com o CAPSi.

5.1 Percepção e concepção dos profissionais sobre ação intersetorial

As expressões intersetorialidade, rede intersetorial e articulação fazem parte do vocabulário cotidiano dos profissionais envolvidos no cuidado da criança e do adolescente. Contudo, no cotidiano dos serviços, os referidos termos são empregados em diferentes contextos, o que nos mostra a multiplicidade de sentidos que recebem. A intersetorialidade está presente nas diretrizes da PSM, como também nos princípios organizativos do SUAS e nos objetivos da PNAS. Desta maneira, ressaltamos a importância do entendimento deste conceito para que ações possam ser desenvolvidas a fim de aproximar o campo teórico do campo prático. Para além disto, é necessária a compreensão dos conceitos citados para que sua materialização produza os efeitos esperados de promoção do cuidado integral.

Assim, ao realizar as entrevistas e posteriormente a leitura crítica das narrativas, consideramos relevante destacar que, ao perguntar aos profissionais a respeito de seu entendimento sobre ação intersetorial, em geral, estes apresentaram hesitação. A hesitação foi percebida através do silêncio que surgia após a pergunta, quando os entrevistados repetiam uma ou mais vezes a pergunta ou quando, ao responder, davam as suas respostas um tom interrogativo, como se esperassem a confirmação de que estavam respondendo corretamente à pergunta. É válido esclarecer que antes de iniciarmos todas as entrevistas foi explicado individualmente que não havia resposta certa ou errada e que a entrevista não possuía caráter avaliativo.

Os entrevistados apresentaram possíveis definições para o conceito de ação intersetorial, como destacado nos seguintes trechos:

Ação intersetorial. É uma forma da gente agir juntamente com todo do município, todos esses setores que a gente falou, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, a gente está sempre em

comunicação pra poder melhorar, né, o serviço pros usuários (entrevistado 1SM³).

Ação intersetorial para mim remete é as ações que é acontecido entre os setores. É o que não está acontecendo, é o que eu tô passando aqui, entendeu, que os setores não tão compartilhando com a gente (entrevistado 8AS).

Então, por ação intersetorial, eu acho que, eu entendo que é uma necessidade que nós temos de trocar, né, com a rede para garantir. Porque trabalhando sozinho a gente não consegue alcançar nenhum objetivo, né? Então assim, essa ação intersetorial eu entendo assim, essa troca, essa necessidade de tá colando com os outros serviços e assim garantindo, né, de fato os direitos desses usuários (entrevistado 28AS).

Apesar da fragilidade na compreensão do termo, as narrativas também nos possibilitam verificar que os entrevistados reconhecem a importância do trabalho intersetorial e são capazes de descrevê-lo de modo empírico, remetendo ao que fazem no cotidiano dos serviços. Percebemos que este reconhecimento é resultante da exigência da prática, não sendo explicada a partir dos princípios da atenção psicossocial. Este fato sugere um desconhecimento das políticas de atendimento ao público infantojuvenil, proposição essa que se torna verdadeira ao verificarmos que no discurso dos 29 entrevistados, ao longo de toda entrevista, nenhum dos profissionais fala em território, clínica ampliada, integralidade ou demais noções próprias do campo da atenção psicossocial e da saúde pública. Apenas a entrevistada 3(SM) faz referência à noção de projeto terapêutico.

Verificamos que há um desconhecimento por parte dos profissionais entrevistados das diretrizes das políticas de saúde mental e de assistência social, visto o estranhamento causado pelos termos apresentados e a ausência de conceitos importantes da atenção psicossocial em seus discursos. Chama-nos atenção este fato, pois a literatura consultada aponta estudos como o de Nunes, Kantorski e Coimbra (2016), Quintanilha et al (2017), dentre outros, nos quais todos os profissionais que participaram das pesquisas tinham conhecimento das diretrizes das políticas de saúde mental e de assistência social, mesmo que encontrassem dificuldades para a efetivação da intersetorialidade em seus territórios.

O desconhecimento apresentado, por parte dos serviços dos dois setores, principalmente no que diz respeito ao tema da saúde mental, primeiramente nos remete à dificuldade de desfocar das questões do adulto, resultando na invisibilidade do sofrimento de crianças e adolescentes. Muitas vezes não se atentando para as especificidades desta clientela e reproduzindo práticas de segregação, divergindo das propostas realizadas pela luta antimanicomial. Este modo de agir dos profissionais pode estar relacionado também com o fato de que as políticas de saúde mental em nosso país conferem

³ O entrevistado após a numeração terá a sigla SM (Saúde Mental) ou AS (Assistência Social), visando identificar qual o campo de atuação do mesmo.

destaque as questões dos adultos, esquecendo-se tais sujeitos tem sua singularidade marcadas por experiências vividas na infância.

Ainda nesse contexto, a ausência informações técnico-políticas que ofereçam um modelo sistematizado de intervenções ao profissional o deixa sem referências, muitas vezes realizando ações fragmentadas fundamentadas em práticas assistenciais conservadoras. Beltrame e Boarini (2013) afirmavam que a falta de técnicas norteadoras faz com que os profissionais realizem no âmbito público a prática da clínica individual que é estabelecida pela formação e também pela cultura como o padrão de atendimento. A utilização e valorização de tal prática, pelos profissionais de diversas áreas, tem como consequência a superlotação dos serviços, o encaminhamento de demandas inadequadas, mas principalmente a fragmentação do trabalho que surge como obstáculo a realização de ações intersetoriais.

Dobies e Fioroni (2010), destacam em seu estudo que quase todos os profissionais informaram trabalhar em lugares diferentes e/ou desenvolvem ações diferentes dentro da própria categoria profissional, e que dentre estes profissionais poucos tiveram sua formação voltada para o trabalho atual. Assim como não foi oferecido preparo para as equipes ou profissionais adquirirem instrumental necessário para a iniciarem na função e nem mesmo educação permanente. Estes dados apresentados pelos autores vão ao encontro à realidade dos profissionais que encontramos no município em que realizamos a pesquisa.

Aqui no CAPSi. Então, eu trabalho terça, quarta, quinta e sexta, só tenho uma folga na segunda-feira. É é, dois dias eu faço atendimento e dois dias eu estou como coordenação, mas por estar aqui eu faço os dois papeis sempre, atendo, coordeno, não tem como dividir muito isso eu estando aqui. (entrevistado 2SM)

Durante as entrevistas, muitos relataram que após encerrarem a formação básica não realizaram especialização ou capacitação; poucos profissionais direcionaram sua formação para os serviços em que atuavam e muitos não tiveram experiência anterior na área de atuação, seja os profissionais da saúde ou da assistência social, como também a grande maioria não havia realizado nenhum trabalho com crianças e adolescentes. Destaca-se nas falas de alguns dos entrevistados que iniciaram no serviço público por um acaso, na busca de um vínculo empregatício não houve escolha sobre em qual serviço atuar, incentivados pela oportunidade de um contrato de trabalho ingressaram sem conhecimento prévio ou experiência no campo de atuação.

Implicitamente fica expressa a despreocupação dos gestores municipais quanto as experiências anteriores no cargo, como também não há preocupação destes quanto às experiências

anteriores com crianças e adolescentes. Percebemos que além da formação profissional para área, outros requisitos não se apresentam como determinantes para a distribuição dos profissionais, prevalecendo a necessidade de ocupação das vagas ociosas.

Durante as entrevistas foi possível perceber que, para alguns profissionais, não ter experiência anterior no serviço em que foi alocado apresentou-se como um fator motivador para a busca de conhecimento e a realização de especialização na área, tendo desenvolvido o interesse pelo campo. Contudo, muitos dos profissionais relataram que buscam a aquisição de referências e modos de trabalho através do contato com outros profissionais que se encontram no serviço há mais tempo e/ou por meio das situações que surgem no cotidiano dos serviços.

Não invalidamos a importância da troca de conhecimento e saberes, assim como do ganho de conhecimento e experiência oriundos da resolução de situações adversas, no entanto, entendemos que se faz necessário acompanhar as mudanças que se realizam nos modos de cuidado, por meio de diretrizes, políticas e técnicas que possam nortear e contribuir para a reflexão crítica dos profissionais ao realizar intervenções. Destacamos assim a importância da educação permanente, da realização de capacitação para que o profissional se sinta preparado para acompanhar as mudanças e resolver as novas situações que possam surgir com os usuários.

5.2 Ações desenvolvidas para promover a articulação

Nesse tópico iremos apresentar as principais ações indicadas pelos profissionais do território como estratégias de articulação de redes e do trabalho intersetorial. Os encaminhamentos e as visitas domiciliares (VDs) foram as duas principais estratégias apontadas pelos entrevistados. Entretanto, não há relatos de ações formalizadas ou indicativas de processos que possam caracterizar essas iniciativas como parte permanente do trabalho na dinâmica dos serviços.

Então, a gente, assim, orienta eles e são encaminhados porque também a rede que trabalha junto com a gente é o CRAS que vai dar esse apoio. Além, se for pro CAPSi a gente encaminha pro CAPSi e o CRAS, que vai dar essa assistência da ação social, da assistente também social está indo na casa, então a gente encaminha pra eles, trabalham junto deles para cobrarem os direitos deles no órgão público, no Ministério Público (entrevistado 14AS).

É, vem muita demanda, é quando vem demanda vem com o Conselho Tutelar, de crianças para a gente fazer a VD pra acompanhar a família, criança que não tá, acompanhar a assistência. No caso eu com a assistente social para ver a situação de risco da criança, né? No caso, fazer algumas VDs que já tem um tempo, o Conselho Tutelar manda para a gente, é o

CREAS também, caso de agressão, já teve casos, alguns, aqui bem menor, no CREAS é muita coisa (entrevistado 18AS).

No que diz respeito aos encaminhamentos, os profissionais relatam que não há uma sistematização. Em algumas situações apresenta-se a busca pela formalização por meio da utilização do sistema de referência e contrarreferência, no entanto não é realizado um acompanhamento do usuário. De acordo com a fala dos entrevistados, em muitos casos o encaminhamento é entregue ao usuário ou ao seu familiar, cabendo a este realizar a articulação entre os serviços. Nesse sentido, Dobies e Fioroni (2010) ressaltam que é inadequado destinar ao usuário a responsabilidade de construir a própria rede, principalmente quando não há uma estrutura organizada.

Os entrevistados relatam que a “boa vontade” dos profissionais que ocupam os cargos, assim como as relações interpessoais mais próximas, aquelas em que há uma relação de “intimidade”, facilitam a realização de ações conjuntas. A ‘pessoalização’, termo que escolhemos para identificar esse modo de articulação, possibilita realizar os encaminhamentos pela via informal, além de proporcionar melhor acesso a informações sobre os usuários, como podemos observar:

Eu acho que sempre a gente está conhecendo a equipe, tá conhecendo os funcionários, tendo uma intimidade que a gente possa ligar, possa estar perguntando, eu acho que é sempre bom! (entrevistado 27AS)

Consideramos importante refletir sobre a personalização, pois como os profissionais entrevistados narraram, as boas relações interpessoais estabelecidas, disponibilidade dos profissionais e aproximação pessoal são facilitadores para que possam realizar encaminhamentos, acompanhar os casos e trocar informações. No entanto, apesar de concordarmos que a personalização enquanto estratégia de aproximação entre os profissionais pode contribuir favorecendo a elaboração e a realização de projetos que promovam o cuidado integral, atentamos que é necessário ter atenção aos riscos de que a rede de atenção não se afaste de seu componente institucional e se torne totalmente personalizada. Dentre os riscos que se apresentam ao se construir uma rede personalizada, destaca-se a fragilidade das articulações e das ações, visto que quando o profissional deixa o serviço, elas se desfazem. Além deste é válido destacar o risco dos projetos elaborados se tornarem projetos pessoais e não projetos de uma equipe. Compreendemos a importância da manutenção de relações saudáveis entre os profissionais, mas é imprescindível que elas não sejam o fundamento do trabalho, de outra forma os resultados serão a manutenção da lógica da fragmentação do cuidado.

Outra ação apontada pelos profissionais são as reuniões intersetoriais, compreendidas como

importante espaço de discussão para se trocar conhecimento e informações, construindo uma compreensão compartilhada sobre os casos acompanhados pelos serviços. Conforme dito anteriormente, as reuniões já existiram no município, mas devido ao esvaziamento dos últimos encontros e à informalidade das convocações, deixaram de acontecer. No entanto, a maioria dos profissionais fazem referência a este espaço como a principal ação intersetorial realizada pelos serviços da assistência social em conjunto com o CAPSi, e claro os demais setores convidados, para a promoção do cuidado integral à criança e ao adolescente de seu território.

No período em que as entrevistas estavam sendo realizadas ocorreu uma mudança na coordenação do CAPSi. Alguns profissionais que já haviam tomado conhecimento da mudança e mantido contato com a nova coordenadora, ao serem entrevistados e citarem a reunião intersetorial, o faziam em tom de esperança de que as reuniões voltassem a acontecer por acreditar nos ganhos que este espaço proporciona, como nesta fala:

É as reuniões que a gente tínhamos uma vez por mês, deve voltar agora porque houve a mudança de coordenadora, houve recesso, com certeza deve voltar a reunião uma vez por mês que a gente faz estudo de caso. **P:** Então você acha que esses encontros facilitam? **R:** Facilita, com certeza, porque a gente faz um estudo de caso aí os casos que eu peguei eu levo, né, a *Ivone*⁴ como é que tá, o caso... “não, nós fizemos visita”, então assim essa reunião é muito proveitosa e facilita (entrevistado 15AS).

Assim como os espaços de discussão e troca de saberes são apontados na literatura como estratégia eficaz na materialização da intersetorialidade, o matriciamento que foi citado por Quintanilha (2017) e Nunes, Kantorski e Coimbra (2016) como ferramenta organizadora da rede foi apontado por um dos profissionais como estratégia a ser implementada no município.

Agora que a gente está começando com um projeto de matriciamento. Não sei, acho que alguém deve ter falado quando fez a entrevista. A gente está começando, então a gente tá tentando entrar nesses estratégia da Saúde (entrevistado 2SM).

[...] Agora nesse matriciamento a gente vai bater novamente, vamos ver como é que a gente vai ser aceito, né? Porque tentativas já foram feitas junto, na época, agora por ser algo obrigatório, porque a gente tem que constar esse matriciamento, então eu acho que vai, vão abrir mais o leque, né, para a gente. (entrevistado 2SM)

Analisando as ações apontadas pelos profissionais como as que são realizadas no cotidiano dos serviços, verificamos uma dicotomia entre a política e a prática. A dicotomia que aqui se apresenta

⁴ Todos os nomes foram trocados para preservar a identidade dos envolvidos.

causa graves atrasos na implementação da rede de atenção psicossocial no município. Todavia, apesar de estarmos cientes dos grandes desafios que perpassam a atuação destes profissionais, faz-se necessário uma mobilização dos mesmos para que se promova uma alteração no cenário atual.

5.3 Desafios no trabalho de articulação da rede intersetorial

Compreendendo que a rede intersetorial está em movimento contínuo e que novas situações experienciadas por atuais usuários, assim como o acesso de um novo usuário a um dos serviços pode requerer dos profissionais a criação de novas ações e novas articulações, temos ciência de que desafios poderão ser uma constante no trabalho intersetorial. Nesse tópico, discutiremos os desafios que dificultam ou inviabilizam a materialização segundo a perspectiva de todos os entrevistados.

Percebemos que o primeiro desafio a ser enfrentado diz respeito à concepção acerca da intersetorialidade, mesmo que não tenha sido indicado pelos profissionais. Apesar de alguns técnicos e coordenadores terem apresentado uma conceituação para o termo, na prática é realizada através de encaminhamentos, contatos para informações e palestras.

Assim, quando questionados sobre os principais desafios para se desenvolver um trabalho em rede os profissionais apontam, primeiramente, as dificuldades estruturais e a falta de recursos materiais, tais como: carro, telefone, material de escritório, etc.

Ter dificuldades, sim. Às vezes, é o carro que não vem entendeu, então assim se tem alguma dificuldade né... **P:** Quais outras dificuldades? Essa do carro... **R:** É que, por exemplo, o nosso telefone está mudo, mas a gente usa o nosso celular, então eu não posso nem falar que é uma dificuldade porque a gente acaba usando o nosso telefone né. Então assim, eu acho que a dificuldade maior mesmo eu acho que tá sendo para nós hoje no CRAS o carro, inclusive, hoje vai ter uma reunião a tarde e eu vou tá falando sobre isso que eu acho que é ano novo, vamos recomeçar... Então a proposta é que a gente melhore em tudo que a gente avaliou que o ano passado não foi muito bom, então assim a gente precisa ter minimamente algumas coisas acontecendo pra que o trabalho flua da melhor forma e o carro é uma dificuldade muito grande. (entrevistado 20AS)

Os profissionais relatam que a falta de recursos materiais dificulta a realização das atividades diárias, tanto as realizadas dentro dos serviços como rotinas administrativas e oficinas com usuários, quanto as externas, como as visitas domiciliares.

Que no caso hoje, na minha função, que é o carro e outros materiais. Que eu até falava, queria que tivesse pasta dente aqui, escova, sabonete, são essas coisas mais de higienização pra

poder ensinar eles a fazer também, né, que os pacientes que nem eles quatro, pra escovar os dentes eles não sabem, então a gente tá aqui também pra ensinar e eles não... Que nem esse que a gente busca terça e quinta? Queria fazer esse trabalho com ele, mas não tem e é difícil está sempre tirando do bolso, nem sempre a gente tem, né? Então, fica um pouco complicado (entrevistado 7SM).

Muitas, não tem o carro que o é principal meio de comunicação, porque a gente tem que fazer as visitas para acompanhar as famílias, que é tudo muito distante. É o principal para a gente, pra gente poder tá acompanhando as famílias (entrevistado 18AS).

Outro desafio apontado refere-se à comunicação, pois é apontada a falta de diálogo, o desconhecimento das ações, a falta de retorno dos encaminhamentos e a falta de encontros para a discussão de casos e formulação de estratégias. Os profissionais fazem referência à reunião intersectorial que ocorria no município como importante espaço, mas relatam que já havia alguns meses em que a reunião não acontecia. A coordenadora do CAPSi, que foi indicada como a responsável por marcar as reuniões, discorre sobre o funcionamento destas e os obstáculos que ocasionaram o encerramento das mesmas.

Então, a gente sempre convidou toda a rede, Educação, Saúde, Assistência Social, Ministério Público, Defesa Civil, todo mundo a gente sempre chamou em forma de ofício. Só que como começou a dar número, a gente meio que deixou esse negócio de ofício pro lado e começou a meio que fez um grupo de WhatsApp e ali a gente bota o dia e a hora, quem vem aqui, quem tá presente sabe o dia e a hora, mesmo assim eu informo no grupo. Só que assim, eu acho que foi se perdendo muito não ter feito esses convites, não ter feito esses convites a ser entregue. Porque assim, igual uma menina me colocou recente, ah, mas não tem um ofício pra ir, mas se eu tenho interesse, eu sei que acontece eu procuro saber, né? Então assim, e acontece uma vez ao mês, onde toda rede é chamada, mas o que? **P:** Ela tem acontecido atualmente? **R:** A última vez que a gente fez foi no dia que a *Zenilda* veio, que eu não lembro quando foi, acho que tem uns três meses atrás. O mês passado a gente tentou fazer, só que não veio ninguém. Por ser na sexta-feira eu desmarco meus pacientes e esse mês eu fiquei desanimada de desmarcar. Por ter tido tanto feriado na sexta-feira, aí mais uma vez que eu ia desmarcar meus pacientes e ninguém ia vir. Aí eu falei, então não, vamos deixar para janeiro, então janeiro eu vou ver se a gente começa, fevereiro, né? Porque janeiro muita gente não tá por aqui. Mas fevereiro e março vamos ver se a gente começa mandando os ofícios, igual eu falei pra secretária de Educação, a partir de janeiro eu vou estar mandando um ofício direcionado pra ela, porque ela falou que nunca ouviu falar dessa reunião no município e essa reunião já acontece desde 2012. São seis anos, né? (entrevistado 2SM).

Silva e Rodrigues (2010) chamam a atenção para a importância da construção de espaços que favoreçam a comunicação e que possibilitem a aceção de conceitos e objetivos comuns, tornando viável o planejamento participativo das ações que requerem contribuições de outros setores. Em concordância com o exposto, Anjos (2014) e Nunes, Kantorski e Coimbra (2016) reafirmam que os encontros, além de favorecer a troca de saberes e informações que resultem em ações de cuidado, oportunizam aos profissionais um espaço de estudo e interações saudáveis.

Para além das dificuldades apresentadas, o desconhecimento sobre os serviços ofertados no

território por parte dos usuários, mas principalmente por parte dos profissionais e, a falta de recursos humanos e grande rotatividade de profissionais são apontadas como dificuldades que causam impacto negativo na construção da rede.

...a gente entender o trabalho deles, a gente tem muita dificuldade também e eles entenderem o nosso. Acho que tá aí. Acho que precisa de mais aproximação dos trabalhos, mais conhecimento da parte, da nossa parte como é o trabalho dele e da dele como é o nosso (entrevistado 2SM).

Uma delas é justamente essa mudança, às vezes dos profissionais, que não são profissionais concursados, então o poder executivo ele pode trocar a qualquer momento. E essa mudança fragmenta muito o trabalho, um trabalho que tá em andamento vai paralisar por um tempo, tanto a questão de coordenação como a questão do próprio profissional que atende o usuário. O usuário vai estabelecendo, o paciente vai estabelecendo um vínculo com aquele terapeuta, com aquela pessoa que tá ali pra atender semanal e aí se você troca você, muitas vezes você zera tudo. Paciente vai ter que se acostumar com aquele novo profissional, com a dinâmica dele e aí você demora, isso demanda um tempo, né, então isso dificulta. E também dificulta pra gente, pro trabalho em rede porque ele vai ter que dá, ele vai ter que tomar ciência de toda ficha do paciente, do usuário, como que ele é, o porque ele tá ali, né, e aí replanejar como que ele vai fazer daqui pra frente, então assim, essa mudança é um dos fatores, né? A outra questão que dificulta muito também é a insatisfação do profissional que tá ali, tem dificuldades de estrutura, né, de ser atendido quando ele pede é... um carro pra poder fazer visita, um material pra ele poder tá trabalhando no atendimento e às vezes o executivo não pode ou não quer atender, às vezes não quer, não atende porque não entende realmente a necessidade daquele material, daquela, daquela ajuda né. Então, infelizmente a situação é essa, o profissional tem que tá ali e dar o melhor dele independente das condições isso é lógico, mas a gente sabe que um ambiente que não te estimula, que não entende a sua necessidade em determinado momento isso vai te frustrar enquanto profissional, então isso também dificulta. (entrevistado 13AS).

É importante retomarmos à questão da rotatividade dos profissionais, pois são vários os fatores que ocasionam a saída destes dos serviços em que se encontram alocados. Júnior (2011) cita contratos de trabalhos instáveis, baixos salários e condições de trabalho, inexistência de concursos público para a o preenchimento de postos de trabalho (apud Anjos, 2014), como fatores que impactam na rotatividade dos profissionais. Concordamos com os fatores indicados, visto que se encontram presentes na realidade deste município, no entanto somamos a eles o atravessamento das relações políticas.

As relações políticas e de poder não trazem como consequência apenas a frequente rotatividade dos profissionais que é percebida no município, sendo desligados de seus cargos muitas vezes desconhecendo o real motivo ou sendo remanejados para outros serviços. A outra consequência está na insatisfação, na insegurança, no medo com o qual os profissionais realizam seu trabalho, não permitindo que se reconheçam como parte da estrutura. Esses fatores são indicados por vários entrevistados:

Eu acho que... menos política! No sentido dos cargos mesmo. Os cargos são cargos sempre cargos de confiança, são cargos.... então eu acho que o profissional quando ele tá e ele entende o porquê de ele estar ali, né, de tá olhando realmente o usuário, sabe, independente de qualquer coisa, porque não são profissionais efetivos. Nós não temos efetivos na assistência de assistente social, psicólogo, nunca houve concurso público, e no CAPS e no CAPSi é a mesma coisa. Então acaba tendo uma rotatividade, alguns acabam ficando muito tempo, entra gestão sai gestão ficam. Mas de modo geral, aqueles que tem mesmo o acesso a coordenação as vezes fica, mas os psicólogos as vezes tem aquele rodízio, assim como os profissionais do CRAS eles fazem um trabalho de referência né, tanto o trabalho do CAPS, CAPSi como o trabalho do CRAS é um trabalho de referência, o usuário se referencia, e aí depois ele tem que falar tudo novamente (entrevistado 22AS).

Eu acho que facilita um pouco assim, eu falo um pouco pelo nosso governo aqui, é muitos profissionais às vezes ficam coagido porque prezam pelo seu trabalho, pelo seu trabalho não, pelo seu emprego, então ficam com medo de se expressarem, de tomarem a atitude correta pra não perder o emprego, mas ultimamente assim a gente tá vendo alguns funcionários que tão assim na coordenação que tão passando um pouco por cima disso, deixando um pouco de medo de lado, de sofrer represálias e tão fazendo o que o correto, então isso tá desenvolvendo, eu tenho visto um bom trabalho. Quem é contratado tem muito medo, os efetivos tem, mas é poucos efetivos na área da saúde então é aonde que dificulta, mas ultimamente os novos coordenadores estão assim nos dando muita liberdade pra gente assim pedir ajuda a eles, eles nos atenderem, mas precisa ser muito mudado ainda, porque as pessoas ainda tem muito medo de sofrer represália, acaba não executando um trabalho com medo, a gente tem sofrido aqui isso, porque a gente precisa das escola tomarem alguma direção que é pro diretor e eles não toma essa direção por medo de expor porquê de repente aquela escola não tem uma segurança, não tem um profissional pra ser atendido e eles não fazem o trabalho que era pra ser feito (entrevistado 14AS).

[...] É porque existem vários gestores para várias pastas, mas existem pessoas que não podem colocar o que sabem ou o que pensam naquela página. É muito chefe entendeu, são muitos gestores. E eu acho também que há um medo... um medo de falar, um medo de pensar tudo tem que ser muito... até por conta de repente do desemprego. Eu percebo falta de comprometimento mesmo das pessoas também, por parte de alguns profissionais, eu acho que todo mundo precisa de um trabalho, precisa quer dizer... da sobrevivência. Mas eu acho, a gente que quando o profissional consegue fazer isso, mas com ética, não colocando só o dinheiro em primeiro lugar, já que você recebe seja pouco ou não, mas se você tem, eu acho que você tem que pelo menos se doar mais, eu acho que falta também isso, eu acho que quando eu converso sobre isso com as pessoas elas colocam muito a culpa nos gestores como eu falei que antes, antes aí no início dessa fala eu falei da centralidade né, é tudo muito concentrado ali, muitos chefes. Mas eu percebo também que há um ranço nisso tudo aí. Eu acho que quando se quer mudar, quando tem vontade, quando tem determinismo. Você tem que ter jogo de cintura pra fazer as coisas, você não pode pensar só na sua sobrevivência, tem a ética né, tem o comprometimento com a profissão. Eu acho que falta muito aqui. (entrevistado 23AS).

As falas acima demonstram a dificuldade dos profissionais em realizar seu trabalho mediante um contexto de insegurança. Conforme apontamos anteriormente, a experiência na função e a qualificação profissional não são critérios importantes no momento da contratação dos profissionais, sendo valorizadas as relações pessoais e políticas. Os profissionais que atuam no município, tendo conhecimento deste fato, muitas vezes, deixam de realizar um trabalho eficiente, que pode trazer bons resultados para os usuários dos serviços, por compreender que aquele modo de trabalhar contraria o

desejado pelos gestores municipais. Alguns profissionais pela necessidade de permanecer no trabalho realizam suas atividades profissionais questionando se agem dentro da ética e realizam um bom trabalho, mas sob o risco de perder sua fonte de renda ou se realizam ao mínimo para os usuários atendendo proposto pelos gestores.

A realidade aqui destes profissionais, representa a realidade vivida por diversos profissionais de municípios, de pequeno e médio porte, do interior do país. Onde os interesses políticos privados ainda se impõem sobre o bem-estar da população.

Os desafios indicados anteriormente têm como consequência outro desafio, a fragmentação das ações, logo na fragmentação das políticas, por ocorrem no interior dos serviços, muitas vezes a portas fechadas, não surgindo espaços para que as contradições possam se tornar estratégias.

[...] as relações e estruturas presentes nas instituições responsáveis pela execução das políticas públicas [sociais], são permeadas de dificuldades, obstáculos e contradições. São mazelas que, historicamente, impregnam os espaços, que deveriam estar concretizando direitos sociais. As políticas sociais e os serviços têm fragmentado, em múltiplos setores desarticulados, as necessidades sociais da população. A intersetorialidade é considerada assim uma construção necessária na medida em que opõe esta lógica (MIOTO; SCHUTZ, 2011).

5.4 Percepção dos profissionais da Assistência Social sobre o trabalho de articulação com o CAPSi

De acordo com a Portaria 336/2002, o CAPSi deve possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial. Ou seja, lhe é atribuída a função de ordenador das demandas e de fomentar condições que culminem na formação das redes de atenção psicossocial e em ações de cuidado à criança e ao adolescente de seu território.

Durante a entrevista com os profissionais dos serviços da assistência social ao serem questionados se a articulação com o CAPSi contribui para a oferta de cuidados as crianças e adolescentes, 22 entrevistados afirmaram que esta contribui efetivamente. Apenas um dos 23 entrevistados, que ao longo da entrevista já havia indicado que não é realizado um trabalho em rede no município, afirmou que se fosse realizado um trabalho articulado entre os serviços seria possível cuidar da saúde mental das crianças e dos adolescentes.

Com certeza. Iria contribuir sim. **P:** Em que aspectos você acha que iria contribuir? **R:** É porque a gente tem um (pequena pausa), se tivesse um uma estrutura, uma ligação com eles até de como eles trabalham lá pra poder tá mais próximo pra ver o, um auxílio uma a mais pra poder ver quais crianças, como é que a gente pode fazer mesmo junto com o CAPSi uma forma de ajudar na saúde mental dessas crianças e adolescentes. Uma forma de trabalha juntos (entrevistado 18AS).

No entanto, na percepção de 90,9% dos profissionais é o cumprimento da função terapêutica, por parte do CAPSi, que faz com que a articulação entre os serviços assistenciais e o CAPSi gerem resultados efetivos no cuidado infantojuvenil.

[...] como eu te falei a mudança de comportamento, contribui porque a criança, o CAPSi, os profissionais né eles são profissionais têm um método né de arrancar aquilo que tá doendo na criança né, então assim muitas vezes a criança tá com um comportamento diferenciado por causa daquilo que tá guardado dentro dela, aquela agressão, aquele trauma, ou seja o que for né, então assim é a solução né, eles diagnosticam ali o problema é tratado aquele problema que se tiver que ser remédio é remédio, se não tiver é só conversa mesmo só ali atenção desabafa para criança para gente poder solucionar se for caso de remédio, se for caso a é o pai a mãe da gente chegar conversar, então assim é fundamental, eu acho assim o profissional ele sabe né onde tá, consegue detectar a ferida interna né, a ferida como fala da alma né. A do corpo tem os médico né, febre ou uma infecção, mas o da alma muita das vezes é muito difícil, e aí o CAPSi, né, se tiver os bons profissionais, não sei, se tornar os profissionais de poder arrancar tirar com jeitinho da criança né ou do adolescente aquilo que tá causando, né, essa diferença neles.(entrevistado 15AS).

R: Sim, sim. Porque quando você encaminha uma criança pro CAPSi e essa criança é acolhida, ela vai no fonoaudiólogo, ela vai no neurologista, ela vai no psiquiatra, ela vai numa nutricionista, tem um ambiente em que ela se sinta segura com profissionais qualificados, é algo que funciona. **P:** Existe algum caso que você encaminhou e que você teve retorno? **R:** Pelo CAPSi diretamente não, né, porque eu atendia alguns adolescentes, mas os pais as vezes preferem procurar por meios próprios particular, até mesmo porque infelizmente ainda existe: “Eu não sou louco!” Não tem essa frase? A criança diz, o adolescente diz: “Mãe eu não sou louco! Eu não vou pro CAPSi!” Então normalmente quando você encaminha pra algum tipo de terapia eles procuram por meios próprios. Mas os adultos são enviados pro CAPS. Eu tive um jovem que eu não diagnostiquei, mas pensei que poderia ser um caso de esquizofrenia e eu tive um retorno da responsável por ele por telefone, dizendo que ele foi ao psiquiatra e neurologista e foi diagnosticado esquizofrenia, e ele tá sob medicamento e tratamento e houve uma melhora (entrevistado 24AS).

Alguns entrevistados ainda pontuaram que, devido às dificuldades estruturais e à escassez de recursos humanos e materiais, é a terapêutica medicamentosa que tem gerado resultados mais efetivos no cuidado ao público infantojuvenil.

O CAPSi *do município* cê conhece? É todo mundo junto né? (risos) Eu acho que pode contribuir pra quem tem transtornos graves, pra remédio tudo mais, mas em questão de grupos terapêuticos, essa coisa de tá ajudando a crianças e da demanda de fato chegar lá pra AD, essas coisas de adolescente, esses projetos, essas coisas, suporte ao CAPSi *do município* não tem. **P:** Então, você acha que isso estruturalmente ainda tá falho? Tanto no quantitativo de recursos humanos né, de pessoal para quanto nos recursos materiais? Estruturalmente não

contribui? **R:** Eu acho que acaba que a terapia mesmo não acontece, o que acontece talvez o médico, o remédio, talvez o laudo, é isso, eu não sei. (entrevistado 21AS).

O estudo realizado em um CAPSi situado em um município da região Sudeste do Brasil por Quintanilha et al (2017), através de entrevistas com os profissionais de saúde, converge com essa pesquisa quanto à ausência de narrativa dos profissionais que abrangessem singularidades do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Nesse contexto, os autores indicam a necessidade de ser romper com o legado histórico que faz com que as práticas de cuidados direcionadas às crianças e aos adolescentes sejam reflexo das destinadas aos adultos. Em nosso campo de pesquisa, percebemos a valorização da medicalização como prática de cuidado, assim como a associação efetividade do cuidado com mudança de comportamentos, tais como os exemplificados nos trechos em destaque:

Eu acho que contribui sim! Com certeza! P: Tem algum caso que aconteceu e que você viu dando resultado, contribuindo pro cuidado da criança e do adolescente que você poderia dar de exemplo? R: Sim, tem o Vítor! Vítor da dona Joana, quando ele estava no CAPSi, fazendo o tratamento direitinho, tomando o remédio direitinho, ele não tinha as crises que ele tinha, entendeu! (entrevistado 25AS).

É eu perguntei ao conselheiro, disse e aí como é que tá, né? A D., a D. tá legal? “Não, tá sendo atendida lá, já voltou pra escola que tinha abandonado, já voltou a ter nota”. Isso te dá uma satisfação muito grande, então eu acho que é válido sim (entrevistado 16AS).

Entendemos que ao longo de suas falas os profissionais considerem importantes apontar critérios que indiquem a melhora dos usuários, assim como pode ser difícil transmiti-los ao entrevistador. Contudo, consideramos importante argumentar que os exemplos apresentados, ao serem analisados juntamente as discussões deste capítulo e as observações realizadas no momento das entrevistas, indicam uma tendência por parte dos profissionais de compreender e definir as práticas de cuidado como práticas medicalizantes, normatizadoras e disciplinadoras. Esse modo de compreensão vai contra aos princípios da clínica ampliada e de todo o conjunto de saberes e práticas que constituem o paradigma da atenção psicossocial. É necessário a construção de espaços que ofereçam acolhimento, escuta e respeito a singularidade, alcançando assim a produção de saúde, reabilitação e autonomia dos sujeitos.

Outro aspecto que contribui para a articulação e logo favorece a realização de práticas conjuntas de cuidado é o acesso entre as equipes, especialmente a facilidade de comunicação com os funcionários do CAPSi. Segundo uma Conselheira Tutelar, o diálogo estabelecido entre as equipes possibilita que se tome conhecimento de casos que necessitam de cuidado e nos quais o usuário não

consegue acessar o serviço.

[...] contribui porque como eu falei pra você é a gente tem essa ligação, né, e articulando com eles, muitas vezes a gente consegue é levá-los a situações que com certeza eles não sabiam e se ficassem esperando as pessoas ir lá as pessoas não iam. E a gente tendo essa articulação boa com o CAPSi muitas vezes a gente tá atendendo uma demanda que ficaria abandonada, vamos dizer assim, não por eles quererem abandonar, mas por não ter condições de tá fazendo (entrevistado 11AS).

A dificuldade de acesso referenciada pela entrevistada não é vivenciada apenas pelos usuários, como discutido anteriormente. Os profissionais também possuem poucos recursos para realizarem visitas domiciliares e outras atividades extramuros. Anjos (2014) aponta a precariedade na disponibilização de recursos materiais como um importante elemento que surge como obstáculo ao trabalho intersetorial. Assim como em nossa pesquisa, a autora cita a falta de transporte para que os serviços possam realizar as atividades externas.

Como último ponto julgamos pertinente retornamos as reuniões intersetoriais que foram apresentadas como uma das ações intersetoriais realizadas no município. Cientes que as reuniões deixaram de acontecer há muitos meses, gostaríamos de destacar o fato de ao menos um entrevistado de cada um dos serviços da assistência social atribuir ao CAPSi a responsabilidade de realizar a construção e o convite deste espaço de discussão. Desta maneira, observamos que apesar da não apropriação das políticas da atenção psicossocial, mais precisamente das diretrizes da Política de Saúde Mental, os profissionais atribuem ao CAPSi a função de ordenador das ações em prol da construção da rede intersetorial de cuidados no território.

A partir da percepção de que os profissionais compreendem a relevância e a necessidade das estratégias intersetoriais, como reuniões, para a realização de um trabalho qualificado, nos questionamos: Por que esperar? Por que não ser o ator que produza o tensionamento para que o CAPSi atue como organizador deste espaço? As redes de atenção precisam ser territorializadas, o que significa que vão se construir em função e a partir das necessidades e recursos locais. Precisa de criatividade e flexibilidade para fazer funcionar. A mesma cartilha que dá ao CAPSi a função de ordenador da rede, apresenta a contrapartida de que quando este serviço existir em menor número na rede para tal apoio, outros podem produzir a ação necessária para que o CAPSi assumira seu papel de agenciador da rede de cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A noção de intersetorialidade tornou-se fundamental para a oferta do cuidado integral à população infantojuvenil, que exige ações complexas capazes de responder devidamente às suas especificidades. Contudo, a consolidação da rede de atenção infantojuvenil se constitui um desafio na realidade brasileira, pois a simples presença de serviços em um território não significa a existência de um trabalho articulado.

Escolhemos como campo da pesquisa um local onde são ofertados serviços essenciais para a construção de uma rede que ofereça o cuidado ampliado às crianças e adolescentes que dele necessitem. Entendemos que a orientação e organização dos serviços é condição necessária para que se realize um trabalho fundamento do paradigma da atenção psicossocial. Contudo, nos deparamos com obstáculos para essa organização que ultrapassam e restringem a ação dos profissionais, independentemente do arcabouço teórico e prático que possuam, assim como o desejo de promover transformações edificadoras em seu território.

Nesta pesquisa, os sujeitos entrevistados – trabalhadores do campo da Saúde Mental e da Assistência Social - através de suas narrativas, permitiram revelar suas percepções, concepções e as práticas realizadas no cotidiano dos serviços que se tornam facilitadoras ou desafios na realização da articulação intersetorial.

Em relação ao cotidiano dos serviços percebemos que os profissionais, mesmo os que se desdobram desenvolvendo sua função em mais de um serviço, possuem uma inter-relação satisfatória. As narrativas indicaram a manutenção do diálogo entre as equipes de cada serviço, a ciência da rotina realizada e das demandas recebidas. Em serviços como o CAPSi e o Conselho Tutelar foram indicadas a realização de reuniões de equipe para discussão de casos e tomada de decisões.

As falas dos profissionais assinalaram o CAPSi como único serviço direcionado ao cuidado em Saúde Mental para crianças e adolescentes no município, ressaltando ainda a falta de psicólogos na rede de saúde. Aqui abro um parêntese para a questão do especialismo que se apresentou na fala dos entrevistados ao indicarem a percepção de que cabe aos psicólogos e psiquiatras o atendimento às demandas de origem emocional ou comportamental. Assim, não somente a escassez dos serviços ofertados em saúde mental, como a valorização do especialismo, contribuem para promover o grande número de encaminhamentos provenientes de todos os serviços da rede para o CAPSi, que recebe demandas que deveriam ser direcionadas a outros serviços, gerando uma sobrecarga de trabalho.

No que diz respeito à sobrecarga de trabalho, esta não se apresenta como uma especificidade

do CAPSi. Todos os serviços apresentados contam apenas com a equipe mínima de trabalhadores, fato que se justifica tanto pela grande rotatividade de profissionais quanto pela falta de investimento em recursos humanos por parte dos gestores municipais. Esse apontamento foi encontrado na literatura como dificuldade comum no contexto nacional, não apenas no que se refere à realização da dinâmica de um serviço, mas principalmente como obstáculo para a materialização da intersetorialidade.

Aliada à carência de recursos humanos, a fragilidade da qualificação profissional, os baixos salários, a ausência de concursos, as condições de trabalho precárias estabelecidas por contratos que trazem insegurança, e conforme apontado por um dos entrevistados, fazem com que os profissionais fiquem desmotivados para a realização do trabalho, o que compromete o mandato de cada um dos serviços. Ao não se reconhecerem como parte da estrutura os profissionais acabam por assumir um lugar de espera, na intenção de que os gestores municipais indiquem o trabalho a ser realizado.

Sobre os encaminhamentos recebidos e realizados, em geral, constituem-se como ferramenta que define a comunicação entre os serviços. Como discutido anteriormente, para esses profissionais, os encaminhamentos se apresentam como uma possível definição e estratégia de ação intersetorial. Aqui observamos que os entrevistados possuem concepções e práticas variadas acerca da ação intersetorial e da construção e efetividade das redes de cuidado. Tal fato nos permite apontar o desconhecimento das políticas e diretrizes que se inscrevem na lógica da atenção psicossocial.

Reafirmamos, em concordância com a revisão apresentada, a necessidade da educação permanente dos profissionais. O conhecimento obtido por meio das exigências da prática contribui para a valorização da lógica do trabalho intersetorial, contudo não é capaz de dar conta dos desafios que se apresentam em sua materialização. A necessidade de investimento no conhecimento sobre intersetorialidade e sua importância para a rede ampliada de cuidados favorece a criação de uma direção comum de trabalho e pode contribuir para a análise crítica que estes atores realizam sobre as estratégias já realizadas.

As informações apresentadas nos levam a questionar qual o lugar desses profissionais na rede? Profissional que se encontra em meio ao paradoxo de esperar que algo seja dado pelo governo sem se responsabilizar pela sua participação, sua integração como parte do serviço, mas que ao mesmo tempo se sente aprisionado, amedrontado diante da pressão política versus a necessidade de manutenção do emprego, por vezes deixando de expressar e realizar ações que possam beneficiar os usuários dos serviços.

Consideramos que o estudo indica que este se apresenta como um território com possibilidades para a materialização efetiva de articulação em rede, mas para que as parcerias intersetoriais possam ser estabelecidas é necessário a presença de um ator. Conforme o Relatório Final IV CNSMI (2010), este ator deve tomar para si a responsabilidade da direção e agenciamento de condições efetivas para a construção de redes e ações de cuidados que envolvam corresponsabilidade de setores e instituições que historicamente estão implicados no cuidado às crianças e adolescentes.

Verificamos que existem esforços para a implementação da rede de serviços, no entanto, os dados nos impedem de afirmar que haja um trabalho em rede, caracterizando como um conjunto de serviços e profissionais que prestam assistência sem as articulações necessárias. Também não podemos dizer que é uma rede que mantém práticas assistencialistas, por entender a intersectorialidade, mas é uma rede que ainda realiza práticas setoriais, que se expressa na ausência de uma direção comum entre os serviços ao realizar ações de cuidado.

O município apresenta em sua história a presença de uma importante estratégia de ação intersectorial, as reuniões intersectoriais, única estratégia que tinha por finalidade organizar a rede. Segundo os entrevistados, as reuniões mensais tiveram início em 2002, contando com a participação de representantes de todos os setores e serviços da rede socioassistencial. É indicado que no final do ano de 2018 as reuniões deixam de acontecer, no entanto elas surgem no discurso de todos profissionais como um espaço importante de articulação.

Entendemos e enfatizamos a importância da reconstrução deste espaço de discussão. Não apenas as reuniões intersectoriais, mas os Fóruns, as supervisões, entre outros, são espaços que favorecem a construção de conhecimentos, por meio da troca de experiências e saberes. Possibilitam a ampliação do olhar de modo a analisar cada caso mediante diferentes perspectivas, compreendendo as necessidades dos usuários e como resposta realizando um trabalho colaborativo qualificado e que cuida integralmente do sujeito. Ou seja, os espaços de discussão devem ser compreendidos e utilizados como ferramentas do “fazer cotidiano” (ANJOS, 2014).

Nesse sentido, ao responder a proposta deste trabalho, constatamos que, na percepção dos profissionais, apesar dos desafios apresentados, esforços são realizados para que em meio a carência de recursos humanos e materiais, e a falta de sistematização do fluxo dos serviços, seja garantido para todas as crianças e os adolescentes que acessem os serviços o cuidado integral.

Finalizando esta pesquisa verificamos que, a partir dela, se abrem inúmeras questões a serem exploradas em outros estudos, como a utilização dos recursos do município como meio para a qualificação e capacitação dos profissionais, visto que existem três instituições de ensino superior;

estratégias para enfrentamento da excessiva rotatividade dos profissionais. Neste sentido, acreditamos que investimentos por parte dos gestores municipais nos serviços e profissionais por meio da oferta de capacitação e qualificação, de melhores salários e condições de trabalho, pode contribuir para que se inicie a mudança no cenário apresentado. Além disso, a aproximação com as instituições de ensino pode contribuir para a criação de novos espaços de discussão e assim provocar inquietações e mudanças na organização dos serviços.

No entanto, ressaltamos que vários dos aspectos aqui apresentados repetem-se em outros contextos, mesmo nos que já revelam avanços acerca da intersetorialidade. Esperamos que os apontamentos aqui realizados possam contribuir para a realização dos caminhos adotados pelo município; mas que também outras localidades possam se beneficiar da discussão e avaliar seu próprio território.

LISTAGEM BIBLIOGRÁFICA

ABAID, Josiane Lieberknecht Wathier; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Exposição a fatores de risco de adolescentes em acolhimento institucional no sul do Brasil. **Interação em Psicologia**. V. 18, n. 1, 2014.

AMARANTE, Paulo. (Org.). **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANDRADE, Luís Odorico Monteiro. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. 2004. 364 f. Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo.

ANJOS, Cintia Santos Nery dos, et al. **Redes e ação intersetorial: a experiência de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do município do Rio de Janeiro**. 2014. 121 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

ARANTES, Esther Maria de Magalhães. Pensando a psicologia aplicada à justiça. In: GONÇALVES, Hebe Signorini; BRANDÃO, Eduardo Ponte (orgs.). **Psicologia jurídica no Brasil**. Rio de Janeiro: Nau, p. 11-42, 2013.

AMSTALDEN, Ana Lúcia Ferraz.; HOFFMANN, Maria Cristina Correa Lopes; MONTEIRO, Taciane Pereira Maia. Política de saúde mental Infantojuvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi (Orgs.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, p. 33-45, 2016.

ÀRIES, Philippe. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BERCHERIE, Paul. A clínica da criança: estudo histórico. CIRINI, O. **Psicanálise e Psiquiatria com crianças**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

BELTRAME, Marina Maria; BOARINI, Maria Lúcia Saúde Mental e Infância: Reflexões Sobre a Demanda Escolar de um Capsi. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 33, n. 2, p. 336-349, 2013.

BRASIL. Decreto Nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. **Consolida as leis de assistência e proteção a menores**. 1927.

BRASIL. Lei Nº 4.513, de 1º de dezembro de 1964. **Autoriza o Poder Executivo a criar a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, a ela incorporando o patrimônio e as atribuições do Serviço de Assistência a Menores, e dá outras providências**. 1964.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1988b.

BRASIL. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. 1990.

BRASIL. Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.** 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 42, de 13 de outubro de 1995. **Aprova as diretrizes nacionais para a política de atenção integral à infância e adolescência nas áreas de saúde, educação, assistência social e trabalho e para a garantia de direitos.** 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre as normas e diretrizes de organização dos CAPS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/SUAS.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 76 p. Série B. Textos Básicos em Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005c.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária.** Brasília, 2006a.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 42, de 19 de abril de 2006.** Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS).** Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede regionalizadas de atenção à saúde:** contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação. Versão para debate. Brasília, 2008.

BRASIL. Lei Nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nos. 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992;

revoga dispositivos da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943; e dá outras providências. **2009a.**

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes.** 2ª ed. Brasília, 2009b.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados.** [online]. Brasília [s.d.]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acessado em 10 de janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS.** Brasília: Gráfica e Editora Brasil LTDA, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica.** n. 34. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012.** Brasília, 2014.

CANTINI, Adriana Hartemink. A proteção dos direitos da criança e do adolescente no Brasil. **Sociais e Humanas.** Santa Maria, v. 21, n. 2, p. 55-67, jul-dez, 2008.

CARLOS, Diene Monique et al. O acolhimento institucional como proteção a adolescentes vítimas de violência doméstica: teoria ou prática?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v. 21, n. 2, p. 579-585, 2013.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 13, n.3, p 469-478, 1997.

CHAVES, Caroline Magna Pessoa et al. Avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças institucionalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 66, n. 5, p. 668, 2013.

CINTRA, Ana Lúcia; SOUZA, Mériti. Institucionalização de crianças: leituras sobre a produção da exclusão infantil, da instituição de acolhimento e da prática de atendimento. **Revista Mal Estar e Subjetividade.** V. 10, n. 3, p. 809-833, 2010.

CONTENTE, Suellen Reis; CAVALCANTE, Lilia Iêda Chaves; SILVA, Simone Souza da Costa. Adoção e preparação infantil na percepção dos profissionais do juizado da infância e juventude de Belém/PA. **Temas em Psicologia.** V. 21, n. 2, p. 317-333, 2013.

COUTO, Berenice Rojas. O Sistema Único da Assistência Social – Suas: na consolidação da Assistência Social enquanto política pública. In: CRUZ, Lílian Rodrigues da; GUARESCHI, Neusa

(Orgs.). **Políticas públicas e assistência social: diálogos com as práticas psicológicas**. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes. P. 41-55, 2014.

COUTO, Maria Cristina Ventura. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: COUTO, Maria Cristina Ventura (Org.). **A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC. P. 61-74, 2004.

COUTO, Maria Cristina Ventura. **Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira** (Tese de doutorado não-publicada). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. V. 30, n. 4, p. 390-398, 2008.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**. v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi (Orgs.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016. P. 271-279.

CRUZ, Lílian Rodrigues da; GUARESCHI, Neusa. [Orelha do livro]. In: CRUZ, Lílian Rodrigues da; GUARESCHI, Neusa (Orgs.). **Políticas públicas e assistência social: diálogos com as práticas psicológicas**. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

CUNHA, Carolini Cássia; BOARINI, Maria Lucia. O lugar da criança e do adolescente na reforma psiquiátrica. Universidade Estadual de Maringá. **Revista Psicologia e Saúde**. V. 3, n. 1, p. 68-76, jan./jun 2011.

DELFINI, Patricia Santos de Souza, et al. **O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças**. 2016. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

DIAS, Greicyani Brarymi; PEDROSO, Janari da Silva; SANTOS, Antonia Cláudia Soares Leão. Avaliação de Desenvolvimento de Bebês em Acolhimento Institucional com “Ages and Stages Questionnaires”. **Mudanças-Psicologia da Saúde**. V. 23, n. 2, p. 1-7, 2015.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho de cuidar em instituições. In: BRAVO, Maria Inês S. et al. (Orgs.). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. P. 150-164.

DOBIES, Daniel Vannucci; FIORONI, Luciana Nogueira. A assistência em saúde mental no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 14.33: 285-299, 2010..

FURLAN, Vinícius; SOUSA, Telma Regina de Paula. Família, acolhimento institucional e políticas

públicas: um estudo de caso. **Revista Psicologia Política**. V. 14, n. 31, p. 499-516, 2014.

GADAMER, H. G. **Verdade e método I**. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. São Paulo: Editora Universitária São Francisco, 2005.

GALHEIGO, Sandra Maria. O abrigo para crianças e adolescentes: considerações acerca do papel do terapeuta ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. V. 14, n. 2, p. 85-94, maio/ago. 2003.

HOFFOMAN, Maria Cristina Corrêa Lopes; SANTOS, Darci Neves, ANDRADE, Eduardo Luiz. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por centros de atenção psicossocial infanto juvenil. **Caderno de Saúde Pública**. V24, n. 3, p. 633-642, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/seropedica/panorama>. Acessado em 10 de janeiro de 2020.

INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, n. 11, p. 102-110, 2001.

IZAR, Juliana Gama. A práxis educativa e o projeto político-pedagógico em abrigos para crianças e adolescentes. **Rev. de Ciências da Educação**. V. 15, n. 28, p. 80-88, jun. 2013.

KANTORSKI, Luciane Prado, et al. Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n.3, 2017.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. (2007). Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, Roseni et al (Orgs.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007. P. 137-154.

LIMA, Rossano Cabral. Saúde mental na infância e adolescência. In: JORGE, Marco Aurélio Soares; DE ARAUJO CARVALHO, Maria Cecília; DA SILVA, Paulo Roberto Fagundes. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: SCIELO-Editora FIOCRUZ, 2014. P. 229-254.

LONDONO, Fernando Torres. A origem do conceito de menor. In: PRIORE, Mary Del (org.). **História da Criança no Brasil**. São Paulo: Contexto/CEDHAL, 1991. P. 129-145.

MACHADO, Vanessa Rombola. A atual política de acolhimento institucional à luz do Estatuto da Criança e do Adolescente. **Serv. Soc. Rev.** V. 13, n.2, p.143-169, 2011.

MARCÍLIO, Maria Luiza. **História social da criança abandonada**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. Ed. São Paulo: Atlas S.A; 2003.

MARTINS, Fernanda Flaviana de Souza. Da história da institucionalização de crianças no Brasil ao Estatuto da Criança e do Adolescente. In: MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; SALUM, Maria José

Gontijo; OLIVEIRA, Rodrigo Tôres (orgs.). **Estatuto da Criança e do Adolescente**: refletindo sobre sujeitos, direitos e responsabilidades. Brasília: CFP, 2016.

MINAYO, M. C. S. (org.). A pesquisa qualitativa. Em: M. C. S. MINAYO. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. **Herança e promessas do ensino das Ciências Sociais na área da Saúde**. Cad. Saúde Pública, v. 28, n. 12, p. 2367-2372, 2012a.

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa**: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012b.

MINAYO, M. C. S. Construção da identidade da antropologia na área da saúde: o caso brasileiro. In: MINAYO, M. C. S. **Antropologia e saúde**: traçando identidades e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. p. 29-43.

MOREIRA, Etiane Pereira; MULLER, Edi Lurdes; CRUZ, Lilian Rodrigues. Centro de Referência Especializado da Assistência Social: Pesquisa-Intervenção na rede de proteção à infância e adolescência. **Barbarói**, v.36, p. 70-82, 2012.

NASCIMENTO, Maria Lúvia do; SCHEINVAR, Estela. De como as práticas do conselho tutelar vêm se tornando jurisdicionais **Aletheia**, n. 25, p. 152-162, jan-jun, 2007.

NUNES, Cristiane Kenes; KANTORSKI, Luciane Prado; COIMBRA, Valéria Cristina Christello. Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n.3, 2016.

OLIVEIRA, Siro. Darlan de; ROMÃO, Luis F. de França. **A história da criança por seu conselho de direitos**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA de SAÚDE (OPAS). **Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra: World Health Report, 2001. Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1. Acessado em: 10 janeiro de 2020.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos**, v.12, n.1, p.114-127, 2013.

PEREZ, José Roberto Rus; PASSONE, Eric Ferdinando. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cad. Pesqui.** V. 40, n. 140, p. 649-673, ago. 2010 .

QUINTANILHA, Bruna Ceruti, et al. A produção do cuidado em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil. **Mental**, v. 11, n. 20, p. 261-278, 2017.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. História da Saúde Mental Infantil: A criança brasileira da colônia a república velha. **Psicologia em estudo**. Maringá. v. 11, n.1, p-29-38, jan.-abr. 2006.

RINALDI, Doris Luiz; LIMA, Maria Cândida Neves de. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. **Mental**. V. 4, n. 6, 2006.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. Crianças e menores do pátrio poder ao pátrio dever: um histórico da legislação para a infância no Brasil (1830-1990). In: PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, 1995. P. 99-168.

ROSA, Edinete Maria et al. Contextos ecológicos em uma instituição de acolhimento para crianças. **Estudos de Psicologia**. V. 15, n. 3, p. 233-241, 2010.

ROSA, Edinete Maria et al. O processo de desligamento de adolescentes em acolhimento institucional. **Estudos de psicologia** V. 17, n. 3, 2012.

SANTOS, Nair Iracema Silveira dos; BOUCINHA, Irene Antunes. A experiência de morar em abrigos. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**. V. 4, n. 1, p. 36-49, 2011.

SILVA, Eduardo Rodrigues da. **A Criança, a Infância e a História**. história e-história, 2011. Disponível em: <<http://www.historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=alunos&id=368>>.

SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 5, p.762-769, set-out, 2010.

SILVA, Kênia Lara, et al. Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n.2, p.78-187, 2012.

SILVA, Kênia Lara, et al. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, n.19, p. 4361-4370, 2014.

SILVEIRA, Paula Morena Souto Derenusson. **Saúde mental: concepções e práticas profissionais de um campo em tensão**. 2016. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

SOUZA, Fernanda Hermínia Oliveira; BRITO, Leila Maria Torraca de. Acolhimento institucional de crianças e adolescentes em Aracajú. **Psicologia Clínica**. V. 27, n. 1, p. 41-58, 2015.

TAVARES, Patrícia Silveira. A Política de Atendimento. In: MACIEL, Kátia (org.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente: Aspectos Teóricos e Práticos**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris Editora, 2010a. P. 297-351.

TAVARES, Patrícia Silveira. As Medidas de Proteção. In: MACIEL, Kátia (org.). **Curso de Direito**

da Criança e do Adolescente: Aspectos Teóricos e Práticos. 4ª ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris Editora, 2010b. P. 521-542.

TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 22, p. 933-1942, 2017.

TELLES, Heloísa Prado Rodrigues da Silva. A criança nos discursos da saúde mental: um percurso histórico a partir de recomendações para políticas públicas. In: LAURIDSEN- RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi (Orgs.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016. P. 131-143.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**. V. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TSZESNIOSKI, Luíse de Cássia, et al. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 20, p. 363-370, 2015.

VANNUCHI, Paulo de Tarso; OLIVEIRA, Carmen Silveira. Direitos humanos de crianças e adolescentes—20 anos do Estatuto. **Brasília: Secretaria de Direitos Humanos**, 2010.

VILAS-BÔAS, Renata Malta. Compreendendo a criança como sujeito de direito: a evolução histórica de um pensamento. **Âmbito Jurídico**. V. XV, n. 101, 2012.

ZANIANI, Ednéia José Martins; LUZIO, Cristina Amélia. A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Psicologia em Revista**, p. 56-77, 2014.

ANEXOS

ANEXO I

Roteiro indicativo de questões para entrevista com profissionais do CAPSi

Data: _____ Instituição: _____
Formação profissional: _____
Idade: _____
Função: _____ Tempo na função: _____
Atuação anterior com crianças e adolescentes? E na saúde mental?

- 1) Você poderia descrever sua rotina de trabalho no CAPSi?
- 2) Qual a faixa etária das crianças e adolescentes atendidas nesta instituição?
- 3) Quais as principais demandas recebidas?
- 4) Qual a principal forma de acesso ao serviço? Como as crianças e adolescentes chegam?
(Encaminhamento? Demanda Espontânea?)
- 5) Quais as práticas de cuidado desenvolvidas neste serviço?
- 6) Como você entende seu trabalho no CAPSi? Quais os principais desafios?

AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE A RELAÇÃO COM OUTROS SETORES

- 7) Os encaminhamentos são provenientes de quais setores? É realizado algum retorno para o setor responsável pelo encaminhamento?
- 8) O que você entende por ação intersetorial?
- 9) Quais setores com maior frequência de articulação?
- 10) Na sua prática, quais são os resultados dessa articulação? É possível exemplificar com um caso?
- 11) O que facilita essa articulação?
- 12) Quais os setores com maior dificuldade para realizar o trabalho em rede?
- 13) Quais as principais dificuldades?
- 14) Em sua opinião, o que poderia ser feito para vencer essas barreiras?
- 15) Gostaria de acrescentar alguma coisa?

Roteiro indicativo de questões para entrevista com profissionais da rede socioassistencial

Data: _____ Instituição: _____
Formação profissional: _____
Idade: _____
Função: _____ Tempo na função: _____
Atuação anterior com crianças e adolescentes? _____

- 1) Você poderia descrever sua rotina de trabalho?
- 2) Qual a principal forma de acesso a este serviço? (Encaminhamento? Demanda Espontânea?)
- 3) Em relação as demandas recebidas neste serviço, quais as principais demandas atendidas de crianças e adolescentes?
- 4) Como você entende seu trabalho nesta instituição?
- 5) Quais as práticas desenvolvidas neste serviço para crianças e adolescentes?
- 6) O que você entende por ação intersetorial? Quais ações intersetoriais são realizadas por este serviço? Você poderia exemplificar com um caso ou situações...
- 7) Qual trabalho de articulação desenvolvido com o CAPSi?
- 8) Na sua prática, quais os resultados essa articulação?
- 9) O que você acha que facilita essa articulação?
- 10) Existem dificuldades na realização desse trabalho? Quais?
- 11) Na sua opinião, o que poderia ser feito para vencer essas barreiras?
- 12) Para você, a articulação com o CAPSi contribui para a oferta de cuidados às crianças e adolescentes? É possível exemplificar com um caso?
- 13) Gostaria de acrescentar algo?

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Práticas de cuidado na rede de atendimento à criança e ao adolescente: saúde mental e acolhimento institucional”. O estudo objetiva investigar os modos de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes em situação de acolhimento nos abrigos institucionais. Para tanto serão realizadas entrevistas com profissionais que atuem junto ao público infantojuvenil nos serviços de saúde mental e acolhimento institucional.

A pesquisa adota o método qualitativo e é desenvolvida através da realização de entrevistas em profundidade. Os participantes serão abordados após uma conversa inicial com a Direção de sua unidade trabalho, com o objetivo de viabilizar o afastamento de suas atividades no momento da realização das entrevistas. Estas serão realizadas nas unidades dos participantes, no horário de expediente, e poderão ser gravadas e posteriormente transcritas, com o consentimento do entrevistado. O áudio e a transcrição ficarão guardados sob responsabilidade da pesquisadora e não serão divulgados.

Considerando que toda pesquisa envolve algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como mínimo, mas é possível que você sinta algum tipo de desconforto ou inibição durante a realização da entrevista. Se isso ocorrer, os pesquisadores estarão disponíveis para conversar e esclarecer as suas dúvidas. Se for necessário, a entrevista pode ser remarcada e realizada em outro momento. Ofertaremos atendimento em saúde mental caso haja necessidade proveniente das atividades de pesquisa.

As informações coletadas serão divulgadas em relatórios, artigos científicos e demais materiais de publicação. Os nomes dos participantes não serão divulgados, sendo omitidos ou trocados por pseudônimos. Você tem ainda garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação por sua decisão. Você pode, também, solicitar informações e esclarecimentos à pesquisadora, ou consultar o Comitê de Ética da UFRRJ, telefone: 2682-4707/2682-1201. Por fim, vale esclarecer que não haverá qualquer tipo de compensação financeira pela participação como voluntário nesta pesquisa.

O termo de consentimento é redigido em duas vias: uma para o participante e uma para o pesquisador.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Declaro ter sido informado e esclarecido pelo pesquisador sobre os objetivos, métodos, benefícios e possíveis riscos decorrentes da minha participação na pesquisa. Estou ciente de que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso cause qualquer prejuízo à minha atividade profissional.

Concordo voluntariamente em participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ de 20____
Local

Assinatura do entrevistado

Nome e assinatura do pesquisador

Contatos para obter maiores informações sobre a pesquisa:
Departamento de Psicologia – Instituto de Educação (UFRRJ) – tel.: (21) 2682-1841 Pesquisadores
Responsáveis: Luna Rodrigues Freitas Silva - lunarodrigues@yahoo.com.br / Katy Lopes Duarte
– katytelemig@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO PELA INSTITUIÇÃO

Eu, abaixo assinado, após a leitura do documento acima e de ter conversado com o(a) pesquisador(a) responsável de modo a esclarecer as minhas dúvidas, declaro estar informado a respeito da “A saúde mental infantojuvenil em interface com os serviços de acolhimento institucional no Brasil: percurso histórico, situação e desafios atuais”, ficando claro que a participação dos profissionais que fazem parte da instituição/serviço sob minha gestão é voluntária e que podem retirar o consentimento a qualquer momento sem qualquer penalidade. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serão submetidos, da garantia de confidencialidade, bem como da necessidade de esclarecimentos sempre que julgarem necessário. O(a) pesquisador(a) me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Diante do exposto, expresso a concordância de espontânea vontade de que a instituição/serviço sob minha gestão participe desta pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____.
Local

Nome: _____

Instituição: _____

Cargo ocupado na instituição: _____

E-mail: _____ Tel: _____

Assinatura

Assinatura do Pesquisador(a)
Departamento de Psicologia – Instituto de Educação
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)