



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**MONIQUE SCHÜTZ MILCENT ASSIS**

**ESTRATÉGIAS DE CUIDADO INTERSETORIAL EM SAÚDE  
MENTAL INFANTIL: (DES) CONEXÕES DA REDE**

**Orientador: Dr. Walter Ferreira de Oliveira**

**Florianópolis, 2017**



**MONIQUE SCHÜTZ MILCENT ASSIS**

**ESTRATÉGIAS DE CUIDADO INTERSETORIAL EM SAÚDE  
MENTAL INFANTIL: (DES) CONEXÕES DA REDE**

Dissertação apresentada à banca de defesa como requisito para a obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Dr. Walter Ferreira de Oliveira

**Florianópolis, 2017**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Assis, Monique Schutz Milcent  
Estratégias de cuidado intersetorial em saúde  
mental infantil : (des) conexões da rede / Monique  
Schutz Milcent Assis ; orientador, Dr. Walter  
Ferreira de Oliveira, 2017.  
146 p.

Dissertação (mestrado profissional) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de  
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Saúde  
Mental. 3. Infância. 4. Intersetorialidade. I.  
Oliveira, Dr. Walter Ferreira de . II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL  
MESTRADO PROFISSIONAL

“ESTRATÉGIAS DE CUIDADO INTERSETORIAL EM SAÚDE MENTAL  
INFANTIL: (DES) CONEXÕES DA REDE”.

Monique Schutz Milcent Assis

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO  
DE: MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Atenção e reabilitação Psicossocial

Prof. Dra. Magda do Canto Zurba

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

**Banca Examinadora:**

Prof. Dr. Walter Ferreira Oliveira (Presidente)

Prof. Dra. Magda do Canto Zurba (Membro)

Prof. Dra. Marina Menezes (Membro)

Prof. Dra. Sheila Rúbia Lindner (Membro)



Dedico este trabalho a todas as  
crianças que aqui me trouxeram.





## AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a todos os professores e à equipe do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC, que me proporcionaram a imersão no tema da saúde mental, despertando em mim um mundo de descobertas.

Ao meu orientador, prof. Walter Ferreira de Oliveira, agradeço por renovar em mim o desejo do estudo da filosofia e da história, e por todos os ensinamentos no campo da saúde mental. Gratidão pela liberdade que me proporcionou e, fundamentalmente, por sua disponibilidade em me ouvir e me conduzir com tranquilidade no momento mais difícil que vivi neste curso de mestrado.

Ao meu marido e companheiro, Michel, por estar presente em todos os momentos desta caminhada, apoiando-me e incentivando-me na concretização deste sonho.

Imensa gratidão às minhas filhas, Beatriz e Olívia, que, dos três aos cinco anos de idade, precisaram conviver com a ausência da mamãe, e tiveram muita paciência com as tantas horas adiadas de lazer.

Aos meus pais e ao meu irmão Eduan, por constituírem minha referência de vida e por me apoiarem incondicionalmente em todos os momentos; também a todos de minha família extensa, que me apoiaram, ofertando seu tempo e dedicação.

Em especial, à minha mãe, à minha tia Dada e à minha sogra Angela, que muito me auxiliaram no cuidado com Beatriz e Olívia quando precisei ausentar-me para participação em aulas e estudos. Sem vocês, talvez não tivesse conquistado essa realização.

Às minhas colegas do PAEFI, que participaram de todos os momentos, desde a feliz notícia da aprovação até as angústias do processo de dissertar. Em especial, à minha parceira de trabalho, Gabriella Avilla, que soube suportar minhas ausências, assumindo maiores responsabilidades no acompanhamento de nossos referenciados.

Finalizo agradecendo a todos os colegas do mestrado, turma especial que fez renovar em mim o sentimento de amizade. Com carinho, agradeço à Ana Cláudia, à Leticia, à Mariana Vidal e à Mariana Trajano pelas tantas horas de escuta e por não me deixarem desistir desta conquista.



## RESUMO

A política brasileira de saúde mental infantil é resultado de esforços para romper a lacuna assistencial histórica neste campo e resulta da afirmação das necessidades das crianças enquanto sujeitos de direitos. À intersectorialidade é reservado lugar especial nesta política, pelo reconhecimento da complexidade do cuidado psicossocial na infância, que exige corresponsabilidade dos diversos setores sociais nos quais as crianças vivenciam sua infância. Destacadas como princípio fundamental na organização da rede de cuidado, as construções intersectoriais ainda constituem desafios para os profissionais da saúde, principalmente pela tradição de setorização dos serviços públicos. O objetivo deste estudo foi analisar as estratégias de cuidado intersectorial em saúde mental infantil, reconhecidas pelos gestores envolvidos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Florianópolis. Trata-se de um estudo exploratório, de caráter qualitativo e descritivo. Foram realizadas quatro entrevistas com gestores: de atenção básica, de urgência e emergência, de saúde mental e do Capsi. As entrevistas foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo, com inspiração no método de Bardin (2004). A pesquisa possibilitou conhecer aspectos gerais sobre o espaço ofertado ao cuidado em saúde mental infantil na RAPS de Florianópolis, bem como a construção de três categorias de análise, quais sejam: estratégias de cuidado intersectorial; obstáculos na construção do cuidado intersectorial e busca de elementos facilitadores do cuidado intersectorial. Os resultados enfatizam a persistência do esquecimento da infância nas práticas de saúde mental no município. Os gestores reconhecem a complexidade que este cuidado requer e a importância da construção de estratégias intersectoriais nos diversos pontos da rede para a efetivação de uma ação integralizada em favor da população infantil. Apesar disso, reconhecem o Capsi como o grande representante deste cuidado, partindo dele ações de cuidado intersectoriais. A força com que os obstáculos emergiram em relação aos aspectos facilitadores demonstra a fragilidade destas construções na RAPS de Florianópolis, que ainda se manifestam por iniciativas pontuais, sem planejamento e regularidade que garantam seu fortalecimento.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Infância, Intersectorialidade.



## ABSTRACT

The Brazilian policy on child mental health is the result of efforts to fill the historical care gap in this field and results from affirming the needs of children as subjects of rights. In this policy, special place is reserved for intersectionality, through the recognition of the complexity of childhood psychosocial care, which requires co-responsibility of the different social sectors in which children experience their childhood. Outstanding as a fundamental principle in the organization of the care network, intersectional settings still pose challenges for health professionals, mainly due to the tradition of public services sectorization. The objective of this study was to analyze the strategies of intersectional care in children's mental health, recognized by the managers involved in the Florianópolis Rede de Atenção Psicossocial (RAPS – Network of Psychosocial Care), Florianópolis, State of Santa Catarina, Brazil. This is an exploratory, qualitative and descriptive study. Four interviews were conducted with health managers from primary care, emergency, mental health and the Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI – Center for Psychosocial Child and Adolescent Care). The interviews were analyzed by the technique of content analysis, with inspiration in the method of Bardin (2004). The research allowed the disclosure of general aspects about the relevance of child mental health care at the Florianópolis RAPS, as well as the construction of three analysis categories, namely, intersectional care strategies, obstacles in the construction of intersectional care, and search for elements that facilitate intersectional care. The results emphasize the enduring negligibility of childhood in the mental health practices of the municipality. Managers recognize the complexity that this care requires and the importance of building intersectional strategies in the various nodes of the network to carry out an integrated action in favor of the child population. Nonetheless, they recognize CAPSI as the great representative of this care, emanating intersectional care actions. The abundance of emerging obstacles as opposed to facilitating factors demonstrates the fragility of these settings in the Florianópolis RAPS, still manifested by sparse initiatives, without the planning and regularity that would guarantee their strengthening.

**Keywords:** Mental Health, Childhood, Intersectionality.



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
CF	Constituição Federal
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IPq	Instituto de Psiquiatria
MeSH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PSE	Programa Saúde na Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Termo de Autorização Gravação
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina



## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>29</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	29
<b>4 MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>31</b>
4.1 INFÂNCIA E SAÚDE MENTAL .....	31
4.2 UMA QUESTÃO POLÍTICA.....	35
<b>4.2.1 Política e saúde</b> .....	<b>35</b>
<b>4.2.2 Gestão em saúde</b> .....	<b>38</b>
<b>4.2.3 Políticas públicas brasileiras de saúde mental infantil</b> .....	<b>40</b>
4.3 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL .....	44
4.4 INTERSETORIALIDADE E CUIDADO EM REDE .....	47
<b>4.4.1 Intersetorialidade como diretriz política</b> .....	<b>47</b>
<b>4.4.2 O trabalho intersetorial e a rede de atenção psicossocial (RAPS)</b> .....	<b>50</b>
<b>4.4.3 Rede de atenção psicossocial em Florianópolis</b> .....	<b>53</b>
<b>5 MÉTODO</b> .....	<b>61</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	61
5.2 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA .....	62
5.3 PARTICIPANTES .....	64
<b>5.3.1 Restrições de acesso ao campo e a participantes</b> .....	<b>64</b>
5.4 ENTREVISTAS .....	65
5.5 PROCEDIMENTO.....	65
5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	66
5.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	67
5.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	68
<b>6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>71</b>
6.1 A SAÚDE MENTAL INFANTIL EM FLORIANÓPOLIS.....	72
6.2 ESTRATÉGIAS DE CUIDADO INTERSETORIAL EM SAÚDE MENTAL INFANTIL.....	84
<b>6.2.1 Construindo estratégias intersetoriais a partir demanda</b> ....	<b>85</b>
<b>6.2.2 Ações intersetoriais</b> .....	<b>90</b>

<b>6.2.3 Fórum de Saúde Mental Infantil .....</b>	<b>94</b>
<b>6.3 OBSTÁCULOS À EFETIVAÇÃO DO CUIDADO INTERSETORIAL EM SAÚDE MENTAL INFANTIL .....</b>	<b>96</b>
<b>6.3.1 Condições de trabalho .....</b>	<b>96</b>
<b>6.3.2 O esquecimento da infância - obstáculos relacionados à gestão.....</b>	<b>102</b>
<b>6.3.3 Qualificação profissional, uma questão de interesse?.....</b>	<b>107</b>
<b>6.3.4 Lacuna entre os princípios institucionais e o processo de trabalho intersetorial .....</b>	<b>110</b>
<b>6.3.5 A dificuldade na construção da corresponsabilidade .....</b>	<b>112</b>
<b>6.4 BUSCANDO ELEMENTOS FACILITADORES PARA O CUIDADO INTERSETORIAL .....</b>	<b>114</b>
<b>6.4.1 Qualificação e disponibilidade dos profissionais.....</b>	<b>115</b>
<b>6.4.2 Convite ao diálogo.....</b>	<b>116</b>
<b>6.4.3 Matriciamento e reuniões de saúde mental.....</b>	<b>118</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>121</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>127</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>137</b>
<b>APENDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA .....</b>	<b>138</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>139</b>
<b>APÊNDICE C – CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES .....</b>	<b>142</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXO 1 – FLUXO DE SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE – PROTOCOLO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS .....</b>	<b>144</b>
<b>ANEXO 2 – DECLARAÇÃO Nº01 DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE OS DADOS FORAM COLETADOS POR MEIO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>145</b>
<b>ANEXO 03 – DECLARAÇÃO Nº02 DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE OS DADOS FORAM COLETADOS POR MEIO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>146</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

A importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.

Manoel de Barros

Este trabalho está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), constituindo produto de uma pesquisa no tema de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Infância.

Essa temática tem permeado minha trajetória profissional, inicialmente como um processo de aproximação e reconhecimento, por necessidade de melhor compreensão do tema para atuação nos contextos de trabalho. Seguiu, porém, por escolha deliberada de alguém que se apaixonou pelo assunto e nele se envolve por uma crescente necessidade de ampliação e aprofundamento.

Iniciei a atuação na área de Psicologia Educacional em um pequeno município do estado de Santa Catarina/SC, após aprovação em concurso público. Novata na área, lancei-me em leituras e aprimoramento de conhecimentos sobre infância, educação, políticas públicas e saúde mental, para superar os desafios encontrados no campo de trabalho. Uma experiência árdua. Quando defino esta primeira atuação na área educacional como difícil, refiro-me à angústia pessoal dos desencontros vivenciados entre teoria e realidade prática, que me empurravam por caminhos de atuação contrários à minha compreensão dos fenômenos humanos e às concepções de infância e desenvolvimento psicológico. Romper com o pensamento linear, baseado no paradigma causa-efeito, evidente nos serviços em que atuei, parecia, naquele momento específico, tarefa impossível de efetivar.

Compreendo o desafio quando percebo que dele sobraram não apenas desgaste, mas também a superação e a busca pela continuidade ascendente do mesmo trajeto. Esta experiência configurou-se marcante; delineou meu interesse pela infância, e também um olhar atento sobre ela em todo o percurso realizado por mim nestes 13 anos de jornada como psicóloga, atuante em serviços públicos diversos, em educação, saúde e, mais recentemente, em assistência social.

A infância constitui tema amplamente abordado na atualidade por diversas áreas do conhecimento. Sua relação com a saúde mental motivou o desenvolvimento desta pesquisa. Pretendo, com ela, ampliar o foco para o complexo tema do cuidado em saúde mental infantil,

aprofundando a questão da intersetorialidade como diretriz essencial para esse cuidado.

Em meu percurso, encontrei pequenos sujeitos, com olhares penetrantes e histórias de vida tão densas, capazes de mobilizar desejos profundos de cuidado e respeito. Encontrei também sorrisos e os presentes mais coloridos e mais intensos que poderia imaginar. Aproximei-me de seus mundos e de suas histórias de vida. Segurei a emoção ouvindo os relatos de pais, professores, enfermeiros e outros profissionais que, com palavras duras, colocavam-me frente a difíceis realidades de fome, perdas, violências .... Diante disso, acolhi, muitas vezes abracei e ofereci o que era possível naquele momento. Recebi beijos no rosto, flores roubadas de jardins, desenhos coloridos cheios de corações com o meu nome, o que fez com que meu interesse pela infância fosse recompensado.

Procurei amparo para lidar com as questões a ela relativas por meio de especialização, estudo de textos de diversas áreas; busquei diálogo com outros profissionais para compreender e manejar as questões de saúde mental das crianças que a mim chegavam e, por mais que me esforçasse e tentasse alcançar a excelência em minhas intervenções, muitos casos (talvez a maioria) me escapavam das mãos.

Senti, na prática, a complexidade da questão da saúde mental infantil, com sujeitos que resistiam em vivenciar qualquer alívio, particularmente quando os pesadelos persistiam ou a agressividade aumentava. Sempre trabalhei com crianças com o olhar nas questões interconectadas com relações familiares e sociais. Mesmo assim, com lentes ampliadas, senti-me despida de minha onipotência. Fui empurrada por caminhos sinuosos de partilha com outros profissionais, na tentativa de compreender a intensa vivência destes sujeitos de pouca idade. Em todos os setores nos quais atuei, estas questões despertavam a necessidade de construir estratégias que superassem o fazer da clínica tradicional e alcançasse as diversas áreas envolvidas no cuidado à infância.

Reuniões de rede, partilhas pontuais e, até mesmo, trocas de e-mail com equipes que se encontravam em outros territórios foram estratégias que desenvolvi enquanto profissional dos serviços de base, na busca pela compreensão dos fenômenos demonstrados pelos pequenos sujeitos (e suas famílias) que me eram encaminhados, ou que, espontaneamente, me procuravam em momentos de fragilidade e desespero. Estas estratégias, que partiam de mim, profissional, de alguma forma ressoavam na gestão. Percebi que esta busca pela ampliação do olhar e pela construção de corresponsabilidade entre os

profissionais de serviços semelhantes ou diversos afetava a própria gestão, que ora apoiava e incentivava tais estratégias, ora se abstinha de considerações sobre elas.

A pesquisa surge da tentativa de compreender a elaboração, a efetivação e a aplicação das estratégias intersetoriais nos serviços de saúde mental infantil. Ocorreu-me compreender os fatores que influenciam esses movimentos, ora de apoio, ora de oposição à transcendência do espaço circunscrito de um setor. Qual a compreensão dos gestores da saúde sobre a diretriz da intersectorialidade na política de saúde mental? De que maneira essa diretriz, proposta na política, se materializa nos serviços de saúde? Em que medida o gestor contribui para a sua efetivação? Qual o envolvimento dos gestores nesse processo de interlocução entre os setores?

Este trabalho surge como um presente, como uma forma de gratidão por ouvir e acolher os mais profundos sentimentos de crianças e famílias. Com os estudos, procurei compreender o processo de interlocução entre os setores envolvidos com o cuidado de crianças, que, a meu ver, se faz crucial para a efetividade do cuidado em sua saúde mental.

Assim, considerando a relevância do tema, esta pesquisa objetivou o contato com os gestores envolvidos na Rede de Atenção Psicossocial de Florianópolis, possuindo como questão norteadora: quais e como se efetivam as estratégias de cuidado intersectorial em saúde mental infantil na perspectiva dos gestores envolvidos na rede de atenção psicossocial de Florianópolis?



## 2 INTRODUÇÃO

A relevância da pesquisa em saúde mental infantil na realidade brasileira é revelada pelo reconhecimento da dívida histórica para com essa população, admitida em documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2005), e pelo caráter recente de serviços e programas de saúde destinados à infância. A importância também pela percepção das demandas crescentes de crianças com sofrimento mental que percorrem diversas instituições, nos diversos setores, a procura desesperada por acolhimento de suas demandas.

A revisão bibliográfica no tema revelou uma defasagem no que tange a publicações relacionadas ao tema intersectorialidade no cuidado em saúde mental infantil. Foi necessário ampliar o olhar para publicações que abrangessem o tema geral da saúde mental infantil como forma de compreender o estado atual desta literatura. Quando se buscou o foco na intersectorialidade do cuidado em saúde mental infantil, observou-se um número elevado de pesquisas relacionadas ao tema da violência. Nelas, a intersectorialidade aparece como estratégia de abordagem desta problemática. Porém, quando se trata de serviços de saúde relacionados à população infantil, são poucos os estudos que adotam a estratégia da intersectorialidade.

Segundo 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 tabela 1 reporta dados de estudos de prevalência geral de casos de transtorno mental ou comportamental na infância retirados do *Relatório sobre Saúde no Mundo: saúde mental, nova concepção, nova esperança*. Os dados resultam de uma seleção de estudos realizados em diferentes países, por meio dos quais a OMS (2001) estima que cerca de 10% a 20% das crianças no mundo apresentem necessidade de algum tipo de acompanhamento em saúde mental.

Tabela 1 – Dados de prevalência geral de casos de transtorno mental ou comportamental na infância segundo estudos realizados em diversos países

<b>País</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Prevalência (%)</b>
Alemanha <sup>1</sup>	12–15	20,7
Espanha <sup>2</sup>	8, 11, 15	21,7
Etiópia <sup>3</sup>	1–5	17,7
EUA <sup>4</sup>	1–5	21,0
Índia <sup>5</sup>	1-16	12,8
Japão <sup>6</sup>	12–15	15,0
Suíça <sup>7</sup>	1–15	22,5

Fonte: OMS, 2001.

Estudos mais recentes confirmam o crescimento da prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. Patel et al (2004) identificaram um conjunto de estudos epidemiológicos relacionados a prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência, realizados em países diversos e perceberam que a prevalência conforme os estudos analisados variam de 8% (Países Baixos) a 57% (EUA). Patel et al (2004) citam o estudo brasileiro de Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004) que refere a prevalência de 13% de transtornos mentais em crianças e adolescentes (idade de 7-14 anos).

Corroborando, a pesquisa de Pretesco et al (2014), realizada no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul com crianças de seis

<sup>1</sup> Wyerer S et al. (1968). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3-14-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 290-296.

<sup>2</sup> Gomez-Beneyto M et al. (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89: 352-357.

<sup>3</sup> Tadesse B et al. (1999). Childhood behavioural disorders in Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimate. 100 (Suppl): 92- 97.

<sup>4</sup> Shaffer D et al. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 865- 877.

<sup>5</sup> Indian Council of Medical Research (2001). Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas. New Delhi, ICMR (dados inéditos).

<sup>6</sup> Morita H et al. (1993). Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34: 317-332.

<sup>7</sup> Steinhausen HC et al. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 262-271.



anos de idade, demonstra prevalência 13% de transtornos psiquiátricos. Este estudo também examinou a distribuição de distúrbios psiquiátricos de acordo com gênero e status socioeconômico, avaliando a ocorrência de comorbidades psiquiátricas.

A crescente demanda de transtornos mentais, ou comportamentais na infância, exerce impacto significativo nos indivíduos e suas famílias, causando ônus não apenas para quem vivencia os sintomas, mas também para quem dedica parte de seu tempo ofertando apoio físico e emocional, vivenciando situações de estresse decorrentes desse sofrimento. Reconhece-se, igualmente, o impacto econômico exercido sobre a sociedade com essa crescente demanda. Ainda se oferta, nos dias de hoje, pouca atenção à saúde mental das crianças (OMS, 2001).

A revisão das políticas públicas brasileiras nessa área revela uma enorme lacuna histórica. Até o final do século XX, a preocupação centrava-se em políticas públicas de caráter assistencial, disciplinadoras e também institucionalizantes (COUTO E DELGADO, 2015; SINIBALDI, 2013, RIBEIRO, 2006). O reconhecimento da necessidade de uma política de saúde mental específica para a infância, que compreendesse o fenômeno de sua saúde mental em toda a sua complexidade, relacionada à criança enquanto ser que possui 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.

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, quando o Estado o deixava à responsabilidade de instituições filantrópicas ou de associações de pais e familiares que assumiam o cuidado de crianças consideradas deficientes e/ou com transtornos mentais (AMSTALDEN, HOFFMANN e MONTEIRO, 2016).

Tal política se inscreve no contexto do movimento de redemocratização do Brasil, que culminou na Constituição Federal (CF) de 1988 e com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990). Esses documentos asseguraram um lugar específico à criança, garantindo-lhe a condição de cidadã com direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1988).

Importantes também o Movimento de Reforma Sanitária no início da década de 70 - que estabeleceu as bases da organização do Sistema

Único de Saúde (SUS), alterando a lógica da saúde pública brasileira - e o Movimento de Reforma Psiquiátrica - que, em 2001, conseguiu a promulgação da Lei 10.216 (BRASIL, 2001), determinante no processo de mudança no modelo assistencial em saúde mental no País. Este processo contou também com a participação das instâncias de controle social no contexto das políticas públicas, apontando carências e distorções no tratamento em saúde mental infantil. Todo esse processo de concretização de uma política específica expressou transformações nos serviços de saúde, embasando as ações concretas dos atores envolvidos no cuidado.

Apesar do avanço no reconhecimento da necessidade de políticas ajustadas ao cuidado em saúde mental infantil, desde seu surgimento essa política tem passado por constante movimento de construção de diretrizes e estratégias que pudessem orientar a prática profissional. Enquanto isso, a demanda manifesta-se em diversos setores, que direta ou indiretamente prestam serviços às famílias, aos cuidadores e suas crianças. Setores como educação, saúde, assistência social, esporte e lazer, justiça e direitos mostram-se envoltos pelas demandas infantis. Cresce o número de professores que se angustiam por perceber o sofrimento de alunos sem saber ao certo como lidar com as situações por eles apresentadas. Cresce também o número de denúncias nos conselhos tutelares relacionadas à violação de direitos de crianças. Listas de espera para atendimento psicológico em unidades de saúde acumulam-se, com nomes de crianças que apresentam sintomas supostamente relacionados à saúde mental.

Assim, as demandas são apresentadas e, com elas, a necessidade de buscar, além da política, estratégias para promover esse cuidado. O conceito de estratégia é referenciado por Testa (1995, p.15) como “comportamentos organizacionais destinados ao manejo de situações em que seja preciso superar obstáculos que se oponham à conquista de um objetivo”. Explica que não se trata de uma forma de alcançar a meta, mas de uma maneira de se colocar em ação na busca pela aproximação da meta.

Algumas estratégias em saúde mental infantil são apontadas pelas políticas públicas; outras são criadas e testadas pelos próprios atores da rede, que, envoltos na necessidade de auxiliar as crianças e seus cuidadores nos momentos de externalização de sintomas e sofrimentos, desenvolvem ações que promovem cuidado e resolução. Questiona-se, porém, a implicação dos gestores envolvidos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a elaboração, proposição e implementação de

estratégias que efetivem as diretrizes do cuidado em saúde mental infantil referenciado pela política.

À intersetorialidade é reservado lugar especial na política de saúde mental infantil pela própria compreensão da complexidade do fenômeno psicossocial, cujo cuidado é de corresponsabilidade de muitos setores. Foi destacada como princípio fundamental na organização da rede de cuidado em saúde mental, revelando possibilidades e desafios em todo o campo:

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, p. 272).

Conhecer, além da política, o lugar da intersetorialidade enquanto diretriz de ação na compreensão dos gestores de saúde é uma forma de conhecer como se planejam e elaboram as estratégias de gestão, e qual a importância deste elemento quando se objetiva o cuidado em saúde mental infantil.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as estratégias de cuidado intersetorial em saúde mental infantil reconhecidas pelos gestores envolvidos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Florianópolis, SC.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Verificar a compreensão dos gestores da RAPS de Florianópolis sobre as estratégias de cuidado intersetorial em saúde mental infantil;
- b) Identificar obstáculos e elementos facilitadores do cuidado intersetorial em saúde mental infantil segundo os gestores da RAPS de Florianópolis;
- c) Compreender como se efetivam as estratégias de intersetorialidade em Florianópolis, a partir das diretrizes estabelecidas da política nacional de saúde mental infantil.



## 4 MARCO TEÓRICO

Neste capítulo serão abordados referenciais teóricos relacionados à infância e à saúde mental de maneira a contextualizar o objeto de pesquisa; também serão explorados outros temas importantes, como as políticas brasileiras de saúde mental infantil, as particularidades do cuidado demandado pelo segmento - com ênfase no princípio da intersetorialidade - e a rede de atenção psicossocial.

### 4.1 INFÂNCIA E SAÚDE MENTAL

Ressalta-se a compreensão de infância como um construto social, a partir de um contexto histórico-temporal no qual se mostra evidente a presença das práticas médicas e sanitárias (MOTA e SCHRAIBER, 2009). Os significados do conceito infância emergem do contexto como expressão das relações sociais nos seus diversos aspectos: econômico, histórico, cultural e político, entre outros. Nesta perspectiva, discorrer sobre questões da infância exige a contextualização sobre a época e as referências de sociedade em que emergiram (CASTRO, 2007).

Considerando as constantes transformações da sociedade, o conceito relaciona-se aos paradigmas do contexto histórico no qual emergiu. O sentimento de importância e a significação da infância em nossa sociedade atual é fruto de um movimento histórico que, segundo Ariés (1981), se iniciou no século XVII, com o que o autor denomina de descoberta do sentimento de infância, expresso pela sociedade de então por meio da arte em pinturas, tapeçaria e esculturas.

O sentimento de infância não significa o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde à consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue especialmente a criança do adulto, mesmo jovem (ARIÉS, 1981, p. 156).

Antes disso, o autor descreve aspectos da civilidade humana e sua relação com o tema caracterizados por indiferença, que persistiu na Idade Média. Neste período, a criança era considerada um homem pequeno, representado numa escala reduzida, diferenciando-se do ser adulto apenas pelo tamanho e a força.

A obra do autor destaca um movimento, no final do século XVIII, de recolhimento da família a uma casa, organizada agora com cômodos e corredores, inicialmente por questões de segurança e intimidade.

Inicia-se, nessa época, juntamente com a ascensão do capitalismo e a afirmação dos ideais da burguesia, o delineamento do modelo de família tradicional, constituída pela composição nuclear de pais e filhos. Este espaço privatizado provocou um sentimento novo entre seus membros, mais intensamente entre mãe e criança, que Ariés (1981) define como sentimento de família.

Leituras de Szasz (1994) remetem a uma compreensão da infância como um *status sociolegal* determinado pelas características históricas e culturais da sociedade. A condição de inferioridade da criança nas diversas culturas é por ele descrita através de evidências etimológicas. Analisada pela raiz, a palavra infância tem origem no latim *infantia*, do verbo *fari*, que significa falar, composição de *fan*, que significa falante, e *in*, prefixo de negação do verbo. Portanto, *infans* significa indivíduo que ainda não é capaz de falar (SILVA, 2009).

Afirma Szasz (1994) que a condição de inferioridade é intrínseca à ideia de infância e que a relação que se estabelece entre adultos e crianças é essencialmente uma relação desigual. Na perspectiva deste autor, ao longo da história pouco espaço se deu à criança, sendo ela subordinada ao poder dos adultos.

Szasz relata o poder exercido pelos adultos e as formas por eles socialmente aceitas de dispor dos filhos indesejados. A forma mais antiga revelou-se pelo sacrifício, prática preponderante entre os antigos hebreus. No Egito, era permitido à mulher abandonar o filho indesejado; em Roma, era reservado ao pai o direito de assassinar seu filho. Em muitas culturas também era permitido vender os filhos como escravos (SZASZ, 1994).

O método medieval mais comum de dispor das crianças indesejadas era o abandono. Surgem as rodas dos expostos, prática que deu origem aos orfanatos, primeiras instituições de bem-estar social dedicadas ao seu cuidado. Nestas instituições, as taxas de mortalidade se mostravam elevadas, pois muitas crianças desapareciam após serem recolhidas (SZASZ, 1994).

Apenas no século XIX é que a infância é consolidada como momento singular, como fase do desenvolvimento humano, única e com especificidades próprias. Inicia-se o seu reconhecimento como um processo de intenso desenvolvimento físico, social, intelectual e emocional (ARIÉS, 1981). Este novo sentimento, nas palavras de Ariés (1981), é expresso pela sociedade ao consolidar o reconhecimento da infância como momento importante na formação do ser humano, composta por experiências vivenciais únicas em cada sujeito, que se



tornarão constituintes de sua personalidade e de seu modo de viver adulto.

Reconhecida a relação das vivências na infância como significativas para o desenvolvimento do homem adulto, o cuidado com ela passa a ser visto como uma maneira de investir no futuro da civilização. Cabe aos adultos proteger as crianças e promover os cuidados essenciais ao seu pleno desenvolvimento. Ela se torna, então, uma depositária da perspectiva de um futuro melhor; nela se investe e nela se põe a esperança a partir de um olhar diferenciado e cuidadoso.

No século XX, no cenário das políticas públicas, dois documentos tornaram-se marcos importantes na consolidação deste novo olhar e na efetivação do cuidado e atenção a esta fase da vida humana. O primeiro deles, a Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), garante, em seu Artigo XXV, o direito à atenção e aos cuidados especiais à infância e à maternidade, com ênfase nestes dois momentos, considerados cruciais na formação do ser humano. Este documento se tornou importante, uma vez que passou a constituir norma comum a ser adotada por todos os povos e nações. Através deste tratado, a criança é mundialmente reconhecida como cidadã e merecedora de atenção diferenciada.

Quarenta anos depois, a *Convenção dos Direitos das Crianças*, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU, 1989) e oficializada pelo Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990, em seu artigo 24, reconhece à criança o direito à saúde e ao benefício de serviços médicos e de reeducação. Estes documentos, que, além de outros a eles anteriores<sup>8</sup>, conferem consistência à concepção de criança como sujeito de direitos e servem como pressupostos para a construção e efetivação de políticas públicas. Estes documentos seguiram como referência uma concepção de infância que pressupunha como base preceitos de respeito à dignidade e à seguridade de seus direitos fundamentais.

No cenário nacional, apenas nas últimas décadas do século XX, num momento de intenso debate político sobre o processo de redemocratização e de efervescência, dois movimentos sociais, em especial o Movimento dos Trabalhadores em Saúde e o Movimento de Reforma Psiquiátrica, criaram campo propício para o surgimento de

---

<sup>8</sup> Referências sobre os documentos nacionais e mundiais que embasaram esta nova compreensão de infância são explicitadas no documento do Ministério da Saúde (2014) “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos”.

políticas públicas na área da saúde mental infantil. A promulgação da Constituição Federal de 1988 desempenhou papel crucial na garantia de uma nova compreensão de infância.

Esse documento se tornou de suma importância para o tema na medida em que, como lei máxima do País, fruto de muitas mobilizações sociais e lutas pela redemocratização, representa uma conquista radical de ampliação dos direitos sociais e políticos, fruto do apelo social pela efetivação da cidadania. Com base nele, por sua natureza de marco histórico e legal, elaborou-se outro documento categórico para a infância: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O ECA traduz em normatização uma profunda mudança na concepção de infância, promovendo o reconhecimento da criança como titular de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana e promovendo um rompimento com a lógica da infância como mero objeto de intervenção estatal. Reconheceu-a como ser em desenvolvimento, diferenciada da condição do adulto. Confere atenção especial a este ser em desenvolvimento, enfatizando a necessidade de garantir a efetivação dos direitos necessários ao desenvolvimento de toda a sua potencialidade. À criança é dado o direito de prioridade absoluta, sendo o ECA grande defensor da garantia de proteção integral à infância, a salvo de qualquer forma de opressão ou discriminação (BRASIL, 2014a).

A Constituição Federal de 1988 e o ECA constituíram marcos legais de garantias dos direitos da criança e do adolescente e possibilitaram a disseminação desta nova concepção, bem como a respeito da problematização dos serviços ofertados e da responsabilização do Estado com essa população. A compreensão das crianças como,

[...] seres passíveis de sofrimento e adoecimento mental, com direito a serem cuidados quando o sofrimento se fizer insuportável ou quando impossibilitar a construção ou sustentação de laços sociais sem que esse cuidado se reduza à correção, normalização ou adaptação de comportamento (COUTO e DELGADO, 2015, p.22).

Assim, no Brasil, no final da década de 80, configurou-se o cenário para a problematização acerca das formas de efetivar as garantias delineadas pela Constituição Federal e pelo ECA. Especificamente na área da saúde, esse processo de garantia de direito

foi efetivado pela proposição de uma política pública baseada nos princípios da equidade e da universalidade: o SUS.

## 4.2 UMA QUESTÃO POLÍTICA

### 4.2.1 Política e saúde

O termo política é definido por Schmitter (1984) como uma maneira de resolver pacificamente os conflitos existentes nas sociedades modernas, cujas características complexas são destacadas tanto pela grande diferenciação social de seus membros, quanto pela diversidade de interesses, ideias e aspirações desses sujeitos.

Testa (1995) considera política como uma proposta de distribuição, deslocamento ou conservação do poder, sendo o Estado compreendido como a sua maior expressão. Este autor afirma que o poder da sociedade se localiza nas organizações, concebendo-as em dois aspectos, o institucional e o agrupamento de pessoas com interesses comuns (TESTA, 1995).

O poder, em Testa (1995), é considerado um eixo duplo. No primeiro, há um poder cotidiano que concerne “a que e como fazer as coisas” (p. 93), que gera uma disputa nas diferentes organizações (poder societário). No segundo, encontram-se os tipos de poder de que dispõe cada setor de atividade. No caso da saúde, os tipos principais de poder referem-se ao técnico, ao administrativo e ao político.

Entende-se por poder técnico a capacidade de gerar, aprovar manipular informação de características distintas. Poder administrativo é a capacidade de apropriar-se de, e de alocar recursos. Poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais que demandam ou reclamam suas necessidades e interesses (TESTA, 1995, p. 94).

A compreensão destes tipos de poderes e as formas como se entrelaçam refletem suas possibilidades de agir. As ações concretas de administração promovidas pelos governos democráticos são embasadas em políticas públicas, um campo do conhecimento dentro do estudo da política que objetiva colocar o governo em ação e promover análises dessas ações. O conceito de estratégia, conforme Testa (1995), configura-se na relação com a política, como a forma que se delimita

para a implementação de uma política, no que o autor considera como o manejo da coisa pública.

Desse modo, o desenho das políticas públicas com delimitação de estratégias criadas pelos governos traduz a forma por eles desenvolvida para lidar com situações-problema vivenciadas por sua população, e a forma como se organizam para garantir a manutenção dos direitos dos cidadãos.

As políticas públicas são, no estado democrático de direito, os meios que a administração pública dispõe para a defesa e a concretização dos direitos de liberdade e dos direitos sociais dos cidadãos, estabelecidos numa constituição nacional (QUEIROZ, 2012, p. 97).

Cabe ressaltar o carácter abrangente das políticas públicas, pois que não se restringem a um conjunto de leis e regras. As políticas públicas revelam-se como ação intencional, com a delimitação de objetivos a serem alcançados através do envolvimento de vários atores com níveis diversos de decisões, sendo sua materialização determinada por processos subsequentes à sua proposição (SOUZA, 2006).

A partir destas definições, podem-se compreender as políticas públicas como arcabouço de suporte a um conjunto de práticas orientadas para fins diversos, dentre eles, fins de manutenção e regulação da situação de saúde de determinada população, as chamadas políticas públicas de saúde:

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (*politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*policy*). Assim, a palavra política, na língua portuguesa, expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes (PAIM & TEIXEIRA, 2006, p.74).

Para se compreender a dinâmica da ação dos governos por meio das políticas públicas, Viana (2011) aponta quatro fases para a sua operacionalização, quais sejam, construção da agenda, formulação,

implementação e avaliação das políticas públicas. O autor também discute as variáveis que interferem neste processo, considerando o meio social, os atores participantes, as agências implementadoras e as políticas com suas metas e objetivos (VIANA, 2011; FRANZESE, 2015).

A *construção da agenda* é o espaço inicial no qual se constitui uma lista de problemas ou assuntos que transparecem aos olhares dos governos e dos cidadãos como preocupações que necessitam de solução coletiva. Franzese (2015) distingue diferentes agendas, como a agenda sistêmica, a agenda decisória, a agenda governamental, salientando nelas algo comum, como o processo não linear, segundo o qual a noção de *janela política*, conceito de Kingdon (1995 apud FRANZESE, 2015), é que novos assuntos, quando emergentes com propostas mobilizadoras de recursos, podem ser imediatamente incluídos na agenda decisória dos governos. Depreende-se a noção da dinâmica destas agendas relacionadas ao momento histórico dos governos e das sociedades em que estão imersas, dependendo o processo de definição de prioridade dos problemas de uma diversidade de atores e de sua potencialidade em chamar a atenção dos governos e da sociedade (FRANZESE, 2015).

O processo de *formulação* constitui o momento da elaboração de alternativas para os problemas que se encontram nas agendas, sendo os formuladores oficiais das políticas públicas o Executivo, as agências administrativas e as instâncias do Judiciário. Suas decisões são determinadas por valores políticos e influenciadas por outros atores, como grupos de interesse, partidos políticos e indivíduos singulares. Esse processo de formulação envolve barganha, persuasão e a lógica hierárquica do comando e controle (VIANA, 2011; FRANZESE, 2015).

A fase de *implementação* de políticas públicas é o momento em que as ações são implantadas, com vistas à obtenção de mudanças. Viana (2011) explicita o desempenho na fase implementação pelo modelo de Van Meyer e Van Horo<sup>9</sup> (MEYER e HORO, 1975 apud VIANA, 2011), que analisa o desempenho de uma política pública com relação às características das agências implementadoras, às condições políticas, econômicas e sociais e à forma de execução de atividades. Dentre as características das agências implementadoras, estão: o tamanho e a competência das equipes; os graus de hierarquia e sistemas

---

<sup>9</sup> Viana (2011) embasa sua análise sobre o processo de implementação das políticas públicas no modelo de Donald S. Van Meter e Earl E. Van Horn (1975), por meio da análise do modelo de processo decisório desses autores.

de controle; os graus de autonomia; a vitalidade da equipe; as redes de comunicação e encadeamentos que promovem (VIANA, 2011).

Considera importante também, na fase de implementação, os recursos econômicos disponíveis; o reflexo das condições econômicas e sociais; a opinião pública; a posição das elites; os partidos de oposição e a posição dos grupos privados não institucionais (VIANA, 2011).

Igualmente importante considerar que a execução das atividades, na fase de implementação, depende da clareza e consistência com que metas e objetivos são fixados e comunicados, das relações que envolvem auxílios técnicos e de informação e da escolha sobre a forma de controle - coercitivo, remunerativo ou normativo (VIANA, 2011).

O entrelaçamento destes fatores reflete, então, a maneira pela qual uma política atinge sua implementação. São fatores recursivos, que se integram numa conjuntura e se autoinfluenciam, salientando a complexidade do fenômeno. A fase seguinte é referenciada por fase de avaliação. De acordo com Viana (2011), refere-se à observação e à análise sobre o processo de implementação da política pública, bem como sobre seus impactos.

Esta compreensão do processo de construção de políticas só pode ser considerada pelo viés da complexidade e não linearidade dos processos. O reconhecimento deste modo remete também à constatação da complexidade do trabalho dos atores de saúde, imersos num processo que não está totalmente sob seu controle, mas que exige responsabilidade em sua parcela de atuação.

#### **4.2.2 Gestão em saúde**

O SUS é definido constitucionalmente como um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e nas diretrizes organizativas de descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade de atendimento e participação da comunidade (BRASIL, 2003).

Neste contexto, os gestores do SUS são autoridades sanitárias, responsáveis pela efetivação desse sistema nas diferentes esferas de governo, sendo necessário considerar, nesse movimento, o enfrentamento de questões centrais, como as acentuadas desigualdades existentes no País, as especificidades dos problemas e desafios na área da saúde e as características do federalismo brasileiro (BRASIL, 2003).

Seguindo definições do documento nacional *Para entender a gestão no SUS*, conceitua-se gerência “como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, etc.) que se

caracterizam como prestadores de serviços do SUS” (BRASIL, 2003, p.39). E a gestão:

[...] com a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2003, p. 39).

Em cada esfera do governo atuam representantes designados pelo Poder Executivo, com responsabilidade de comando do sistema de saúde, sendo, no âmbito federal, o ministro da Saúde; no âmbito estadual, o secretário estadual de Saúde e, no âmbito municipal, o secretário municipal de Saúde. Somam-se a eles outros gestores, que possuem funções específicas e delimitadas conforme estrutura organizacional de cada município:

Ao gestor federal compete formular, apoiar e monitorar as políticas nacionais de saúde de acordo com diagnósticos situacionais e evidências epidemiológicas. Aos estaduais cabem as atividades de promover a descentralização de serviços e as ações para os municípios, bem como o acompanhamento, o controle e a avaliação das redes de atenção à saúde. Também é atribuição dos estados o apoio técnico e financeiro aos municípios para que realizem a gestão das ações e dos serviços e a execução complementar destes. Por sua vez, dos gestores municipais esperam-se a gestão e a execução de ações e serviços públicos de saúde, resguardados os princípios básicos do SUS e os predicados de qualidade, responsividade e resolutividade (BRASIL, 2014a).

Através da aplicação do Plano Municipal de Saúde, cada município formula suas próprias políticas e também é parceiro na aplicação das políticas nacionais e estaduais de saúde. Outros gestores, além do secretário municipal da Saúde, compõem o quadro de gestão dos sistemas municipais de saúde, tendo o governo municipal certa autonomia na formação de sua estrutura organizacional. Compõem o quadro de gestão os diretores de saúde, os gerentes dos diversos níveis e tipos de atenção, bem como os gestores que coordenam dispositivos específicos nos territórios. A função primordial dos gestores refere-se à

coordenação e ao planejamento do SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual.

Identificam-se quatro grandes funções gestoras do SUS, sendo elas entendidas como um conjunto de práticas e saberes de gestão, essenciais à implementação de políticas públicas de saúde, quais sejam, formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados) e prestação direta de serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Assim, os gestores de saúde, em sua prática, interagem com diversos atores sociais, como através da participação em conselhos de saúde, atuam com a sociedade ou quando, em ação direta nos serviços de saúde, interagem com os técnicos que atuam na execução de cada programa, delegando responsabilidades de acordo com suas atribuições.

No que diz respeito às políticas destinadas a crianças e adolescentes, é atribuição dos gestores, nos diversos níveis de gestão do SUS, o cumprimento de estratégias necessárias ao provimento da integralidade da atenção à saúde, bem como o desenvolvimento de serviços de qualidade e efetivos conforme as necessidades de saúde da população infanto-juvenil.

Neste contexto de atribuições, o papel do gestor encontra muitos desafios, a começar pelo fato de o Brasil ser um país extenso, populoso e bastante heterogêneo, marcado por acentuadas desigualdades econômicas e sociais, o que torna a garantia do direito à saúde da população um grande desafio, que deles demanda um olhar atento, em razão da complexidade dos problemas sociais de saúde.

#### **4.2.3 Políticas públicas brasileiras de saúde mental infantil**

Mesmo com as significativas transformações decorrentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ainda se caminha para a constituição sólida de uma política de atenção à saúde mental infantil que sirva como referência de diretrizes públicas e éticas para o cuidado desta população.

O cuidado em saúde mental infantil no Brasil está referenciado primordialmente pelos princípios da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Apesar de esta legislação não incluir artigo específico sobre o cuidado de saúde mental da população infantil, constitui referência importante, no sentido de que resguarda o



direito de todas as pessoas que apresentam algum tipo de transtorno mental, incluindo, nessa generalização, crianças e adolescentes.

Ainda no ano de 2001, destaca-se a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) como marco importante para a abertura e a discussão sobre o tema da saúde mental infantil no País. Esta conferência convidou o Estado brasileiro a se responsabilizar pelo cuidado e o acompanhamento de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, afirmando a necessidade da criação de um espaço para que este cuidado fosse realizado de forma territorializada e na lógica do cuidado em rede, além de reforçar o reconhecimento das crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos de direito (SUS, 2002).

Assim, reafirmou-se a necessidade do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, culminando, em fevereiro de 2002, com a publicação da Portaria 336/2002, que estabelece a criação dos centros de atenção psicossocial (Caps) em suas diversas modalidades (I, II, III, i – Infanto-juvenil, e AD - Álcool e Drogas), apresentando-se, pela primeira vez em um documento federal, a descrição de um serviço psicossocial destinado especificamente a crianças e adolescentes. Através desta portaria, foram regulamentadas normas para o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (Capsi) como um serviço de atenção psicossocial para o atendimento de crianças e adolescentes com característica ambulatorial de atenção diária (BRASIL, 2007).

Em 3 de agosto de 2004, foi lançada a Portaria nº 1.608, que constituiu o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, considerando a elevada prevalência de transtornos psicossociais nesta população e a necessidade de ampliação da cobertura assistencial com a intenção de estender mais eficazmente as iniciativas da Reforma Psiquiátrica e também mais eficazmente atender à população infanto-juvenil. Foi igualmente considerada a necessidade primordial de interface que uma política voltada à saúde mental de crianças e adolescentes apresenta com outras políticas públicas, como ação social, educação e justiça, entre outras (BRASIL, 2004).

O Fórum de Saúde Mental Infanto-Juvenil é composto por atores sociais de instâncias diversas, historicamente envolvidas na atenção à criança e ao adolescente. Uma de suas finalidades era constituir um espaço de debate coletivo sobre as políticas relacionadas a esta população, e de articulação intersetorial, para o fim de promover a integração e a interlocução entre as diversas instituições envolvidas no campo da atenção à saúde mental infanto-juvenil. Ressalte-se a sua finalidade de construir coletiva e intersetorialmente as bases, princípios

e diretrizes de uma política pública de saúde mental infanto-juvenil (BRASIL, 2004).

Seguindo esse caminho, o Ministério da Saúde lançou, no ano de 2005, o documento *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*, que se tornou referência para as práticas nesta área. Com a definição de princípios para os cuidados exigidos por esse tipo de problema e de população, o documento destaca a necessidade de olhar a criança ou o adolescente a cuidar, como um sujeito responsável por sua demanda e também um sujeito de direitos, que necessita ser ouvido em seu sofrimento. Outras diretrizes são estabelecidas, a saber, o acolhimento universal, o encaminhamento implicado, a construção permanente da rede, a questão do território e a intersetorialidade na ação do cuidado (BRASIL, 2005).

Constituindo, até o momento, documento de referência nesta área, *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil* traça diretrizes operacionais para os serviços de saúde para a criança e o adolescente de acordo com as necessidades próprias desse segmento. Além disso, confere espaço especial à questão do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, esclarecendo-lhe as definições e atribuições.

A criação dos núcleos de apoio à saúde da família (Nasf), em 2008 (BRASIL, 2008), reforçou a necessidade de atenção aos usuários, e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental, dando prioridade a ações voltadas à saúde mental. Para tanto, a legislação que se refere à equipe do Nasf insere, entre os profissionais, psicólogos e psiquiatras que possam oferecer atenção especializada a este público, organizando suas ações a partir de demandas articuladas pelas equipes de saúde da família, que, além de possibilitar o acesso ao sistema de saúde, também cooperem para a sua reinserção social.

Outro marco importante para a política de saúde mental infanto-juvenil brasileira foi a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). Importante para a questão da saúde mental infanto-juvenil, a RAPS tem, entre seus objetivos gerais, o de promover cuidados em saúde, especialmente junto a grupos mais vulneráveis, incluídos nesta definição especialmente crianças e adolescentes.

Mais recentemente, com a intenção de possibilitar a qualificação das discussões acerca dos temas afetos à saúde mental infantil e ao

fortalecimento da construção e consolidação da política nacional de saúde mental, o governo federal lançou uma publicação, em 2014, que contém as recomendações e cartas dos fóruns de saúde mental infantil realizados entre os anos de 2005 e 2012. Neste documento, a preocupação com o tema da intersectorialidade aparece como relevante, com destaque para a VI e a VII Reunião Ordinária, realizadas, respectivamente, em Brasília (2006) e Rio de Janeiro (2007). A VI Reunião pactuou um conjunto de diretrizes com o intuito de nortear o trabalho em todo o território nacional, visando à consolidação da rede pública ampliada de saúde mental para atenção de crianças e adolescentes. Já a VII Reunião teve como tema central a *Rede de Cuidados na Perspectiva da Intersetorialidade*.

No ano de 2014, também, o Conselho Nacional do Ministério Público lançou um documento que fortalece a luta por direitos humanos de crianças e adolescentes: *Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. O documento foi elaborado objetivando subsidiar o trabalho de profissionais que atuam no sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes, dentre eles, promotores de justiça, defensores públicos, juízes, gestores e profissionais da saúde, especialmente os da RAPS. Resgata os principais marcos no campo dos direitos humanos e da atenção psicossocial desta população, bem como destaca os principais temas e desafios para o desenvolvimento de ações efetivas na promoção, proteção e defesa de direitos de crianças e adolescentes (BRASIL, 2014a).

Este documento faz um alinhamento de conceitos e busca a parceria entre profissionais de saúde e do campo da defesa de direitos, de forma a garantir a essa população o acesso aos serviços e às ações de saúde e de saúde mental no SUS. Reforça a responsabilidade de todas as esferas de gestão desse sistema, com a formulação de estratégias que garantam o atendimento integral de saúde às crianças e adolescentes.

Assim, considera-se como atribuição de todas as esferas de gestão do SUS o cumprimento de estratégias necessárias ao provimento da integralidade da atenção à saúde, fortalecendo especialmente a execução das ações de promoção de saúde nos territórios sanitários que tenham como característica a articulação parceira intersectorial, incluindo os próprios destinatários das ações (crianças e adolescentes) (BRASIL, 2014a).

Propõe como atribuição dos gestores de saúde a responsabilidade pela expansão de serviços efetivos e de qualidade às necessidades de crianças e adolescentes. Reforça que todos os pontos da rede do SUS precisam estar aptos a viabilizar o acolhimento e prover o cuidado a esses sujeitos (BRASIL, 2014a).

Outra questão importante reforçada pelo documento *Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos* diz respeito à importância da constituição de estratégias intersetoriais de cuidado, ficando o setor saúde incumbido de convidar atores de outros setores para a corresponsabilização no desenvolvimento de ações destinadas à produção de saúde integral (BRASIL, 2014a).

No nível municipal, Florianópolis possui o *Protocolo de Saúde Mental* (FLORIANÓPOLIS, 2010), que embasa e direciona todo o cuidado em saúde mental da rede de saúde do município. Neste documento, há um capítulo específico dedicado ao cuidado à infância e à adolescência, no qual são apresentados princípios e diretrizes operacionais das ações de cuidado, conforme política nacional deste segmento, com ênfase no carácter essencial da intersectorialidade. É apresentado também um diagrama com o fluxo<sup>10</sup> de atenção a esta população.

### 4.3 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL

A concepção da infância discutida nesta pesquisa foi referenciada pelo contexto histórico que atualmente vivenciamos e por uma compreensão sistêmica, que possibilita olhar para o fenômeno do cuidado em saúde mental infantil em sua complexidade, interligada aos diversos campos teórico-práticos do conhecimento com os quais se relaciona.

O termo cuidado compreende um olhar diferenciado sobre o tradicional tratamento em saúde mental, trazendo em si uma visão de superação do modelo manicomial. Segundo Alves e Guljor (2005), pensar na concepção de cuidado em saúde mental exige a contextualização sobre a origem dos tratamentos tradicionais, que hoje nos exigem esforços para modificar, resignificando-os como cuidado.

O cuidado preconizado nas políticas atuais de saúde mental está calcado nas premissas da liberdade, em oposição a isolamento; da integralidade, pelo reconhecimento de que o sujeito que sofre possui

---

<sup>10</sup> O fluxo de cuidado encontra-se como anexo nº 01.

necessidades que atravessam os diversos campos de saberes e do enfrentamento dos problemas na perspectiva do risco social, considerando as diversas redes na quais o sujeito está inserido (ALVES e GULJOR, 2005).

A atenção psicossocial referenciada pelas bases da Reforma Psiquiátrica Brasileira constitui um processo social complexo, que demanda transformações articuladas em diversos campos: técnico-assistencial, teórico-conceitual, político-jurídico e sociocultural (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2003). Persiste neste movimento de construção um novo modelo de referências nas práticas de saúde. Não se define apenas uma mudança na assistência, mas um processo de transição paradigmática no campo da saúde mental.

A concepção de atenção psicossocial sugere a compreensão do sofrimento mental num sentido amplo, para além do enquadramento terminológico de doença mental. Compreende o sofrimento como uma resposta do processo do viver dos sujeitos, que se desdobram em estados não adaptativos, que, muitas vezes, o fazem perder o sentido da vida (ZANIANI e LUZIO, 2014). O sujeito é compreendido como implicado em seu sofrimento, concedendo-se a ele o direito e a perspectiva de resgate de sua condição de saúde.

O cuidado, nesta perspectiva de mudança paradigmática, supõe o rompimento da clínica tradicional, calcada no modelo das especialidades, do modelo doença-cura e supressão de sintomas. Exige um olhar cauteloso para o sofrimento humano, e uma ética, para com o outro, de respeito às singularidades e particularidades de cada ser enquanto único em seu processo de viver. Exige, também, que se olhe para a complexidade dos fenômenos que se apresentam, abrangendo a dimensão do todo, sem desconsiderar a importância das partes que o constituem e que o significam enquanto todo. “O ato de cuidado é, do mesmo modo, amplo e complexo, reivindicando serviços diversificados, criativos e entrelaçados em uma rede” (ZANIANI e LUZIO, 2014, p.58).

A questão do cuidado em saúde mental infantil constitui um dos maiores desafios ao campo de saúde mental, proporcional à complexidade de seu fenômeno. No Brasil, constata-se o tamanho do desafio pelo lento processo de implantação de estratégias e serviços para esta população. As iniciativas nesta área seguiram um movimento mundial, em que a oferta de serviço é ainda incipiente em relação à demanda e à magnitude dos problemas de saúde mental infantil e das consequências a eles associados.

Couto, Duarte e Delgado (2008) relacionam quatro aspectos relacionados à inclusão tardia da saúde mental infantil na agenda das políticas de saúde brasileira, quais sejam: amplitude extensa de fatores associados à saúde mental infantil; caráter recente do conhecimento sistematizado sobre a frequência, persistência, prejuízo funcional e consequências na vida adulta associadas a transtornos mentais infantis; relativa inexistência de evidências empíricas de qualidade sobre eficácia e a efetividade de tratamentos para transtornos mentais infantis e também a particularidade do sistema de cuidado para esta população, que, em se tratando de crianças, requer necessariamente o envolvimento de vários setores que extrapolam o âmbito da saúde mental, exigindo, então, um trabalho necessariamente intersetorial.

Faz-se necessário admitir a complexidade e a condição de permanente mudança do mundo em que vivemos, bem como o caráter interdependente dos problemas que nos afetam e às gerações futuras (CAPRA, 1998). O desafio do cuidado em saúde mental infantil no Brasil pode ser compreendido pelo conflito de paradigmas que se observa nas práticas vigentes. Vivemos uma complexa realidade social, que não mais pode ser abordada pela lógica mecanicista, linear e simplificada do paradigma positivista. A realidade nos exige uma visão de sua complexidade, e uma prática condizente com a magnitude dos fenômenos. A dificuldade presente nas práticas de saúde, nas quais ainda predomina o pensamento biologizante, obstrui o enfrentamento e a busca de solução para os problemas que escapam a uma explicação reducionista.

A ciência tradicional, base para esse pensamento biologizante da saúde, calcada nos pressupostos de objetividade, simplicidade e estabilidade, mostra-se inadequada para lidar com situações complexas e instáveis e que exigem dos atores envolvidos nas ações de saúde o reconhecimento de sua implicação no decurso dos fenômenos. Vasconcellos (2002) salienta a condição complexa da sociedade em que vivemos, marcada pelo intenso ritmo de desenvolvimento tecnológico. “Isso está impactando fortemente nossa organização social, nossas relações, e exigindo de todos nós mudanças profundas na nossa forma de estar no mundo” (VASCONCELLOS, 2002, p. 19).

A perspectiva do cuidado em saúde mental infantil exige a superação da fragmentação de ações baseadas num paradigma reducionista por meio da construção de respostas com amplitudes complexas, que reconheçam a impossibilidade de lidar com o fenômeno da saúde infantil limitado a enquadres e classificações que fragmentam o ser em pedaços, reduzindo-o a um quadro sintomático de doença mental.

Importante a consideração da infância como estágio inicial de um ciclo vital, que necessita de cuidados especiais em razão da complexidade de sua manifestação. A criança, para seu pleno desenvolvimento, exige, dos profissionais que a assistem, um olhar de reconhecimento de seus diferentes aspectos, sejam eles desenvolvimentais, sociais, afetivos, biológicos ou culturais.

#### 4.4 INTERSETORIALIDADE E CUIDADO EM REDE

##### 4.4.1 Intersetorialidade como diretriz política

Adequar a política de saúde mental da infância aos princípios do SUS requer essencialmente a constituição de uma rede ampliada e intersetorial de serviços. Muitos atores de áreas de conhecimento diversas envolvem-se no percurso de desenvolvimento e cuidados da criança, e deles depende a efetiva promoção da saúde infantil. Reflete-se sobre a necessidade de profissionais de saúde, educação, assistência social, esporte, justiça, dentre outros, engajarem suas ações em planejamentos conjuntos, de maneira a efetivar medidas corresponsáveis de cuidado, para que as crianças sejam compreendidas em seu complexo processo de viver e sejam garantidos seus direitos e sua cidadania.

A definição de saúde da OMS (1948) como um completo bem-estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou enfermidades vem sendo substituída por uma concepção menos maximalista e utópica, que considera a saúde como um estado de mais alto bem-estar físico, mental e social, e de capacidade de funcionamento que permitam os fatores sociais em que vivem imersos o indivíduo e a coletividade (SANMARTI, 1989). A intersetorialidade surge como forma de reconhecimento da complexidade do conceito e expressão de saúde e da necessidade de articulação de atuações conjuntas e corresponsabilizações dos diversos setores envolvidos no cuidado em saúde.

Deste modo, a noção adotada pelo SUS compreende que a produção de saúde não ocorre na restrição das ações desse setor. Fundamenta-se na compreensão de que a saúde integral é composta e promovida por muitos elementos, dentre eles o acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, etc., exigindo o fomento a ações intersetoriais na construção de estratégias de cuidado e promoção de saúde.

Antes que a Carta Magna brasileira fosse promulgada em 1988, nas conferências nacionais de saúde já se esboçava a necessidade de se

estender o cuidado a setores como trabalho, justiça, educação, assistência social, entre outros. Apesar de a Constituição Federal ter iniciado o processo de legalização do atual Sistema Único de Saúde, foi apenas em 1990 que ele foi instituído. Cabe apontar que, apesar de abrir precedentes para a discussão de trabalho intersectorial, tanto a Carta Magna brasileira quanto as leis que criam e regulamentam o SUS (Leis 8.080/90 e 8.142/90) não apresentam o trabalho intersectorial enquanto conceito ou diretriz, deixando de lado esta importante característica da atuação em saúde (BRAVO e MATOS, 2007).

De forma aditiva, as conferências nacionais de saúde (CNS) vieram para ocupar um espaço de luta e deliberação. Começaram na década de 30, do século passado, mas só na década de 80 é que a discussão do trabalho intersectorial começou a fazer parte das agendas destas conferências. Os debates sobre essa questão nas CNS começaram de forma bastante distante, em termos pouco objetivos e sem referência direta ao assunto. A partir da 7ª CNS, porém, e a cada conferência realizada, percebeu-se evolução e intensificação das reflexões acerca do tema da intersectorialidade. A 14ª Conferência Nacional de Saúde difere das anteriores, uma vez que traz a necessidade desse tipo de trabalho como condição e critério de sucesso para o trabalho em saúde, principalmente em relação à promoção e à prevenção na atenção primária. (BRASIL, 2012).

A intersectorialidade, nesta pesquisa, é compreendida como marco principal pelo qual os diversos setores sociais, com seus saberes e práticas, constroem estratégias para se articular e se integrar de forma a efetivar a integralidade do cuidado em saúde mental infantil. Também é preciso levar em conta que as ações de cuidado ultrapassam as implementadas pelas políticas de saúde e incluem todas as ofertadas pelas diferentes políticas setoriais, instituições e serviços que compõem a rede de relações dos sujeitos (ZANIANI e LUZIO, 2014).

A ação intersectorial se efetiva pela implicação da corresponsabilização dos diversos setores na formação de redes de cuidado permanente, que extrapolam as barreiras burocráticas criadas pelas instituições. Na saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o suporte e o matriciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), é o grande potencializador desse tipo de ação, na medida em que sobre essas equipes recai um número ilimitado de situações de saúde, e delas dependem as soluções dos problemas com que se defrontam. Estas equipes encontram-se na linha de frente do cuidado em saúde e precisam reunir esforços para oferecer resolubilidade aos casos,



até pelo recurso de que dispõem de mobilizar parcerias e articulações com outros pontos da rede e outros setores.

Couto e Delgado (2016) consideram que a clínica, ressignificada pelas premissas da Reforma Psiquiátrica por uma clínica ampliada, constitui a base de operação da saúde mental sob o pilar da atenção psicossocial. Esta clínica ampliada refere-se ao saber saúde, legitimando e delimitando a saúde enquanto campo de atuação. Nesta mesma linha, os outros setores também são constituídos por saberes e práticas específicos que os legitimam na partilha pública.

[...] pode-se dizer que se o mandato da saúde mental é clínico, o da justiça é a tutela, o da assistência social é a proteção, o da educação é a formação, e assim para muitos outros. Cada um destes campos é constituído por teorias, conceitos, diretrizes, protocolos e códigos de comunicação próprios que intervêm no diálogo intersetorial, constituindo-se, muitas vezes, como barreiras à parceria (COUTO e DELGADO, 2016, p. 275).

As barreiras à efetiva parceria intersetorial citadas pelos autores dizem respeito primeiramente ao insuficiente entendimento das equipes sobre seu papel particular enquanto setor face à demanda existente. Segundo, pela utilização de um linguajar por demais especializado, de compreensão restrita a determinados setores, ou, em outro extremo, pela utilização de terminologia igual, porém, dependendo do setor, com entendimentos dispares ou contraditórios. Mesclam-se saberes que acabam se confundido em termos de responsabilidades e dificultam a operacionalização das ações. Tanto a mescla quando a diluição dos mandatos incita à inoperância e à desresponsabilização em relação à tomada compartilhada do cuidado (COUTO e DELGADO, 2016).

O grande desafio da nova proposta no cuidado em saúde mental infantil está, na opinião de Couto e Delgado (2016), em como construir e onde sustentar uma articulação intersetorial por setores que possuem mandatos distintos, mas que precisam ser parceiros e, de forma conjunta, efetivos/eficientes no cuidado da mesma criança.

Os desafios da intersetorialidade nesse campo atravessam questões que precisam ser pensadas em termos de estratégias pela gestão. A saúde mental infantil tem como um dos princípios fundamentais a necessidade de uma política que não apenas dialogue

com os outros campos de saberes, mas que com eles compartilhe o cuidado. Necessita da criação de espaços em que os diferentes serviços possam construir, articular, os diferentes mandatos, de maneira a construir um cuidado integral. A intersetorialidade foi estabelecida como estratégia fundamental para a superação da fragmentação setorial e como alternativa para o enfrentamento dos problemas complexos por meio da montagem da rede de cuidados, quando, no início deste século, se construíram as bases para o desenvolvimento de uma política pública de saúde mental dirigida à população infantil (COUTO e DELGADO, 2016).

#### **4.4.2 O trabalho intersetorial e a rede de atenção psicossocial (RAPS)**

Foco desta pesquisa é a rede de serviços prestados à criança no município de Florianópolis na perspectiva da intersetorialidade. Foram consideradas, neste estudo, as diferentes áreas de políticas que compõem a rede pública ampliada de atenção<sup>11</sup> em saúde mental infantil, como saúde, educação, assistência social e justiça/direitos. O interesse focou, porém, as estratégias utilizadas pela Rede de Atenção Psicossocial, por considerar ser o trajeto mais apropriado para dialogar com os diversos dispositivos existentes no município e a forma indicada de efetivar a diretriz da intersetorialidade na atenção à infância.

Um dos grandes desafios da política de saúde mental brasileira, cujos princípios basilares são o cuidado em liberdade e a atenção em serviços comunitários de base territorial que atuem necessariamente em rede, é a construção de uma política para crianças e adolescentes que considere suas características e especificidades em consonância com os princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social.

Conforme Anjos (2014), o trabalho, na lógica de rede, já ocupava posição de destaque antes mesmo da reorientação do sistema de saúde em geral. Aparece, então, com mais força após as portarias ministeriais que sucederam à III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001, com função de substituir a lógica hierarquizada e intrasetorial que ordenava as instruções normativas da saúde mental vigentes até então.

No setor Saúde, a Portaria nº 3.088, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a

---

<sup>11</sup> Definido por Duarte et al. (2016).

finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e apresenta como um de seus objetivos específicos a promoção de cuidados em saúde, especialmente para grupos mais vulneráveis, sendo a criança compreendida neste grupo.

A RAPS, descrita pela Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), é composta pelos dispositivos da atenção básica, psicossocial estratégica, de urgência e emergência, residencial de caráter transitório, hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, e de reabilitação psicossocial, conforme quadro 1.

Segundo pesquisa realizada por Garcia, Santos e Machado (2015), a questão da efetivação das políticas brasileiras em saúde mental infantil continuam sendo um desafio pela escassez de centros de atenção psicossocial infanto-juvenil (Capsi), bem como pela distribuição desigual desses serviços entre as regiões. A dificuldade, no entanto, extrapola a questão de implementação de serviços assistências, como o dispositivo Capsi. Além disso, dir-se-ia que a grande dificuldade se encontra em efetivar o cuidado sob a ótica da intersetorialidade como estratégia central para o cuidado integral de crianças e adolescentes.

Quadro 1 - Componentes da RAPS

<b>COMPONENTES</b>	<b>PONTOS DE ATENÇÃO</b>
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
	Consultório de Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centro de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centro de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial

Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: BRASIL, 2014b.

A RAPS, descrita nos documentos oficiais, define-se como uma rede de apenas uma área de atuação, a saúde. Em se tratando de saúde mental infantil, não seria necessária a ordenação do cuidado a partir de uma ampliação desta rede para outros setores, de forma a abranger a complexidade do fenômeno?

Ampliando este olhar, uma pequena pesquisa realizada, em junho de 2016, no *site* da prefeitura de Florianópolis e nas suas respectivas secretarias poderá identificar diversos dispositivos envolvidos no cuidado em saúde mental infantil. No setor educação, os dispositivos mais envolvidos referem-se às escolas regulares de educação infantil e fundamental. No setor da assistência social, a rede de serviços é composta por centros de referência da assistência social (Cras), centros de referência especializado da assistência social (Creas) e casas de acolhimento. Já no setor justiça/direitos encontram-se os conselhos tutelares, conselhos de direitos da criança e do adolescente (CMDCA) e varas da infância e juventude, além da Vara da Família e da Promotoria Pública da Infância e da Juventude da Comarca Capital/Florianópolis. Na área da saúde, observaram-se os serviços da RAPS: atenção básica (ESF e Nasf), Capsi, Samu e Upas.

Para se efetivar cuidado integral em saúde mental infantil - interesse desta pesquisa - é peça obrigatória a aplicação da intersetorialidade, compreendida como a articulação de saberes e experiências entre mais variados setores sociais nos diversos momentos da ação. O conhecimento das estratégias utilizadas pela RAPS para articulação da rede intersetorial de serviços faz-se essencial nesta perspectiva.

#### 4.4.3 Rede de atenção psicossocial em Florianópolis

O município de Florianópolis deu início ao movimento de implantação da Rede de Atenção Psicossocial, conforme preconizado pela Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), com a construção do Protocolo de Saúde Mental (FLORIANÓPOLIS, 2010). O protocolo corresponde a um fluxo de atenção e cuidado em saúde mental que insere os diversos dispositivos presentes na rede, delimitando o fluxo de atenção e corresponsabilidade aos diversos dispositivos envolvidos nesse cuidado. O Protocolo de Saúde Mental de Florianópolis confere destaque à articulação da rede como uma importante estratégia de cuidado em saúde mental.

A capital contava, no momento da realização da pesquisa (2016), com cinco distritos sanitários (norte, sul, leste, centro e continente). Cada um deles possuía, sob sua gestão, um número delimitado de centros de saúde e outros dispositivos da rede. Conforme dados obtidos no *site* da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em 2016, o distrito norte contava com 11 centros de saúde, mais a policlínica norte e a UPA norte. O distrito sul contava com 12 centros de saúde, a policlínica sul e a UPA Sul. O distrito centro contava com seis centros de saúde, a policlínica do centro, o Caps Ponta do Coral e o Capsi. O distrito leste contava com nove centros de saúde e o Caps da Ilha. Já o distrito continente contava com 11 centros de saúde, o Caps do Continente e a Policlínica Continente.

O modelo de atenção primária preconizado pela Secretaria Municipal de Florianópolis oferece à população o acesso aos serviços de saúde por meio dos centros de saúde e equipes de saúde da família. A Estratégia de Saúde da Família configura-se como ponto central de vínculo com os usuários do serviço, uma vez que se define, pela delimitação geográfica de área de abrangência de priorização, o cuidado no território. As equipes da ESF estão amparadas pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) nas questões relacionadas à saúde mental, por meio de apoio técnico de profissionais psicólogos e psiquiatras, através do apoio matricial.

Na perspectiva da RAPS, quando o cuidado extrapola a dimensão da atenção primária, este passa a ser realizado pelos centros de atenção psicossocial do município. Florianópolis conta, atualmente, com quatro dispositivos Caps: um Caps II, um Caps infantil e dois Caps ad.

Os Caps, instaurados pela Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011), correspondem a serviços de referência para os casos que necessitem de cuidado intensivo e/ou reinserção social, além do apoio às equipes de

saúde mental e de saúde da família. Promovem acesso por meio de acolhimento diário da demanda espontânea, de encaminhamentos advindos de outros dispositivos da rede de saúde, egressos do Instituto de Psiquiatria (IPq), da Promotoria, do Ministério Público, da busca ativa e da visita domiciliar, dentre outros, conforme descrito no *site* da SMS.

A cidade de Florianópolis não dispõe de Caps III, dispositivo de saúde mental de referência em funcionamento de plantão 24 horas. Também não existem leitos de internação psiquiátrica em hospitais gerais, sendo ainda o IPq a principal referência, na capital, para o encaminhamento de usuários cujo sofrimento extrapola a competência dos dispositivos da RAPS.

Para internações psiquiátricas de crianças e adolescentes, a capital conta apenas com a referência do Hospital Infantil Joana de Gusmão, que, apesar de não possuir leitos de psiquiatria, acaba por acolher essas demandas. Muitas vezes, porém, é necessário encaminhar estes usuários à cidade de Joinville, único local no estado com leitos de psiquiatria infantil (quatro, no total).

No segmento das urgências e emergências, Florianópolis conta com duas unidades de pronto atendimento/UPA 24h, uma no distrito norte, e outra, no distrito sul, além de quatro bases do Samu 192, dispositivos estes também constituintes como pontos da RAPS.

As Upas são componentes pré-hospitalares, dispositivos de média complexidade, atuante entre a atenção básica e as portas de urgências hospitalares. Já o Samu 192, componente também da política nacional de urgência e emergência, configura-se como um serviço pré-hospitalar que objetiva o acesso rápido de atendimento a vítimas após ocorrência de alguma situação de urgência e emergência. O Samu 192 funciona 24 horas por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número de telefone 192 e acionado por uma central de regulação das urgências.

Quadro 2 – A RAPS em Florianópolis

<b>Componentes da RAPS – Portaria nº 3.088</b>	<b>Pontos de Atenção</b>	<b>Pontos de Atenção existentes na rede de Florianópolis</b>
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	Unidades de Saúde com equipes ESF e NASF.
	Equipe de atenção básica para populações específicas: Equipes de Consultório de Rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório	Apenas Equipe Consultório de Rua.
	Centro de Convivência	Centro de Convivência – Prefeitura dispõe de convênio com o Instituto Arco-Íris.
Atenção Psicossocial estratégica	Diversas modalidades de CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad e CAPSi	CAPS II
		CAPS ad – Unidade continente e Unidade ilha.
		CAPS i
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192	SAMU 192
	UPAS – Unidades de Pronto Atendimento	UPAS – Unidades de Pronto Atendimento - Norte e Sul
	Sala de Estabilização;	Existe apenas sala de reanimação nas UPAS.
Atenção Residencial de carácter transitório	Unidade de Acolhimento	Existe um projeto no município para a construção de duas unidades de acolhimento, uma Unidade Adulto e uma Unidade Infanto-juvenil, que está em processo.
	Serviço em Atenção em Regime residencial – Comunidade Terapêutica	Não existe no município.
	Enfermaria especializada em Hospital Geral	Existe uma enfermaria pronta no Hospital Universitário, porém ainda não foi inaugurada.

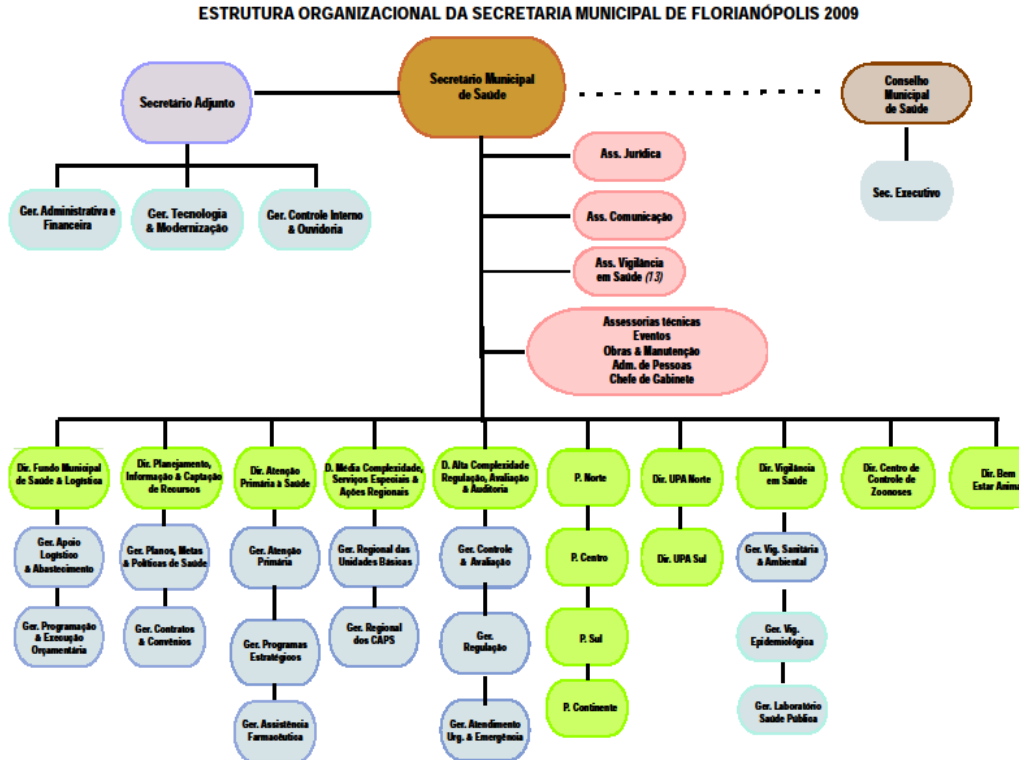
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	A prefeitura dispõe de convênio com IPq.
Estratégia de Desistitucionalização	Residencial terapêutico	Residencial terapêutico – não possui.
	Programa Volta para Casa	Alguns egressos do hospital de custódia estão recebendo auxílio-reabilitação psicossocial.
Estratégias de Reabilitação	Iniciativas de geração de trabalho e renda	Existem apenas oficinas de geração de trabalho e renda no Instituto Arco-íris.
	Empreendimentos solidários e cooperativas sociais	Não existe.

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados da SMS, 2017.

Esses componentes da RAPS de Florianópolis são constituídos, em nível gerencial, por gestores que têm por atribuição específica planejar, avaliar, executar e monitorar ações de saúde. A figura abaixo (Fig. 2) refere-se ao organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis no ano de 2016 (momento da coleta de dados), e ilustra a compreensão dessa estrutura gerencial, sendo destacadas pela cor azul as gerências de atenção primária, a gerência regional dos Caps, a gerência de atendimento em urgência e emergência, que se tornaram sujeitos desta pesquisa juntamente com a coordenação do Capsi, que não se encontra neste organograma por se referir à gestão de um dispositivo da rede de saúde externo à estrutura da SMS.



Figura 1 - Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (2016).



Fonte: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>

No ano de 2017, em decorrência da mudança de governo após o período eleitoral, a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis passou por algumas modificações, também em nível de gestão, que podem ser visualizadas no novo organograma, elaborado em 2017. Percebe-se mudança na estrutura das diretorias, reduzidas de nove para quatro, subordinadas ao secretário municipal de Saúde, sendo agora apenas: diretoria de Vigilância em Saúde, diretoria do Bem-Estar Animal, diretoria de Atenção à Saúde e diretoria de Inteligência em Saúde.

Figura 2 – Novo organograma da Secretaria de Saúde de Florianópolis (2017)



Fonte:

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=govorganograma&menu=1>

Nesta nova estrutura organizacional, a gestão em saúde mental encontra-se dentro da Diretoria de Atenção à Saúde, sob a responsabilidade da gerência de Integração Assistencial.

Foram modificadas também a organização distrital dos territórios de saúde, reduzindo de cinco para quatro o número de distritos

sanitários, com o desmembramento do distrito leste, cujos dispositivos foram incorporados pelos outros territórios.



## 5 MÉTODO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório, de caráter qualitativo e descritivo. Buscou-se, a partir do problema da pesquisa, analisar a compreensão dos gestores envolvidos na Rede de Atenção Psicossocial do município de Florianópolis a respeito das estratégias de cuidado intersetorial em saúde mental infantil. As pesquisas exploratórias têm o propósito de maior familiarização com o problema, pelo interesse de formular hipóteses a respeito ou de apenas torná-lo mais explícito. A pesquisa exploratória permite, assim, conhecer melhor o fenômeno e o que é narrado sobre ele (GIL, 2010).

De natureza qualitativa, conforme Minayo (1999), esta pesquisa delineou uma investigação sobre o fenômeno do cuidado intersetorial em saúde mental infantil, buscando analisar os elementos que o constituem a partir de especificidades de relações complexas que requerem aprofundamento dos dados e compreensão dos sentidos construídos e atribuídos pelos gestores envolvidos na RAPS de Florianópolis, participantes desta pesquisa.

Depreende-se que o pesquisador qualitativista não queira explicar as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou correlacionando, quantitativamente, eventos de suas vidas. Ele pretende, porém, conhecer a fundo suas vivências, e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida (TURATO, 2005).

Foi realizada uma pesquisa exploratória, descrita a partir da delimitação dos participantes, utilizando como ferramenta a entrevista semiestruturada (Apêndice A), visando à verificação das estratégias de cuidado intersetorial em saúde mental infantil na percepção dos gestores envolvidos na RAPS de Florianópolis.

Realizou-se também uma pesquisa bibliográfica para compreender o tema da intersetorialidade no cuidado em saúde mental infantil, a partir de descritores em saúde, utilizando distintas bases de dados. Os materiais selecionados nessa pesquisa, juntamente com outros, selecionados conforme interesse da pesquisadora, serviram de referência para a análise dos dados coletados na fase exploratória desta pesquisa.

## 5.2 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

De forma a abordar o tema da pesquisa com propriedade, foi necessária uma investigação sobre a produção científica nos últimos anos sobre saúde mental infantil, com o objetivo de compreender o que se tem pesquisado e/ou efetivado na prática, relacionado ao campo do cuidado intersetorial.

A revisão começou pela seleção de palavras-chave e principais termos relacionados às especificidades da pesquisa. Para facilitar o acesso à informação nas bases de dados, realizou-se a busca pelos respectivos descritores em saúde através da consulta ao vocabulário DeCS (Descritores em Ciência da Saúde) e MeSH Database (Medical Subject Headings). Os descritores DeCS e MeSh são vocabulários padronizados, utilizados mundialmente pelas bases de dados de saúde, para indexar artigos em suas plataformas. Os vocabulários estruturados DeCS e MeSH foram utilizados como assistentes, auxiliando a pesquisadora a refinar, ampliar e garantir resultados mais adequados à revisão de literatura.

As palavras e/ou termos inicialmente selecionados foram: saúde mental, políticas públicas, assistência à saúde, cuidado, atenção, intersetorialidade, gestão em saúde, Capsi, infância e criança. Com referência a estes termos, realizou-se a seleção dos descritores conforme indexação DeCS e/ou MeSH, explícitos no quadro abaixo.

Quadro 3 – Descritores selecionados para realização de revisão bibliográfica:

BASE DE DADO	DESCRITORES/PALAVRAS-CHAVE UTILIZADOS
Medline via BVS	Public policies (MeSH), mental health (MeSH), mental health services (MeSH), intersectorial action (DeCS), intersectorial collaboration (MeSH), child health service (MeSH), health management (DeCS), child (MeSH).
Lilacs (BVS), Scielo e Portal de Periódicos CAPES.	Políticas públicas, saúde mental, cuidado, atenção, intersetorialidade, gestão em saúde, Capsi, infância, criança.

Fonte: Elaboração da autora (2017).

O passo seguinte foi a seleção das bases de dados a serem pesquisados na revisão bibliográfica. O Portal BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) constitui referência para esta revisão, por ser um portal composto por fontes de informação em ciências da saúde, direcionado a atender às necessidades de informação técnico-científicas de

profissionais e acadêmicos desta área, com disponibilidade de material nas línguas: portuguesa, inglesa e espanhola.

Após pesquisa inicial na BVS, foram selecionadas as bases de dados: *Medline*, *Scielo*, *Lilacs* e *Portal de Periódicos* da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), como referência pelo critério de adequação ao tema pesquisado, que se insere na área da saúde, especificamente em saúde pública e saúde mental.

No Portal BVS, foram realizadas pesquisas através do método integrado de pesquisa, bem como pesquisas avançadas nas bases de dados individuais. As bases de dados *Medline* e *Lilacs* foram acessadas via BVS, com os descritores referenciados pelo *DeCS* e *MeSH*. A base de dados *Scielo* referenciou também esta revisão; nela foram pesquisadas os descritores e palavras-chave já explicitados no quadro 3, combinando os termos de forma a ampliar o resultado das buscas. No portal de periódicos da Capes, optou-se pela utilização da ferramenta de pesquisa simples, utilizando como recurso os operadores booleanos.

Como recursos de busca nas diversas bases de dados foram utilizadas *aspas*, com a finalidade de buscar frases ou termos compostos; os *operadores booleanos* AND/OR/AND NOT, para integrar e/ou excluir termos e descritores; *parênteses*, para delimitar a ação de cada operador na expressão de pesquisa e o *truncamento* (\$) ou (\*), para buscar radicais de palavras.

Como sistemática de organização do material coletado nas diversas pesquisas via bases de dados, a pesquisadora optou por ler a descrição de cada material apresentado em cada estratégia de busca realizada. Os materiais considerados pertinentes ao conteúdo da pesquisa eram salvos e organizados por tema, tendo como critério de inclusão apenas a verificação superficial se o estudo se relacionasse com a temática da saúde mental infantil e da disponibilidade dos textos na íntegra. Nesta primeira etapa, foram excluídos todos os materiais duplicados.

Ao final desta primeira seleção, a pesquisadora contou com uma coleção de 139 artigos científicos. Em seguida, procedeu à leitura de todos os resumos, aplicando os seguintes critérios de inclusão: publicações realizadas entre os anos de 2007-2017; estudos realizados no Brasil; estudos que abordavam pelo menos os dois descritores: saúde mental infantil e intersetorialidade e/ou estudos que abordavam os três descritores: saúde mental, infância OR criança e intersetorialidade.

Pela verificação da escassez de publicações nacionais sobre a temática, foram organizados separadamente também os estudos

relacionados à história da saúde mental infantil, lidos com intuito de compreender o desenvolvimento do campo da saúde mental no Brasil.

Ao final desta revisão bibliográfica, a pesquisadora selecionou 27 documentos; dentre eles, artigos científicos, teses e dissertações, que foram lidos e serviram de referência para a realização da análise dos dados, juntamente com outros materiais, selecionados a seu critério.

### 5.3 PARTICIPANTES

Sendo o objetivo geral desta pesquisa analisar *estratégias* de cuidado intersetorial em saúde mental infantil, a escolha dos gestores como participantes da pesquisa tem a ver com a compreensão de que estes são atores sociais fundamentais no processo de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde.

Foram entrevistados quatro gestores envolvidos no cuidado em saúde mental infantil no município de Florianópolis. Todos os participantes possuem especialização como grau de escolaridade, sendo as formações acadêmicas nas áreas de psicologia e medicina. O tempo de exercício na função de gestão dos participantes variou de 02 a 10 anos. Em relação a continuidade no cargo de gestão, houve respostas diversas, sendo saliente a incerteza vivenciada pelos participantes no processo de transição da gestão municipal após eleições municipais de 2016.

#### 5.3.1 Restrições de acesso ao campo e a participantes

O projeto de pesquisa apresentado pela pesquisadora ao setor de Educação e Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis - setor responsável por avaliar a viabilidade e a questão ética da pesquisa na rede de saúde - abrangia duas etapas de coleta de dados. Inicialmente, pretendia-se realizar um processo de aproximação com o campo de estudo através de visitas aos diversos dispositivos da RAPS, com o intuito de conhecer esta rede e realizar um diário de campo. Em etapa seguinte, a proposta incluía a realização de dez entrevistas com gestores de saúde. Seriam convidados a participar os secretários de Saúde, os gestores de Saúde Mental, os dos distritos de saúde (norte, sul, leste, oeste e continente), o do Capsi, os das Upas – norte e sul -, totalizando dez entrevistas.

O parecer do setor de Educação e Saúde da SMS de Florianópolis, porém, considerou inviável o processo de aproximação com o campo, justificando que, devido ao elevado número de pesquisas



em realização na rede naquele período, o processo poderia sobrecarregar os profissionais de saúde. Foi restrito também o acesso aos gestores, propondo redução do número de entrevistas a apenas quatro, sendo também determinado que fossem realizadas apenas com o gestor de Saúde Mental, o gestor do Capsi, o gestor da Urgência e Emergência e o gestor da Atenção Básica.

As determinações do setor de Educação e Saúde da SMS de Florianópolis foram aceitas pela pesquisadora, embora considere as restrições como fatores limitantes em relação às análises dos dados de pesquisa.

#### 5.4 ENTREVISTAS

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). Segundo Minayo (2008, p. 261), a entrevista é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do pesquisador, destinada a construir informações pertinentes a um objeto de pesquisa [...]. A modalidade semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão.

Foram convidados a participar das entrevistas os profissionais vinculados à SMS de Florianópolis, responsáveis pelas gerências de Saúde Mental, de Atenção Primária à Saúde, de Urgência e Emergência, bem como o gestor do dispositivo Capsi, totalizando quatro entrevistas, que foram gravadas e transcritas, procedimento que possibilitou a leitura dos relatos no momento da análise.

#### 5.5 PROCEDIMENTO

Para a realização do estudo, a pesquisadora aguardou a liberação dos pareceres dos respectivos comitês de ética: primeiro, do Comitê de Ética vinculado ao setor de Educação e Saúde da SMS de Florianópolis; em seguida, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH). Após a emissão dos pareceres, a pesquisadora entrou em contato, via *e-mail*, com os quatro gestores participantes, com o intuito de explicar a intenção da pesquisa e agendar horários para a realização das entrevistas. Contudo, com dois deles foi necessário o contato via telefone para agendamento das entrevistas, devido à ausência de resposta ao *e-mail* enviado.

As entrevistas ocorreram no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017. Houve dificuldade de acesso a dois gestores, talvez

devido à coincidência do período de coleta de dados com o momento de troca de gestão municipal. O processo de posse do novo prefeito de Florianópolis provocou nos profissionais certa insegurança quanto à sua permanência nos cargos de gestão e quanto à imprevisibilidade sobre quais mudanças poderiam ocorrer, o que pode explicar a resistência de alguns gestores em agendar as entrevistas, sob o pretexto da incerteza quanto a ocupar o cargo em 2017.

Vencidas essas barreiras, as entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos gestores. Nestes encontros, a pesquisadora apresentou, inicialmente, o tema da pesquisa, esclarecendo-lhe os objetivos e a proposta. Foram garantidos aos participantes o anonimato, o sigilo e o direito de desistir da pesquisa ou de se negar a contribuir com ela. Ainda durante esse processo, foi-lhes solicitada a leitura e a assinatura dos termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e de Autorização para Gravação da Entrevista (TAG) (APÊNDICE C) em duas vias, uma para o profissional, outra para a pesquisadora.

Para não ferir as diretrizes éticas e manter o sigilo da identidade proposta nesta dissertação, as falas dos participantes da pesquisa que ilustraram as categorias de análise não serão identificadas.

Ao final das entrevistas, os gestores foram informados a respeito da divulgação do dia e local da defesa da dissertação, assim que esta fosse agendada, oferecendo-se-lhes a possibilidade de acesso aos resultados da pesquisa.

## 5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, com parecer nº 1.789.893, de 24 de outubro de 2016.

Durante o processo de coleta de dados, os profissionais que demonstraram interesse em participar da pesquisa receberam informações sobre o estudo, além das garantias acima referidas. Foi-lhes solicitada a assinatura dos termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e de Autorização para Gravação da Entrevista (APÊNDICE C), em acordo com a Resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde.

Atendendo também ao requisito do CEPESH-UFSC, foi apresentada à SMS de Florianópolis a necessidade de aceite da coleta de dados nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial do Município,

que foi liberada pelo representante legal através de duas declarações (ANEXOS 02 e 03).

## 5.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A organização do material coletado nas entrevistas foi realizada por meio da escuta e transcrição literal das gravações. A análise dos dados obtidos foi ancorada na técnica de *Análise de Conteúdo* referenciada por Bardin (2004), Minayo (2008) e Turato (2003). Segundo Bardin (2004, p. 33), a análise de conteúdo pode ser compreendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens. Já, conforme Minayo (2008), refere-se à técnica de pesquisa, realizada por procedimentos especializados e científicos, que permitem tornar replicáveis e válidas as inferências sobre os dados de um contexto.

Em sua operacionalidade, a análise de conteúdo emerge de uma leitura das falas capturadas na pesquisa para então adentrar um nível mais profundo, que ultrapassa os níveis manifestos do material estudado. Desse modo, os procedimentos relacionam estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados dos textos, articulando-os com os fatores que determinam suas características, quais sejam, variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção de mensagem (MINAYO, 2008).

Dentro das várias modalidades de análise de conteúdo, foram utilizados os princípios da análise temática, com a busca de unidades de significado nos dados coletados, unidades estas que, ao serem analisadas conjuntamente, resultaram em relações interpretativas referentes ao objeto do estudo. Na análise temática, é possível encontrar os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja frequência ou presença possua relação ou significado com o objeto de estudo (MINAYO, 2008).

Com referência a Minayo (2008), a análise temática dos dados coletados nesta pesquisa foi delineada em três etapas. Inicialmente, procedeu-se à etapa de *pré-análise*, através da escolha dos documentos, a serem analisados com base nos objetivos da pesquisa, realizando uma leitura flutuante dos documentos resultantes da transcrição das entrevistas, permitindo que impressões e orientações pudessem constituir um *corpus* de análise. Nesta fase, foram determinadas as unidades de registro (palavras-chave ou frases), unidades de contexto (delimitação do contexto da compreensão da unidade de registro), os recortes e a forma de categorização (modalidade de codificação e

conceitos mais gerais). Na segunda etapa, seguiu-se a fase de *exploração do material*, na qual se classificaram e constituíram as categorias para alcançar o núcleo de compreensão textual. Na última etapa, realizou-se o *tratamento dos resultados obtidos e interpretados*, fase em que foram feitas relações com as referências teóricas e as produções científicas condizentes com o estudo (MINAYO, 2008; TURATO, 2003).

O processo de categorização realizado pela pesquisadora considerou dois princípios importantes: o da repetição e o da relevância. Na fase de exploração do material, organizou a narrativa dos gestores, elegendo as colocações reincidentes (repetição), bem como a relevância de determinados assuntos, considerando a riqueza do discurso, mesmo que este tenha sido citado uma única ou pouquíssimas vezes. Este processo de categorização extrapolou as regras puras de apuração matemática, buscando a essencialidade do fenômeno estudado (TURATO, 2003).

Esta estruturação de análise dos dados permitiu explorar o tema estudado. Neste caso, as estratégias de cuidado intersetorial em saúde mental infantil reconhecidas pelos gestores envolvidos na RAPS de Florianópolis. Foram constituídas três categorias de análise, a posteriori; cada uma delas composta por subcategorias, como forma de atender aos objetivos do estudo, quais sejam: estratégias de cuidado intersetorial; obstáculos na construção do cuidado intersetorial e busca de elementos facilitadores do cuidado intersetorial.

## 5.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Esta dissertação não pretende construir uma verdade absoluta sobre seu campo de estudo, uma vez que se embasou na percepção dos participantes da pesquisa. Visou, porém, à análise da compreensão dos gestores entrevistados, inferindo possibilidades de conhecer as estratégias de cuidado intersetorial em saúde mental infantil e como se efetivam na rede de atenção psicossocial de Florianópolis.

Destaca-se a limitação referente aos participantes da pesquisa, uma vez que o setor de Educação em Saúde do município de Florianópolis restringiu o acesso a seis gestores (secretário da Saúde e gerentes de Distrito Sanitário), limitando as entrevistas a quatro gestores, indicados pela própria instituição. Esta restrição afetou a construção da pesquisa e impossibilitou o alcance amplo da realidade das estratégias de cuidado intersetorial da rede.

De modo semelhante, o acesso à Rede de Atenção Psicossocial, com intuito de aproximação ao campo de estudo, foi negado pela instituição, o que dificultou o conhecimento sobre o funcionamento dos dispositivos da RAPS de Florianópolis e sua caracterização.



## 6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os principais resultados da pesquisa, discutidos com referência tanto às políticas públicas vigentes no Brasil no campo de saúde mental infantil, quanto aos materiais bibliográficos pesquisados.

Estes resultados foram organizados em três categorias, compostas cada uma por subcategorias de análise que atendem aos objetivos do estudo. Estas categorias foram construídas a partir da leitura do material resultante das entrevistas, com o intuito de exploração dos textos transcritos. Esta leitura possibilitou a tabulação dos dados e a construção de subcategorias específicas a partir das categorias gerais, embasadas nas narrativas dos gestores.

Ao discorrer sobre as categorias de análise, e respectivas subcategorias, foram apresentadas as falas dos gestores com o intuito de contribuir com a proposta da pesquisa. As narrativas dos gestores embasaram o diálogo sobre a questão do cuidado intersetorial na saúde mental infantil do município de Florianópolis. As falas, de acordo com o compromisso acima referido, não serão identificadas. Antes da discussão das categorias, foi realizada uma análise de aspectos gerais que caracterizam o cuidado em saúde mental infantil no município de Florianópolis de acordo com a compreensão dos gestores. Optou-se por não definir essa análise como uma categoria de estudo, por se tratar de uma contextualização necessária para adentrar o tema da intersetorialidade neste cuidado.

Tabela 3 – Apresentação das categorias de análise

<b>CATEGORIAS DE ANÁLISE</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
1. Estratégias de cuidado intersetorial em saúde mental infantil	Construindo estratégias intersetoriais pela demanda
	Ações intersetoriais
	Fórum de Saúde Mental
2. Obstáculos na construção do cuidado intersetorial	Condições de Trabalho
	O esquecimento da infância - obstáculos relacionados à gestão
	Qualificação profissional, uma questão de interesse?
	Lacuna entre os princípios institucionais e o processo de trabalho intersetorial
	A dificuldade na construção da corresponsabilidade

3. Buscando elementos facilitadores do cuidado intersetorial	Qualificação e disponibilidade dos profissionais
	Convite ao diálogo
	Matriciamento e reuniões de saúde mental

Fonte: Elaboração da pesquisadora com base nas entrevistas realizadas com os gestores, 2017.

## 6.1 A SAÚDE MENTAL INFANTIL EM FLORIANÓPOLIS

Abordar o tema da intersetorialidade no cuidado em saúde mental infantil pela percepção dos gestores de saúde revelou dados relacionados ao lugar que este cuidado ocupa nas políticas públicas e às ações de saúde do município de Florianópolis.

Como forma de introduzir o tema no momento da coleta de dados, os gestores foram questionados sobre o que reconhecem como específico de saúde mental infantil na atual política de saúde do município. A pergunta revelou-se provocativa e geradora de impacto reflexivo junto aos entrevistados. Verificou-se um movimento de aproximação e apropriação do tema, perceptível através de momentos de silêncio, de negação em tom provocativo como: *Nada! [...] ah, vamos parar [...] (sic)* ou de distanciamento do tema como: *Então, eu não trabalho com saúde mental. Não, não trabalho com saúde mental [...] (sic)*.

A reação dos gestores frente a esta questão traduz uma incerteza quanto ao espaço ofertado ao cuidado em saúde mental da população infantil no município, revelando a dificuldade em delimitar, dentro do escopo de atuação e das prioridades das atividades de saúde do município, algo que seja específico desta área.

Superado o impacto inicial, a fala dos gestores convergiu para a identificação de esforços descentralizados de cuidado em saúde mental infantil, em vários pontos da rede de saúde, com ênfase em ações de atenção básica, por meio do cuidado realizado pelas equipes de ESF e do Nasf. Outra proposta direcionada a impulsionar esse cuidado diz respeito à introdução e profissionais do campo *psi* nas equipes Nasfs como estratégia de oferecer a essa parcela da população um olhar voltado para o campo da saúde mental.

*(Silêncio) bem, eu daria ênfase ao fato da saúde mental infantil [...] não tá centralizado em um único dispositivo, que seria o Capsi. Em ampliar cada vez mais a atenção à saúde mental infanto-*



juvenil dentro da rede, em todos os pontos da RAPS né, eu diria que essa é a maior, os maiores esforços que a gente vem travando aqui o município.[...] A gente tem aí um investimento grande do município na política NASF né, então o município de Florianópolis priorizou [...] ao longo das duas últimas gestões, de priorizar a saúde mental na atenção básica [...] no primeiro ponto da RAPS, na porta de entrada do cuidado em saúde, inclusive o cuidado em saúde mental que seria nas unidades locais de saúde né. Então para isso a gente conseguiu eh, priorizar, pensar a saúde mental colocando profissionais, psicólogos, psiquiatras em cada NASF, e instrumentalizar, empoderar esses profissionais para que eles fizessem todo o cuidado de saúde mental naquele território ao qual estão adscritos, inclusive a saúde mental infanto-juvenil. Por isso, o município tem um Capsi só, porque a gente vem apostando nisso, que o atendimento na Atenção Básica e no NASF [...] vai deixar pro CASPS infantil só ali a ponta da pirâmide, os casos realmente mais grave que necessitem de uma intensificação de cuidado em saúde mental (SIC). Nada! Eh, quero... ah! Vamos parar [...] nós temos um arranjo de rede que prevê a existência do CAPS infantil como um ponto de cuidado específico em saúde mental infantil, e a gente tem um desenho de oferta de cuidado ambulatorial em saúde mental dentro da nossa estrutura generalista que é a atenção primária, que deveria; e eu sei que longe do ideal; mas que deveria oferecer cuidado pra essas situações de maneira generalista. Eu brinco nada por que se buscou fortemente nas últimas construções de política de saúde, desenho de sistema e tudo o mais, se buscou fortemente evitar a criação [...] de caixinhas específicas dentro do arranjo da atenção primária, tanto que sempre houve, continua acontecendo, ainda continua acontecendo, mesmo você destacando o aspecto generalista da atenção primária, [...] você ainda assim tem recusa desse atendimento, você tem barreiras burocráticas que se põe ao atendimento de populações específicas, especificamente, nesse

*caso aqui, é uma cassetada de profissionais que diz que não atende criança [...] é o risco e que aconteceu em outros momentos,[...] é que ao você criar uma estrutura que se responsabiliza mais fortemente por um tipo de cuidado você cria a fantasia de desresponsabilização dos outros. Eh, então eu brinco nada por que se tentou colocar como vocação de uma rede generalista, eh, mas ao mesmo tempo foi insuficiente, então nada, ele tem essas duas coisas. Tem o lado positivo de tentar incluir na oferta generalista e tem o lado negativo de que, é a capacidade de indução a uma oferta adequada eh, especializada ou não, pra esses casos, ela foi uma capacidade diminuída, que a gente teve (SIC).*

A primeira questão que se coloca frente a essas falas refere-se à lógica do cuidado centrado no aspecto curativo, na contramão de todo o cuidado preconizado pelo modelo psicossocial. Revela-se que só se considera a saúde mental infantil a partir do sofrimento já posto, quando então se busca estruturar um cuidado diluído nos diversos pontos da RAPS. Essa noção de cuidado a partir do sofrimento deixa de lado os aspectos de prevenção e promoção, vitais no modelo psicossocial:

*[...] não dá pra você determinar que a saúde mental; ela deve estar na atenção primária ou na atenção especializada, onde que quer que seja. A saúde mental, ela é um contínuo que muito possivelmente a gente nunca vai conseguir colocar numa caixinha específica e que precisa ser manejada como um contínuo (SIC).*

A noção de distribuição da responsabilidade pelo cuidado em saúde mental nos diversos dispositivos e equipamento de saúde da RAPS é reforçada pelas novas diretrizes na área de saúde mental, inclusive por recomendações da OMS, que convoca profissionais de áreas diversas, principalmente os atuantes na atenção primária, para atuar no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico (LANCETTI & AMARANTE, 2006).

A atenção primária à saúde, conceituada como o nível de um sistema de saúde que constitui a porta de entrada para todas as novas necessidades e problemas, com ênfase na pessoa e não na doença, fornecendo atenção a todas as situações de saúde (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2008), é reconhecida pelos gestores como o

nível de atenção prioritário no reconhecimento e manejo necessários dos casos de saúde mental infantil. A partir da atenção básica, outros níveis de atenção deveriam ser integrados a esse cuidado, na tentativa de compor uma rede de responsabilidade dos diversos atores envolvidos.

Mesmo com o reconhecimento de esforços em efetivação de estratégias descentralizadas, de responsabilização de todos os pontos da RAPS, com a compreensão sobre o aspecto generalista da atenção primária e de sua potencialidade em promover atenção às questões de saúde mental na infância, com reforço e retaguarda dos profissionais do Nasf, ficou evidenciada a dificuldade de alguns pontos e dispositivos da RAPS em assumir responsabilidade por esse tipo de demanda:

*Então, eu não trabalho com saúde mental. Não, não trabalho com saúde mental, eu trabalho com atendimento de urgência e emergência, que são as UPAS e o SAMU. A saúde mental eh, perpassa, tô falando das RAS né, perpassa no segmento da urgência e emergência, perpassa pelos atendimentos eventuais a pacientes nas UPAS e atendimentos pelo SAMU. Mas não tem uma visão de gestão, nem casuísticas de atendimento com relação ao atendimento dos pacientes psiquiatras infantis (SIC).*

*O NASF enquanto serviço, que ele deveria atender a infância e adolescência [...] a equipe de saúde da família também, todas elas devem tá atendendo ... então assim, a gente tem uma rede que deveria estar atendendo a infância e adolescência [...] (SIC).*

A compreensão da saúde mental como ação transversal que perpassa todos os níveis de atenção em saúde reforça a necessidade de compreensão dos dispositivos e equipamentos da RAPS e suas responsabilidades frente a essa população infantil. Da atenção básica à especializada, passando pelos serviços de urgência e emergência, os serviços, equipamentos e pontos de atenção da rede de saúde devem estar aptos a viabilizar o acolhimento e a prover o devido cuidado a esses sujeitos (BRASIL, 2014a).

A ESF, o Nasf, o Capsi e o Hospital Joana de Gusmão (HIJG), dispositivos e equipamentos existentes na rede de saúde de Florianópolis, foram citados como os principais responsáveis por ações de saúde mental infantil. Nestas considerações, o Capsi é mencionado como dispositivo central da rede de cuidado, revelando-se como

referência para os atores da rede em matriciamento e encaminhamento dos casos de saúde mental infantil.

*Nessa nossa política aqui do município, acho que o Capsi é o que tá com, ... é o que está mais visível, que é o que existe hoje, dentro do município [...] (SIC).*

*Sei que existe um CAPS infantil, que atende as demandas [...], que se dispõe a atender né, e sei que no Hospital Infantil tem uma parte que também atende as demandas destes pacientes e sei das dificuldades que eles né, nessa, nesse filão assim que é, que é uma área que é pouco discutida, pouco explorada e pouco difundida dentro do meu setor, por exemplo, que é das urgências e emergências. Por exemplo, manejo do paciente infantil, transferência do paciente infantil, o atendimento em crises do paciente infantil (SIC).*

*Os profissionais NASF seriam os articuladores; fariam esse encaminhamento entre esses dois pontos, atenção básica e CAPS, com uma facilidade de acesso (SIC).*

O Capsi constitui um serviço de atenção diária, de base territorial, destinado especificamente à população infanto-juvenil, para onde são encaminhadas demandas psicossociais diversas, relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, e também local de onde emanam respostas a essas demandas, além de outras ações e intervenções direcionadas a diferentes instâncias e dispositivos do território (BRASIL, 2005). Assegurado pela Portaria/GM nº 336 de 2002, conjuntamente com as outras modalidades, o Caps, vem sendo o modelo substituto do manicômio. Em Florianópolis, é reconhecido pelos gestores como serviço de referência para crianças cujo sofrimento mental se mostra intenso. O papel do Capsi, como dispositivo resultante do processo de Reforma Psiquiátrica, representa um complexo de concepções de atenção, de modos de intervenção, regido pela lógica do cuidado em liberdade, e reconhecido como ordenador da rede em seu território (BRASIL, 2005).

Apesar dos esforços em ações descentralizadas, evidenciados nas narrativas dos gestores, com entendimento sobre o lugar privilegiado ocupado pela atenção básica na construção de uma nova lógica de cuidado em saúde mental, o Capsi continua como o grande responsável

pelo cuidado em saúde mental infantil em Florianópolis, o que explica a lógica de encaminhamentos que permite inferir o risco da desresponsabilização:

*Como é uma área bem pantanosa, normalmente a gente pede suporte para quem entende da área, então a gente manda pro CAPS infantil, pro especialista, pro medico avaliar, esse é o caminho que a gente tem. Ou às vezes, dependendo do caso, sei lá, houve uma, o paciente psiquiátrico infantil ingeriu medicamentos, ah, vai pro infantil, lá tem procedimentos, então são essas coisas definidas, mas assim não é nada muito claro, muito tranquilo [...] (SIC).*

O Capsi é o dispositivo de referência para encaminhamentos de casos de saúde mental infantil severos, e persistentes, em diversos níveis de intensidade. Em Florianópolis, porém, pela dificuldade dos profissionais da rede no manejo das crianças em sofrimento mental, o Capsi acaba sendo o ponto de convergência e de referência para todo cuidado desta população. O encaminhamento a esse centro é percebido como uma forma de cuidado, mas pode revelar a desresponsabilização de outros atores.

O ato de cuidar em saúde não se restringe à técnica ou ao procedimento, mas engloba uma atitude de preocupação e de motivação que se expressa em ações. Envolve também a responsabilização pelo sujeito (FRANCOLLI & ZOBOLI, 2015). Em saúde mental infantil, especificamente, quando necessário o encaminhamento, é importante que ocorra na perspectiva da corresponsabilização, e na força de criação de uma rede ampliada de cuidado. Em Florianópolis, a desconexão da rede é evidente, quando, em pontos de atenção, como no caso da urgência e emergência, o tema da saúde mental ainda é tomado como algo externo à sua prática.

Outra questão importante relacionada ao tema da saúde mental infantil na política de saúde do município foi evidenciada na fala dos gestores sobre a ausência de documentos oficiais de referência para a efetivação do cuidado em saúde mental infantil no município:

*[...] existe, tem que atender, tem que olhar, tem que escutar, mas tem que construir, não tem nada, não há um documento, algo que diga que a gente precisa atender, que eles precisam atender, entendeu? (SIC).*

*[...] não tem indicadores, não tem um estudo. Nunca ninguém fez um levantamento pra ver o que eles [população infantil que necessita de cuidado em saúde mental] precisam [...] (SIC).*

O estabelecimento de políticas, programas e legislações em saúde mental está entre as dez recomendações da OMS (2001) constantes no *Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental, nova concepção, nova esperança* para ações significativas e sustentadas. O organismo orienta que esses documentos devem basear-se em conhecimentos atualizados e na consideração dos direitos humanos, sendo essencial que os governos ampliem as verbas para programas de saúde mental (OMS, 2001, p. VIII).

Pela inexistência de documentos oficiais no município que definam diretrizes que sirvam de referência aos profissionais, o cuidado se torna personalizado, ou seja, ele é efetivado conforme características das equipes e dos profissionais que a compõem, dando margem para a desassistência ou a desresponsabilização por este tipo de demanda:

*[...] a gente tem uma política pra poder atender a crianças e adolescentes, porque precisa né, a saúde precisa atender, só que tem na teoria né, porque a prática não é bem assim, [...]. Porque a gente vê que a equipe de saúde da família não consegue, algumas pontuais, alguns lugares a gente tem um atendimento, uma escuta ao sofrimento psíquico de crianças e adolescentes; em alguns lugares não há essa escuta; não há esse tempo; não há esse comprometimento (SIC).*

Destaque para o recorte de uma fala, já citada anteriormente, que reconhece a existência de barreiras burocráticas na rede que dificultam o cuidado neste tema infantil:

*[...] mesmo você declarando oficialmente a vocação generalista da atenção primária, você ainda assim tem recusa desse atendimento; você tem barreiras burocráticas que se põem ao atendimento de populações específicas, especificamente, nesse caso aqui, é uma cassetada de profissionais que diz que não atende criança [...] (SIC).*

Revela-se uma lacuna entre o princípio do SUS, que se refere à integralidade do cuidado, e a prática dos profissionais de saúde.

Compreendendo a integralidade como eixo prioritário de uma política que faz da saúde uma questão de cidadania, sua efetivação se mostra prejudicada pelas limitações que os profissionais vivenciam. No caso específico, é questão de saúde mental infantil, que, em suas demandas, muitas vezes parece não encontrar acolhimento na atenção básica, nem ao menos resolubilidade.

Quando aborda os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde, Mattos (2006) remete à necessidade de os serviços de saúde se organizarem para uma apreensão ampliada das necessidades da população a que atendem, rompendo com mera estruturação de seu trabalho a partir das doenças. Captar as necessidades é estar disponível para a co-construção de estratégias de intervenção, ir além das respostas definidas a priori.

Neste contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua dos processos de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (MATTOS, 2006, p. 61).

A integralidade implica o rompimento das barreiras burocráticas e organizacionais, que impedem o olhar ampliado para as demandas apresentadas. Implica a apropriação dos profissionais do caráter generalista da atenção primária e na abertura das equipes para o acolhimento de todos os tipos de demandas, sejam elas relacionadas à população adulta ou infantil e, a partir destas, à construção de estratégias que possibilitem um cuidado integralizado. Trata-se, essencialmente, da necessidade de pensar os aspectos de promoção e prevenção à saúde, consoante com o modo psicossocial de cuidado:

*Se você me perguntar se isso acontece na prática, eu vou te ser bem realista e dizer não, a gente tem muita dificuldade com os profissionais, tanto da ESF quanto de NASF, é [...] se apoderem dessa clientela, por falta de preparação, por falta de qualificação, alguns por falta de entendimento, de achar que aquilo não deveria ser deles, então a gente ainda tem uma lógica de encaminhamento*

*pro CAPS infantil e aí obviamente o CAPS infantil sem o suporte da rede básica nunca vai dar conta, a gente acaba tendo um CAPS com uma demanda reprimida muito grande (SIC).*

Na compreensão dos gestores participantes desta pesquisa, na RAPS de Florianópolis perpetuam-se nichos de desresponsabilização, pela oposição de barreiras ao atendimento da população infantil sob alegações diversas, como falta de capacitação, desconhecimento do assunto, entre outras que serão apresentadas na categoria que trata dos obstáculos na efetivação do cuidado intersetorial em saúde mental infantil:

*A formação também é dificultador né, porque tem gente, tem psiquiatra, que fala pra mim que não atende, não atende, não atende. Só adolescente; então com criança ele não se compromete, não quer discutir ou discute, mas tipo, 'ah, eu não sei fazer isso, eu não tenho uma formação específica' (SIC).*

*[...] o paciente psiquiátrico a gente tem uma dificuldade de, de, de manejo, porque a gente desconhece o assunto tecnicamente entendeu, a gente, eu digo, quem recebe na minha área, os médicos, a gente sabe o seguinte, que de repente tem que fazer um haldol e uma droga lá, um fernergan, um diazepínico, sedar o cara e se livrar do cara o mais rápido possível, e que as vezes não é essa conduta que deve ser feita (SIC).*

Emerge, deste discurso específico, a questão da dificuldade que algumas equipes de saúde do município têm em promover diálogos ao enfrentar o tema da saúde mental. Não obstante os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica, com a qual práticas de segregação foram gradativamente sendo substituídas por outros recursos que permitem ao sujeito em sofrimento mental a inclusão social (AMARANTE, 1995), estas narrativas demonstram que a imagem do louco ainda permanece imbuída, no imaginário social, da representação estigmatizada do mal que deve ser contido. À loucura ainda é conferido um lugar social discriminado e um olhar intervencionista calcado no controle dos sintomas (OLIVEIRA, 2012).

Outro aspecto presente no discurso dos gestores remete a uma dificuldade em desfocar o tema da saúde mental das questões do adulto, ficando a criança e o adolescente à margem deste olhar. As políticas de



saúde mental em nosso país conferem destaque às questões do cuidado despendido ao adulto, obliterando que tais sujeitos tiveram suas histórias de vida marcadas por vivências de infância que os afetaram em sua singularidade. A infância, neste sentido, ainda se mostra esquecida. Enquanto se enfatiza o cuidado dos adultos em sofrimento mental, as demandas da infância crescem, e as próprias crianças crescem e se tornam adultos em sofrimento mental, necessitando de maiores cuidados, de mais esforços e investimentos no cuidado de sua saúde mental.

*Vou acabar fazendo uma mea culpa também. Eu sempre me envolvi mais com as questões de adulto, por ser né[...], vamos dizer assim (silêncio) o que é que eu vou te dizer? Elas são mais volumosas e infelizmente elas aparecem mais né, e aí eu acabei me debruçando sobre isso, do que nas questões da infância e adolescência (SIC).*

*A saúde mental eh, perpassa, tô falando das RAS né, perpassa no segmento da urgência e emergência, perpassa pelos atendimentos eventuais a pacientes nas UPAS e atendimentos pelo SAMU, mas não tem uma visão de gestão, nem casuísticas de atendimento com relação ao atendimento dos pacientes psiquiatras infantis (SIC).*

Neste sentido, foi perceptível a facilidade com que as narrativas dos gestores migravam para exemplos sobre como a rede de saúde de Florianópolis atua e se organiza com as demandas de adultos. Revelou-se também a inexistência de estudos direcionados ao tema da saúde mental infantil no município:

*[...] isso é pra adulto tá! Não se estudou, não se estudou infantil especificamente [...] SIC.*

*[...] a gente não fez estatísticas específicas em cima de saúde mental infantil (SIC).*

Capta-se a persistência da dificuldade em pensar a infância como prioridade nos temas e estudos sobre saúde mental, o que reflete um cenário de desassistência e descuido com a população infanto-juvenil, reflexo, aliás, de todo um contexto histórico, que não se restringe ao sistema de saúde operacionalizado na cidade de Florianópolis (BRASIL, 2005; COUTO, 2004; COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008;

KIELING e BELFER; 2012; SINIBALDI, 2012; TEIXEIRA, COUTO & DELGADO, 2015).

A especificidade da infância é deixada de lado na construção de políticas públicas de saúde mental no município. As ações destinadas a crianças são explicadas pelos gestores como extensão das políticas pensadas para a população adulta. O sofrimento psíquico do sujeito na infância possui características específicas; o modo psicossocial utilizado para pensar o cuidado do adulto não se mostra suficiente no caso da criança. Este modo de atenção, que sobrepõe o cuidado do adulto à realidade da infância, expõe o risco da iatrogenia, pois, em vez de saúde, pode reforçar a continuidade do sofrimento.

Outro aspecto desvelado pelas narrativas dos gestores relaciona-se com a atual crise política e econômica que afetou diretamente os serviços públicos, devido ao retrocesso de incentivo financeiro destinado aos cuidados de saúde da população e à precarização das condições de trabalho de seus profissionais. Reduziram-se as equipes com a estagnação na contratação de profissionais, que só decresceram ao longo dos últimos anos. Cortes atingiram outras áreas, como a do investimento em capacitações e formações continuadas, bem como na implementação de estratégias e dispositivos de saúde.

*A gente tá vivendo um momento, um período bem ruim pro serviço público em geral no Brasil inteiro né. Então isso acaba comprometendo muito a nossa capacidade de dar repostas né, de atender, de orientar e tal (SIC).*

*Hoje a gente tem uma falta de recurso absurda e, segundo o que estavam me contando aqui, pra nova gestão não se tem muita perspectiva de que isso vai mudar. A gente vai continuar, acho que a assistência também sofreu muito isso ao longo desse ano, cortes e tal que acabam prejudicando o comprometimento do trabalho (SIC).*

*Por mais que a gente consiga desenhar um sistema que consiga contemplar, eh, magicamente as necessidades generalistas da população enquanto coletivo, as necessidades específicas dos indivíduos, eh, com um recurso altamente escasso eh nós somos ..., agora eu não sei, seguramente entre as 10, 15 maiores PIB do mundo e nós gastamos em saúde per capita 1/5 da Grã-Bretanha! Eh são recursos escassos... e a responsabilidade declarada do SUS é: tu vai fazer*

*tudo! Eu vou ofertar tudo pra todos, então mesmo que eu consiga achar essa formula mágica na atenção ambulatorial, é o que a gente tá tentando, a gente tá tentando olhar e dizer: com os recursos que temos, como nós podemos oferecer esse cuidado que se apresente de maneira generalista pro coletivo e que resolva de maneira específica pro indivíduo? (SIC).*

Este discurso traduz a dificuldade em operacionalizar os princípios da universalidade e integralidade do SUS, principalmente no tange à assistência aos usuários do sistema por meio de ações diversificadas de promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990), com a atual escassez de investimentos dos governos em saúde pública. Infere-se que o cuidado em saúde mental na perspectiva intersetorial esteja prejudicado também pelos diversos fatores resultantes desta falta de investimento:

*Eu entendo elas, porque eu vejo que são mulheres que estão há muito tempo aqui na rede, que viram essa história mudar em Florianópolis. Então, essa desconstrução [...] dilacerou o pessoal que estava antes, que não conseguiu se refazer, sabe. A mudança assim de desmonte mesmo né, dos Caps perderem investimento, dos Caps não terem sido apoiados mais, sabe? Então a gente teve tempos áureos de Caps aqui em Florianópolis e tempos de degradação (SIC).*

Estas macromudanças no âmbito político, econômico e social do País repercutem no processo de trabalho e na qualidade dos serviços ofertados pelos profissionais inseridos nestes espaços institucionais. O retrocesso em investimento no campo de saúde mental provoca nos trabalhadores um sentimento de desmotivação e descrença quanto à potencialidade dos dispositivos.

Por esta contextualização sobre o lugar ocupado pela saúde mental no município de Florianópolis, que objetivou explorar questões mais generalistas do tema, segundo a compreensão dos gestores envolvidos na RAPS, procedeu-se à exploração das três categorias de estudo, e correspondentes subcategorias, que tratam especificamente da questão da intersetorialidade no cuidado em saúde mental infantil.

## 6.2 ESTRATÉGIAS DE CUIDADO INTERSETORIAL EM SAÚDE MENTAL INFANTIL

Como categoria central do trabalho, o reconhecimento das estratégias intersetoriais no cuidado em saúde mental infantil, segundo os gestores participantes da pesquisa, configurou-se pela dificuldade em descrever a concretude de estratégias na rede de atenção psicossocial de Florianópolis. A expressão dos gestores remete a um processo de construção, ainda incipiente, que pode ser considerado um caminho que os diversos atores, corresponsáveis pelo cuidado a essa população infantil, precisam percorrer com intenção de aplicar as diretrizes recomendadas pela atual política nacional de saúde mental infantil.

Eles reconhecem a importância da diretriz da intersetorialidade em tal cuidado, identificando como imprescindível este processo construído por meio de diálogo e ações co-construídas com os outros setores sociais.

*Do ponto de vista que só a saúde não vai conseguir dar conta dessa atenção, ela tem que ser integral, integralizada, a gente teria que ter um diálogo melhor, mais contínuo com todos esses outros setores né, no sentido de estreitar as ações mesmo, com o mesmo objetivo (SIC).*

A compreensão da complexidade do cuidado em saúde mental infantil reflete os princípios da Reforma Psiquiátrica, segundo os quais o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos diversos campos sociais envolvidos neste cuidado, principalmente educação, cultura, habitação, assistência social, esporte e lazer, bem como a articulação de parcerias com organizações não governamentais (ONGs), Ministério Público e a universidade é primordial para a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção de cidadania (BRASIL/MS/SUS, 2002).

A construção de uma política intersetorial, de interface ativa com outros setores governamentais, é reconhecida como a possibilidade de compartilhar responsabilidades e saberes em questões que não são exclusivas do campo da saúde, como é o caso da infância, dado que a ela são legalmente garantidos, além do direito à saúde, os direitos à educação, ao lazer, ao convívio familiar e comunitário. As construções intersetoriais possibilitam ampliar a abrangência da abordagem e da resolutividade das intervenções, buscando outras alternativas de cuidado

que extrapolam o âmbito da saúde (LAURIDENSEN-RIBEIRO & TANAKA, 2016).

O reconhecimento da importância da intersectorialidade como princípio fundamental no segmento da saúde mental de crianças foi observado nas narrativas dos gestores, assim como as angústias por força das dificuldades encontradas no percurso destas construções, que exigem mais do que o reconhecimento de sua importância.

Destarte, foram selecionadas as narrativas que remetem à necessidade de construções intersectoriais e, a partir delas, à organização de temas relevantes que guiaram e expressam as reflexões dos sujeitos da pesquisa.

### **6.2.1 Construindo estratégias intersectoriais a partir demanda**

A pesquisa indicou a dificuldade encontrada pelos gestores em listar estratégias intersectoriais de cuidado que se concretizem na rede, tendo a narrativa um carácter explicativo sobre seu funcionamento relativamente à saúde e sobre a proposta de descentralização das ações, com ênfase no potencial da atenção básica de buscar alternativas para os casos em que o sofrimento mental se mostra emergente:

*[...] a gente não fez estatísticas específicas em cima de saúde mental infantil, mas [...] a aposta nesses últimos cinco anos foi a de exposição. Expor as equipes aos casos que estão acontecendo, entendendo que essa exposição teria algumas consequências né, então exporia as pessoas que precisam de cuidado, ao sistema, no caso, as crianças que precisam de cuidado, ao sistema [...] e obrigaria a equipe a construir soluções com o sistema pra esses casos [...] a maneira que, que a equipe se, entre aspas, por que não acho que é uma situação maldosa da equipe, mas a maneira com que a equipe se protege da demanda, é criando barreira burocrática, uma vez que o caso ultrapassa a barreira burocrática a equipe se obriga a construir soluções, se obriga a buscar o matriciamento, se obriga a buscar atuação interinstitucional ou o que o valha. Tanto isso é verdade, que no caso de saúde mental geral, por exemplo, mas eu tenho uma séria desconfiança de que na infantil também, as nossas equipes que*

*mais conseguem atuar interinstitucionalmente, atuar com outros serviços, atuar em matriciamento, são as equipes que tem maior pressão de demanda, que teoricamente, você iria imaginar: tão mais sobrecarregadas, e do contrário (SIC).*

As práticas de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica convergem para um cuidado singularizado, realizado preferencialmente nos locais de convívio do sujeito (OMS, 2001; AMARANTE, 2007). A atenção básica, por seu caráter territorializado, de proximidade com a comunidade e destacando sua característica de serviço porta-aberta, é constantemente convocada a atuar nas questões de saúde mental.

Conforme narrativa, a proposta da gestão foi expor as equipes aos casos de saúde mental existentes na rede e confiar em seu potencial para construir as estratégias que melhor atendam à situação. Evidenciou-se que o movimento destas construções é determinado pela demanda de cada caso, por meio do estudo do caso específico por parte dos profissionais da saúde e pela constatação da inexistência de ações contínuas, planejadas, que permitam uma recorrência ao diálogo intersetorial:

*As estratégias de cuidado são realizadas a partir da demanda que vem, não são feitas antes, não são planejadas; eu acho que isso a gente precisa mudar (SIC).*

Pode-se pensar que a construção de estratégias a partir das demandas que se apresentam, ou seja, dos casos que se mostram cotidianamente aos profissionais de saúde, reconhece a preocupação com o cuidado individualizado, que confirme a criança como sujeito dotado de singularidade, que ocupa lugar ímpar no mundo. Esta preocupação é condizente com o primeiro princípio assegurado na política nacional de saúde mental infantil, que considera a criança um sujeito que necessita ser cuidado de maneira singular, opondo-se ao cuidado exercido de forma homogênea, massiva e indiferenciada (BRASIL, 2005).

Avaliadas por essa ótica, as construções intersetoriais assim constituídas apresentariam o potencial do agir articulado, fomentando nos outros setores sociais a necessidade de diálogo e de elaborações conjuntas que extrapolem o âmbito da saúde, implicando também a importância da compreensão da noção de território como o lugar psicossocial do sujeito.

Os documentos que compõem a política de saúde mental infantil no Brasil reforçam a noção de que o trabalho dos serviços a isso destinados devem incluir, no âmbito das ações de uma clínica do território, as intervenções junto a todos os equipamentos deste território, sejam eles de natureza clínica ou não, que estejam envolvidos na vida do sujeito que se pretende cuidar (BRASIL, 2005).

Apresenta-se, porém, o viés da dificuldade encontrada pelos profissionais e gestores, de organizar ações planejadas no território, que possam convocar os profissionais dos diversos setores sociais a partilhar suas práticas e, assim, fortalecer a noção de corresponsabilidade pelo cuidado em saúde mental infantil.

As contribuições de Mario Testa (1995), relacionadas ao campo do planejamento estratégico em saúde, reforçam a questão dos problemas de saúde enquanto problemas sociais que necessitam ser pensados a partir do contexto social. Testa afirma não ser possível modificar o social a partir de propostas setoriais; estas podem apenas criar condições para tal mudança (TESTA, 1995). O autor oferece base para a compreensão da ineficácia de estratégias fragmentadas, setorializadas.

Segundo o autor, o poder é a categoria central na análise da dinâmica social, sendo necessário conhecê-lo em suas determinações, relações e recursos e encontrar formas para analisá-lo na distribuição setorial. Significa pensar em como a forma de implementar uma ação de saúde – estratégia – leva a alcançar um certo deslocamento de poder – uma política – favorável à resolução problema (GIOVANELLA, 1990).

Por este ângulo, Testa contribui para o pensamento de que é impossível falar seriamente de saúde sem referir-se ao poder e à política (p. 31) e reafirma a necessidade da construção de um planejamento estratégico das ações de saúde, de forma a conquistar estratégias programáticas que possibilitem a implementação de uma política – proposta de distribuição de poder (TESTA, 1995).

As dificuldades relacionadas à realização de um planejamento que contemple estratégias intersetoriais que visem a ações condizentes com realidades complexas, expressas através de situações de saúde mental infantil, aparecem na narrativa dos gestores.

*A gente não consegue sentar e pensar. Quando eu assumi a gerência há dois anos atrás, e todo mundo que assume eu acho que tem a tendência né, ah vamos trabalhar com planejamento, o que a gente pode propor, o que a gente vai tentar construir e aí a gente é completamente atropelado*

*pela demanda, e acaba né, apagando incêndio (SIC).*

O planejamento pode ser considerado um instrumento utilizado pela gestão como alternativa à improvisação. É o compromisso com a ação que possibilita aos sujeitos, sejam eles individuais ou coletivos, o uso de sua liberdade para a criação de estratégias que visem à fuga ao acaso, para não se tornarem presa fácil dos fatos (PAIM, 2006). Assim compreendida, a ausência de planejamento de ações intersetoriais em saúde mental infantil compromete sua efetivação, ficando a rede desamarrada deste compromisso. A intersectorialidade neste cuidado ocorrerá conforme as possibilidades de atuação, ou das necessidades, ou, ainda, do desejo dos atores da rede, individuais ou coletivos.

Pela narrativa dos gestores, observou-se, pelo menos naquele momento, não haver qualquer planejamento de ações intersetoriais em nível de gestão. Um resgate, porém, das ações intersetoriais realizadas em momentos passados, como reuniões programadas com as equipes das casas de acolhimento infantil, das escolas e dos profissionais da atenção básica, foram exemplos citados pelos gestores como referência de possibilidades de ações intersetoriais, que foram perdendo força ao longo do tempo, sendo transformadas em ações conduzidas apenas pelas demandas:

*Geralmente pela demanda, a gente não consegue fazer uma ação mais contínua assim [sobre as estratégias de cuidado intersetoriais]. A gente já fez algumas já, por exemplo [...] com os abrigos. Uma época a gente fez discussões permanentes [...]. Hoje fica de cada caso, a gente já fez uma estratégia de chamar os cuidadores, conversar com eles, tentar uma sistemática. Fizemos já na atenção básica, com os psicólogos da atenção básica, para ajudá-los a fazer grupo de infância, a gente também já conseguiu fazer (SIC). [...] em relação à discussão, articulação de rede [...], a minha equipe, todo mundo faz. Ninguém trabalha aqui eh, somente aqui dentro do Capsi, eu digo assim, o cuidado passa por as outras instituições, intersetorial. O Capsi, eu acredito, eu vejo ele intersetorial. São estratégias de cuidado intersetoriais, a gente faz isso, só que [...] não há um planejamento a priori. É a demanda que se apresenta e a gente faz, é isso. O que eu acho de que se a gente fizesse o contrário seria mais*



*potente, talvez duraria mais, teria mais frutos, entende (SIC).*

Saliente-se a ênfase dada ao olhar intersetorial na construção de estratégias de cuidado em saúde mental infantil pelos profissionais do Capsi, reconhecendo que, no momento histórico-temporal da coleta de dados, estas ações não seguiam um planejamento prévio. Os gestores, porém, reconhecem, para além do serviço, a potencialidade investida no planejamento de ações contínuas, na atuação com outros dispositivos – sejam do setor saúde ou de outros setores - e a necessidade de mudar esta realidade no contexto dos serviços.

Evidencia-se que as muitas dificuldades em planejar estratégias intersetoriais, ou seja, em impor direção à ação futura de maneira a integrar os diversos setores nas ações de cuidado, são percebidas pelos gestores como uma dificuldade não específica da saúde mental, mas presente nas ações de saúde em geral do município, conforme os relatos:

*O que eu vejo é que as equipes, e quando eu falo as equipes, eu incluo distrito, eu incluo gestão, eu incluo tudo. O sistema de saúde em geral tem uma dificuldade muito grande de parar, olhar [...] buscar os seus colegas intersetoriais e propor soluções. Ainda é, absolutamente, incipiente, ainda depende de incentivos eh, ministeriais, às vezes bobos, tipo, ainda o saúde na escola [PSE] é enxergado pelas equipes como uma maneira de levar o dentista lá pra fazer escovação dental supervisionada. Ainda é incipiente, vamos dizer, o seguinte: você tem histórias isoladas de sucesso, mas em ações isoladas, isolado no sistema, geograficamente e no tempo (SIC).*

*Eu acho que a gente tem a dificuldade em Florianópolis, realmente, de ter ações planejadas, contínuas, de articulação intersetorial, pra cuidado compartilhado (SIC).*

Avalia-se que esta dificuldade em estabelecer construções intersetoriais se deva a uma complexidade de fatores, sendo evidente a dificuldade em romper com um modelo de atenção centrado na especialidade e no aspecto médico-curativo:

*Eu sei que a saúde mental tem pelo menos um trânsito interinstitucional mais forte do que a atenção primária. A atenção primária ainda atua de uma maneira ensimesmada, ainda atua*

*olhando pro seu umbigo [...]. O pessoal ainda tá se organizando internamente e tem uma dificuldade muito grande de olhar pra fora, e a prova disso é que [...] ontem a gente tava discutindo um redesenho do sistema de oferta de saúde mental do município, enfim [...] a gente tem olhado muito pro agora, tem dificuldade de olhar pra frente e de olhar pros lados, quem tá comigo, tem sido bem complicado (SIC).*

Esta narrativa expõe a realidade sobre a organização dos serviços municipais de saúde referentes à atenção básica. Pode-se refletir que o diálogo intersetorial pressupõe uma clareza na definição de atribuições dos serviços e de uma etapa de organização e estruturação destas responsabilidades, o que parece ainda incipiente no momento atual. A dificuldade da atenção básica do município em promover diálogos interssetoriais perpassa esse momento de estruturação interna dos serviços de saúde.

## **6.2.2 Ações interssetoriais**

Malgrado a dificuldade em delimitar ações interssetoriais no cuidado em saúde mental infantil, os gestores pontuam algumas práticas existentes na rede que fomentam a construção de estratégias neste campo.

No âmbito da atenção básica, o Programa Saúde na Escola (PSE) é citado pelos gestores como uma ação interssetorial instituída no município de Florianópolis que contribui para o diálogo entre os setores e para a atenção aos casos de sofrimento psíquico em crianças e adolescentes. Como um processo de trabalho interssetorial entre atores da Saúde e da Educação, o PSE é considerado uma estratégia de integração, de convergência entre esses setores para o desenvolvimento de cidadania.

O PSE foi instituído em 2007, pelo Decreto nº 6.286, com o objetivo de colaborar para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Dentre os objetivos do PSE, encontra-se o de articular as ações do SUS com as ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto das ações de ambos os setores em favor dos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização de espaços, equipamentos e recursos disponíveis (BRASIL, 2007):

*Acho que um ponto bem legal deles é a questão do PSE [...] tem os grupos de escuta que vêm profissionais da educação e profissionais de saúde, por território, por escola né. Que vão discutir questões de saúde da população usuária daquele território; acho que isso facilita bastante (SIC).*

O PSE é considerado uma estratégia de incentivo federal que institui um espaço formal de troca entre os setores, no qual o compartilhar vai além do território, abrangendo as responsabilidades sobre o cuidado, conformando redes de corresponsabilidade. Constitui um *locus* acessível a práticas preventivas e de promoção de saúde. Nas reuniões do PSE, é comum também emergirem situações de crianças que apresentam sintomas de sofrimento mental, bem como a discussão de estratégias de cuidado.

Outra estratégia, apontada pelos gestores, que fomenta a discussão intersetorial, refere-se às reuniões de saúde mental que ocorrem mensalmente em cada distrito de saúde. Dessas reuniões participam profissionais da saúde responsáveis pelo território em questão, além da presença de profissionais Nasf e Caps. Estas reuniões, apesar de serem compostas apenas por profissionais do setor, são consideradas pelos gestores como ações potentes, capazes de impulsionar outras ações de cunho intersetorial, funcionando como um fomento:

*Acho que as estratégias são as reuniões distritais, as reuniões por telefone de caso a caso, e presenciais né, as reuniões com outros setores, eu digo assistência, educação e justiça, esporte depende do que, a partir da demanda [...], não é sistematizado hoje (SIC).*

*A gente tem feito muito no CAPS adulto né, reuniões intersetoriais, então para o atendimento, pra gente pensar junto o PTS de um usuário, chama todos os outros setores que estão envolvidos também (SIC).*

A referência ao manejo das questões de saúde mental nos Caps destinados à população adulta demonstra novamente a dificuldade dos gestores em pensar o cuidado em saúde mental infantil como ação recorrente na rede de saúde do município.

No transcorrer das entrevistas, a mobilização dos gestores com relação ao tema possibilitou *insights* quanto à necessidade de criar

espaços de discussão que incluam os outros setores, ampliando o olhar para além do setor saúde. A possibilidade de interdisciplinar as reuniões mensais de saúde mental, ou então de criar outras estratégias, outros modelos de reunião, que ocorressem com frequência regular, convidando os atores de outros setores para pensar a aplicação de estratégias ampliadas de cuidado foram respostas que emergiram no processo de diálogo com a pesquisadora.

*Acho que essa seria uma estratégia fundamental a ser traçada [...], ter espaços formais de reuniões intersetoriais. Não deixar só no apagar incêndio, na demanda, na demanda né... no problema, na demanda judicial que chegou, no e-mail do PSE reclamando de alguma coisa entendeu? Articular uma coisa mais formal (SIC).*

O Capsi é mencionado pelos gestores como um componente da RAPS essencialmente intersetorial. Considerando a vulnerabilidade do público alvo do Capsi, pela situação de dependência que crianças e adolescentes vivenciam neste período da vida em relação ao meio e aos seus cuidadores, as estratégias traçadas pelo Capsi abrangem o olhar sobre as interfaces com os outros serviços e dispositivos da rede de proteção social:

*O Capsi faz muito essa articulação, até por conta disso, não querendo justificar, já justificando, o Capsi acaba tendo uma demanda reprimida maior do que a gente gostaria que ele tivesse, porque cada família que chega lá, implica uma série de ações que não é só o atendimento daquela criança, daquela família. Vai precisar fazer o contato com a escola, muitas vezes com o conselho tutelar, muitos casos que chegam lá já estão judicializados; então tem o contato também com a Vara da Infância e Adolescência. Então, assim, o profissional do Capsi, a equipe do Capsi, quando ela se apodera de um caso, ela se apodera de toda essa rede também né (SIC).*

*A gente tá o tempo todo conversando com os outros setores. Então, assim, cada criança que entra aqui ela passa a ter PTS; então a gente vai, por exemplo, conversar com a educação, com a escola; a gente vai conversar com a Justiça, com Conselho Tutelar, com os programas da*

*assistência social [...] cada caso aqui a gente tem uma demanda diferente né (SIC).*

A forma como essa ação intersetorial se constitui, porém, como explicitado anteriormente, é propulsionada pela demanda e operacionalizada via instrumentos como contatos telefônicos ou troca de *e-mails* pontuais, sem relevância sobre a construção de uma estratégia previamente planejada, que possa propiciar espaços de encontro, de troca com toda a riqueza que só o contato pessoal pode possibilitar.

*[...] estratégia de cuidado é articulação via telefone, via e-mail, via discussão nestas reuniões de distrito, mas ainda muito pobres porque acho que carece de uma formação, de uma educação permanente nessa área (SIC).*

*A gente tem agora uma portaria do final do ano, agora do segundo semestre do ano, que institucionaliza o e-mail como uma ferramenta oficial de comunicação, inclusive para matriciamento e discussão de caso clínico (SIC).*

Com o objetivo de resolver a problemática da dificuldade dos encontros entre profissionais para discussão e matriciamento de casos, o mecanismo encontrado pelo legislador municipal foi a criação de uma portaria que dispõe sobre o uso do endereço eletrônico institucional, na tentativa de facilitar a comunicação interna.

O avanço na oficialização do *e-mail* como instrumento de comunicação remete ao caminho da instantaneidade, característica da sociedade atual, que objetiva a resolução de problemas no curto prazo de tempo e no distanciamento físico das pessoas. Se esse mecanismo facilitará o processo de troca entre os profissionais de saúde e de outros setores, incentivando estratégias de matriciamento e estudos de caso, ainda não é possível avaliar. Não obstante a preocupação sobre como essa ferramenta será utilizada pelos profissionais da rede, há de se reconhecer o esforço empreendido na tentativa de buscar alternativas de fazer frente às ações preconizadas na política e à realidade do processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Os gestores pontuaram também ações intersetoriais relacionadas à sua própria função gestora. Falaram em estratégias construídas inicialmente pela demanda, mas que se tornaram modelo de ação, caso das demandas judiciais:

*A gente passou a considerar, esse ano, as demandas judiciais como eventos sentinela; então o que aconteceu com esse usuário, que pertence à unidade de saúde tal, e se enquadra como usuário do CAPS tal. Aconteceu que ele não conseguiu o atendimento que ele desejava. Mas ele necessitava? Ele não necessitava? Então, vamos articular a rede, não só da saúde, mas intersetorial pra tentar entender o que que aconteceu no caso desse cidadão né, e aí a gente chama, né, se é uma criança a gente vai tentar entender qual foi a atuação do Conselho Tutelar, da Secretaria de Educação, do PSE, se teve, como é que ele está na escola e tal. Já ver com a assistência se teve algum cuidado daquele caso também. Então, a gente transformou as demandas judiciais em eventos sentinelas e aí a gente se debruça sobre eles procurando compreender as lacunas da rede e aí, propor soluções, sempre em rede e para além da rede RAPS (SIC).*

A referência às demandas judiciais como *eventos sentinelas* sugere a análise sobre a adequação dos serviços em responder efetivamente às demandas dos usuários; por isso são consideradas ideais para serem usadas pelos gestores em prol de melhorias na qualidade dos serviços. Na narrativa apresentada, os eventos sentinelas demonstram ser analisados pela gestão como casos individualizados, que necessitam de intervenções intersetoriais que garantam a efetivação dos direitos do usuário em questão.

Compreende-se que esse tipo de demanda envolve a ação por meio de reuniões intersetoriais, partindo do setor saúde, como setor convocado judicialmente a se responsabilizar pelo problema. O mandato judicial dispara a necessidade dos gestores de se responsabilizarem por tal demanda e instigam a convocação dos outros setores para diálogos intersetoriais capazes de construir alternativas de acordo com a complexidade da demanda. Dispara também o processo de avaliação das políticas públicas existentes, conformando adequações possíveis.

### **6.2.3 Fórum de Saúde Mental Infantil**

O Fórum Nacional de Saúde Mental Infantil foi incluído nesta categoria de estudo por seu reconhecimento como ação política e

intersetorial potente, na medida em que promove o debate coletivo sobre o tema da saúde infantil.

O fórum constitui espaço importante de encontro, com potencial capaz de fazer convergir os olhares de diversos componentes da sociedade para esta parcela da população, que, apesar de constitucionalmente reconhecida como prioridade, ainda carece de cuidados específicos na área da saúde mental.

Os questionamentos sobre conhecimento e participação dos gestores em fóruns dessa natureza, bem como a investigação sobre a realização de algum fórum semelhante no município, revelaram-se como termômetro para detectar o tipo de investimento que esta gestão, ou as gestões passadas, empenharam no campo de saúde mental infantil.

Apenas um gestor entrevistado admitiu desconhecer esse tipo de fórum. Também apenas um gestor mencionou a participação num deles, de instância nacional, no ano de 2008. Os outros gestores relataram nunca terem participado de qualquer fórum de saúde mental infantil, em qualquer das instâncias realizadas, fossem municipais, estaduais ou nacionais.

*Eu cheguei a participar de um em Brasília, logo que eu entrei na equipe de gerência de CAPS, mas eu ainda não era gerente (SIC).*

Sobre o histórico de realização de algum fórum de saúde mental infantil no município de Florianópolis, todos os gestores revelaram desconhecimento sobre a ocorrência de evento dessa natureza no município.

*A gente tem uma dificuldade, a gente não tem nada, nenhuma discussão permanente dos setores. Que deveria ter, por exemplo, tem estados e municípios que tem fóruns, a gente não consegue construir fóruns aqui, da infância, que seja, realmente visível, sabe? Não tem. A gente tentou aqui fazer o dia da luta, chamou várias entidades pra tentar formar o fórum, mas não anda, tem que ter alguém pra pegar né, e eu nunca peguei não, nunca me senti potente para fazer isso entendeu. Então eu também fiquei aqui dentro né (SIC).*

Dois deles mencionaram a participação no Fórum Catarinense de Saúde Mental, referindo-se apenas à participação e ao conhecimento do histórico de fóruns mais abrangentes nos quais se tenha tratado de questões gerais da saúde mental, sem o foco na infância e juventude.

A III Conferência de Saúde, em 1983, já indicava, em seu relatório final, em recomendações como as de nº 159 e nº 176, a criação de fóruns municipais inter-institucionais com o objetivo de discutir, criar, avaliar e ampliar as políticas públicas de saúde voltadas à população infantil (BRASIL/MS/SUS, 2002), empreitada que, ainda em 2017, o município de Florianópolis não conseguiu concretizar. Percebe-se que esse tipo de fórum, como estratégia para a construção de políticas, diretrizes e ações planejadas em saúde mental infantil, nunca foi utilizado pelas gestões do município.

### 6.3 OBSTÁCULOS À EFETIVAÇÃO DO CUIDADO INTERSETORIAL EM SAÚDE MENTAL INFANTIL

Esta categoria de estudo foi considerada pela pesquisadora como a mais expressiva, tanto pela força quanto pela constância com que emergiu na narrativa dos gestores, perpassando todos os outros aspectos abordados na entrevista. Faz-se necessário destacar esta consideração como reveladora, pelo número de obstáculos que os gestores conseguiram pontuar, inferindo, assim, que o município de Florianópolis enfrenta muitas dificuldades em promover um cuidado nessa área com referência ao princípio da integralidade, eixo central da política do SUS.

A promoção da integralidade do cuidado possui como estratégia privilegiada a efetivação da intersetorialidade, que permite o enfrentamento de problemas complexos, perante os quais estratégias tradicionais setorializadas ou fortemente especializadas não se mostram eficientes (COUTO & DELGADO, 2016). Os obstáculos aqui apresentados refletem as dificuldades narradas pelos gestores, como elementos significativos que impedem a construção de um cuidado na perspectiva da corresponsabilização entre setores sociais distintos.

#### 6.3.1 Condições de trabalho

A narrativa dos gestores dá ênfase à desconexão da rede, situação que, segundo eles, é reforçada pela escassez de profissionais nos serviços e de equipamentos de saúde, com conseqüente sobrecarga sobre todos.

Nesta pesquisa, por condições de trabalho entende-se um conjunto de elementos que compõem a realidade do trabalhador e que afetam diretamente a forma como este se comporta e como desempenha sua função. Neste sentido, a fala dos gestores sugere alguns fatores



relacionados à condição de trabalho das equipes de saúde nos diversos níveis da rede, que dificultam a efetivação de um cuidado intersetorial.

Inicia-se pela composição da rede. A rede de saúde do município de Florianópolis pode ser considerada ampla quando se avalia o número de dispositivos ofertados na atenção básica. Configurada atualmente em quatro distritos sanitários, compondo 49 unidades de saúde, a rede cumpre seu papel de territorialização no cuidado à saúde. Quando se analisa, porém, a estrutura da rede de atenção psicossocial (RAPS), percebe-se a carência de alguns dispositivos centrais para a efetivação de um cuidado que garanta as estratégias de desinstitucionalização defendidas pela Reforma Psiquiátrica, como, por exemplo, a ausência de Caps III, de residências terapêuticas e de unidades de acolhimento, tanto na modalidade adulto, quanto na infantil:

*Florianópolis, me parece, carece de uma etapa adiante na atenção psicossocial. [...] entendendo sensível e absolutamente aderindo ao movimento antimanicomial e entendendo que não é função do sistema de saúde isolar os loucos, eu entendo que é função do sistema de bem-estar social que envolve saúde, que envolve serviço social, que envolve educação e tudo o mais, reconhecer que existem situações em que...isso acontece muito na saúde mental infantil. Existem situações em que não há estrutura mínima pra cuidado social habitual daquele indivíduo [...] uma série de situações que eu chamaria, que é o equivalente no nosso desenho de sistema de saúde, ao que seria a alta complexidade, ou seja, casos que não tenham uma resolução clara na atenção primária e que o cuidado ambulatorial e de média complexidade é insuficiente, que a gente tenha tido dificuldades [...] de apresentar propostas e alternativas suficientes pra esses casos [...] Assim, a internação clínica de curta duração de um caso de surto psicótico, a gente tem crianças [...] que tem quadros graves, psicóticos agudos graves, até situações que são muito menos clínicas de saúde mental e muito mais situacionais de risco à saúde mental, de desestruturação familiar, a gente tem uma taxa de imigração desorganizada pra Florianópolis muito grande [...], a gente tem uma taxa de adesão à criminalidade, atividades de risco dessa imigração muito grande, e a gente tem*

*uma população de crianças [...] que tem dificuldade de receber no seu nicho, no seu meio ambiente [...] social, eh o cuidado e a estabilidade que poderia receber, e como nós conduzimos isso é ainda de uma maneira... por mais que tenha convênios com o Lar não sei o quê ou com o Lar não sei o quê, é de uma maneira extremamente improvisada (SIC).*

Em Florianópolis consta apenas um projeto para a construção de duas unidades de acolhimento, uma para adultos e outra destinada à população infanto-juvenil. A unidade de acolhimento infanto-juvenil (UAI) é um dispositivo de atenção residencial transitório da RAPS, que se propõe oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. (BRASIL, 2012). Pela inexistência deste dispositivo da RAPS, Florianópolis mantém a discussão com o setor da Assistência Social, na tentativa de promover o cuidado a essa população.

Em relação à atenção hospitalar, a cidade também não possui leitos de psiquiatria infanto-juvenil. As crianças cuja situação de sofrimento mental exija um cuidado mediante internação hospitalar são recebidas pelo HIJG, que, apesar de não possuir leitos de psiquiatria, acolhe estes pacientes, utilizando os leitos disponíveis para internação. Devido à não garantia de leitos psiquiátricos para a infância e a adolescência, muitos usuários ficam à margem do sistema. São encaminhados para o Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria, na cidade de Joinville, única cidade de Santa Catarina que conta com leitos de psiquiatria infantil - quatro, no total.

Revela-se uma inconsistência também no número de dispositivos destinados à população infantil, em se tratando da atenção psicossocial estratégica (Capsi). Com uma população estimada pelo IBGE, para o ano de 2016, em 477.798 habitantes, o município de Florianópolis conta com apenas um Capsi, responsável por todo o cuidado dispensado pelo total de 49 unidades de saúde, embora a Portaria GM nº 336 (BRASIL, 2002) sugira para este dispositivo uma população em torno de 200.000 habitantes. Nesta referência, questiona-se o que justifique a inexistência de outros Caps infantis no município. Esta questão pode ser apenas interpretada como a evidente falta de prioridade das questões infantis no campo da saúde mental no município.

Salutar também a consideração sobre o número de profissionais que compõem a rede. A expressão da escassez de profissionais é revelada no discurso dos gestores como elemento que obstaculiza a execução de estratégias intersetoriais, gerando um sentimento de desmotivação e de falta de energia para a construção de estratégias que visem ao rompimento do modelo tradicional de cuidado em saúde mental, centrado no aspecto curativo.

O número reduzido de profissionais favorece o acúmulo de demandas, a criação de listas de espera que sobrecarregam os profissionais, que tendem a promover ações centralizadas no aspecto curativo, no atendimento das demandas de maior urgência que necessitam de intervenção imediata. Intervenções de cuidado intersetorial exigem do profissional um tempo dedicado à elaboração de estratégias que visem a contatos com toda a rede pública de serviços prestados às crianças, e que visem também a um processo de elaboração criativa, impossibilitado pela pressão da demanda:

*[...] a falta de profissional, por exemplo, o Capsi tá bastante carente de profissional, a gente teve várias perdas ao longo dos últimos anos que a gente não conseguiu repor [...] aqui temos nove profissionais. Então, realmente, eu tenho que priorizar a ação, priorizar o tratamento mesmo. O que que eu digo com tratamento? O tratamento assim, curativo, essa assistência mais aqui dentro do Capsi, né. A parte de pensar prevenção, instrumentalização, lá fora né, de pensar a instrumentalização dos outros profissionais, dos outros setores eu não consigo fazer [...] (SIC).  
A gente vai tentando ter ideias, mas eu vejo que a equipe tá muito cansada, desmotivada também, pra fazer grandes atos, atos assim empreendedores né, do território. A equipe não quer mais. Eu vejo que é uma coisa assim, 'eu não aguento mais, ninguém bota nada aqui pra gente; a equipe tá reduzida' entendeu? Então a equipe tá assim cansada, não consegue se reinventar, entendeu? (SIC).*

O depoimento corrobora com o que sugerem Couto & Delgado:

*Na saúde mental infantil e juvenil, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS i), por seu mandato de ordenação da demanda no território sob sua*

*responsabilidade, ou outras equipes de saúde mental, devem realizar esta presença no território, através da posição decidida de estabelecer como comum um problema que atravessa e implica diferentes setores (COUTO & DELGADO, 2016, p. 278).*

O número reduzido de profissionais enfraquece a potencialidade do Capsi de promover a ordenação da demanda em seu território, o que explica a reprodução de um cuidado centrado em questões emergentes de sofrimento, que se limita a amparar e amenizar a dor. Atividades que extrapolem essas *urgências* são escassas ou impossíveis:

*Porque se eu tivesse o dobro dessa equipe, a gente poderia pensar num grupo que faria esse trabalho territorial, tu entende? Não precisa sair todo mundo, mas é poder ter. Agora, quando eu falo isso, deve ter duas pessoas que façam isso, entendeu? 'Ah, não dá, como é que eu tenho que atender e ainda vou ter que fazer isso?' Entendeu? É AINDA. É uma sobrecarga, entendeu? [...] (SIC).*

*Eu relaciono [dificuldade em promover estratégias intersetoriais contínuas] com a alta demanda, com a diminuição da equipe, redução da equipe, que aí eles não conseguem sair daqui de dentro (SIC).*

Quando se aborda o ato do cuidado em saúde mental entendendo-o como um ato complexo e de grande amplitude, que exige a cooperação de uma rede de serviços diversificados, com mandatos diferentes, mas convergentes para um mesmo objetivo - a busca do bem-estar da criança em sofrimento -, evidencia-se a necessidade de uma ruptura com o modelo tradicional de cuidados em saúde. O modelo de atenção psicossocial, fruto da Reforma Psiquiátrica, pretende propiciar este rompimento, oferecendo bases para a efetivação de um cuidado que enfatize uma clínica integral, territorializada, inter e transdisciplinar, conceituada como clínica ampliada (ZANINI & LUZIO, 2014). O fator de sobrecarga, porém, constante no discurso dos gestores, parece despertar em alguns profissionais da saúde o sentimento de impotência quanto à criação de estratégias que se aproximem de uma atenção calcada no modelo psicossocial, fundamentado nesta lógica de clínica ampliada.

O fator sobrecarga também se mostra relevante quando se olha para o processo de trabalho dos gestores que coordenam dispositivos da rede. Revelou-se, nas entrevistas, a dupla função que eles assumem. Ao tempo em que são responsáveis pela gestão do dispositivo, também estão investidos da função de atender à população, realizando atividades técnicas de sua área de formação:

*E outra coisa, eu não sou só gestora, eu atendo [...] faço oficina, atendo vários adolescentes, tenho onze referenciados. E tenho mais uma oficina terapêutica. E faço coordenação! (SIC).*

A situação de dupla função dos gestores dos dispositivos da rede não parece uma exceção, mas regra já instituída. Aparece como sobrecarga e, conseqüentemente, provoca uma limitação na perspectiva de atuação da gestão, reduzida em suas funções por falta de tempo:

*Todos os coordenadores atendem [...] dos CAPS, mas em algumas unidades também, alguns atendem. Não sei se são todos, mas tem gente que atende, tá. Só que, o que acontece, porque eu continuei e não peitei não, porque eu comecei com a equipe super reduzida e eu não consegui bancar, de ficar só coordenando, e acho hoje, me arrependo sabe, porque eu devia ter bancado, deveria (SIC).*

*Eu fico sugada pela demanda; fico aqui feito uma louca apagando incêndio, e aí não consigo articular outras coisas da forma que deveria um gestor [...] eu não tenho uma agenda, um tempo pra poder fazer de uma forma livre, pra conseguir pensar melhor o serviço sabe (SIC).*

Estas duas narrativas referem-se às condições de trabalho dos gestores que se encontram na função de coordenar equipes de saúde. Eles falam da sobrecarga de funções, dificultando as ações específicas de gestão. Segundo Amaral (2015), a concretização de diretrizes estratégicas de uma organização depende fundamentalmente das ações dos gestores, mais enfaticamente na dimensão psicossocial de seu papel. Aos gestores é delegada, dentre outras responsabilidades, a função de estimular a motivação das equipes, distribuindo responsabilidades e empoderando os profissionais (AMARAL, 2015).

Mas, como exigir dos gestores que realizem esse papel psicossocial se a eles mesmos não se oferecem condições para

desempenhar sua função gestora? Adentra-se aqui no próximo obstáculo citado pelos gestores participantes da pesquisa.

### **6.3.2 O esquecimento da infância - obstáculos relacionados à gestão**

O papel e a atuação dos vários níveis de gestão de saúde do município foram evidenciados como importantes fatores na expressão do cuidado em saúde mental infantil de Florianópolis. Há que se destacar, nesta subcategoria, os obstáculos relacionados à gestão, que contribuem para a permanência da centralidade do cuidado no setor saúde:

*O secretário de Saúde nunca veio aqui no CAPS i, sabe? Nem sabia direito quem era a demanda do CAPS i. A minha gerente falava pra ele e tá ok, tu entendeu? Eu acho que falta interesse mesmo, que isso é um sintoma de que a infância não é olhada (SIC).*

A falta de prioridade foi revelada pela falta de interesse dos gestores em conhecer o Capsi e dele se aproximar do que constitui o dispositivo símbolo deste cuidado no município. Foi também denunciada pela ausência de investimentos financeiros destinados à melhoria dos dispositivos, a capacitações ou a treinamentos na área de saúde mental infantil para os profissionais que atuam na rede:

*A gente foi perdendo gente; perdi uma pediatra que não foi repostada. A gente foi perdendo um monte coisa e não é repostado, tu entendeu? E aí assim, médico pô, eu tenho um psiquiatra aqui 20 horas sabe, pô bota outro médico então mais 20h! Tem que ter uma retaguarda, não quer dizer que vou medicar as crianças, não é isso. Mas eu quero alguém para atender crise aqui. Pra pessoa ficar o dia todo aqui, uma criança, tu tem que ter gente aqui dentro, tu entende? Um suporte. E eu não tenho (SIC).*

A questão do cuidado em saúde mental infantil necessita ser encarada como uma questão social, de responsabilidade dos governos e dos gestores. A falta de investimento revela falta de prioridade neste tema, que não alcança a agenda de saúde do município. Questões de investimento e prioridades precisam ser discutidas e negociadas em

todos os níveis de gestão, desde o topo da pirâmide, na expressão do Secretário da Saúde, passando todas as outras gerências.

Detectou-se, porém, dissonância entre as necessidades e a atuação dos gestores de dispositivos, que, no território, vivenciam a pressão da demanda e sentem em sua rotina os reflexos do esquecimento da infância entre as prioridades dos gestores de níveis superiores, aos quais estão subordinados:

*Tô cansada sabe, de fazer mil coisas ao mesmo tempo e de não conseguir ver o Caps com mais gente, com mais equipe. Cansei de me dedicar, cansei de pedir, sabe? Não ter apoio [...] pensar sozinha é difícil [...] eu precisava de gente apoiando na gestão (SIC).*

Revelam-se, inclusive, atitudes de repressão entre os gestores de níveis diferentes, quando se provocam movimentos de articulação com o Judiciário, na tentativa de assegurar serviços de qualidade, ajustados ao tamanho da população e da demanda que se apresentam no plano fático:

*Eu tive também uma gestão grandona, durante quatro anos, assim, complicadíssima. Então agora, dois anos atrás, o negócio foi melhorando; então eu não tinha diálogo com o cara lá em cima sabe, sempre foi muito só o Capsi sozinho. Nós já sofremos retaliação por ter articulado com o Ministério Público por serviços de saúde mental infantil. Já fiz lista, com documento solicitando né, aí fomos chamadas a atenção. Teve profissional que foi pedir para retirar a palavra que tinha posto, assim, várias coisas de a gente não poder ser autônomo e fazer o Capsi enquanto articular demais [...] e ficar muito pra fora, também não pode. Porque o serviço que a gente precisa não pode ter, né. [...] então o que é que tem que ficar pedindo lá pra juíza? [...] porque a juíza vai cobrar deles, coisas que não temos ainda, até hoje. Então, passa por todas essas questões políticas (SIC).*

Uma das formas de os gestores de dispositivos conquistarem as melhorias e adequações necessárias aos serviços, quando estes não são priorizados pela gestão municipal, é aliar-se ao Ministério Público na busca pela garantia dos direitos dos cidadãos. Revelam-se, contudo,

questões de poder no jogo político, em que estratégias de controle manipulam e freiam ações políticas de articulação.

Ruy Mattos (apud AMARAL, 2015) aponta para o aspecto da centralização e da concentração do poder como fator que dificulta mudanças organizacionais; neste caso, a melhoria dos serviços de saúde mental infantil. Percebe-se, nesta narrativa, a presença do uso de poder coercitivo, baseado na ameaça de aplicação de sanções, que gera temor ou receio de punição (AMARAL, 2015). O jogo político e as atribuições designadas aos gestores técnicos inseridos no território demonstram uma forma de exercer o poder sobre esses atores que os prende a suas rotinas, sufocados por demandas:

*[...] do conselho da criança e adolescentes, o CMDCA, eu participei de algumas reuniões, mas nunca fiquei membro permanente, até porque não fui liberada [...] pela gestão. Eu pedi a cadeira né, eles não deixaram. Ai eu desanimei (SIC)*

Existe também uma particularidade relacionada ao funcionamento dos governos municipais, que se refere ao que podemos considerar como ciclos de gestão político-administrativa. Os planos de governo são organizados em ciclos de quatro anos, que coincidem com cada nova disputa eleitoral, e com ela a possibilidade de mudança de gestão. Com isso, reforça-se a já estabelecida tradição, a da descontinuidade de ações pela mudança de interlocutores. Ruy Mattos (apud AMARAL, 2015) também considera a descontinuidade administrativa e a falta de profissionalismo dos agentes públicos, o que constitui mais um obstáculo para a efetivação de mudanças organizacionais:

*O que acontece é que [...] a gente tem conversas extremamente primárias, no sentido de eh, iniciais, mas que como não tem a função de criar um [...] documento de objetivos comuns ou o que o valha, elas se perdem toda vez, por que os interlocutores mudam, nós temos ciclos de gestão (SIC).*

A inexistência de uma regulamentação que ofereça à saúde mental infantil espaço concreto, com estratégias intersetoriais, condizentes com a política nacional e previamente planejadas, provoca a descontinuidade das ações construídas em determinada gestão político-administrativa municipal.



Salutar o papel da gestão enquanto articuladora de ações e estabelecadora de prioridades que visem a guiar as ações dos atores da rede. A carência deste incentivo reflete-se nos atores que operam os serviços de saúde e oferece espaço à desresponsabilização em relação a essas demandas:

*E falta alguém para dizer 'bom, vocês precisam fazer isso'; falta alguém pra se impor e cobrar que é necessário o atendimento à infância e à adolescência (SIC).*

Esta fala reflete a necessidade de pactuações mais consistentes, de nível gerencial, que emergjam de instâncias superiores, e que estimulem a capacidade dos profissionais da rede no sentido de atuar com foco e prioridade nas questões de saúde mental infantil, elegendo a intersetorialidade como perspectiva e condição essencial a esse cuidado.

Tendo como prioridade a diluição das ações de saúde mental do município do Florianópolis nos diversos pontos da rede, incluindo a atenção de básica, média e alta complexidade, torna-se importante criar espaços de discussão entre as várias gerências componentes da Secretaria Municipal de Saúde para o estabelecimento de pactuações. O discurso dos gestores insiste na dificuldade da efetivação destes diálogos entre as gerências, mostrando um distanciamento de prioridades e atuações ensimesmadas:

*Muito pouca coisa nos atinge como atenção primária. É como eu digo, nós temos como atenção primária, ou tivemos até então[...] uma dificuldade, inclusive, de participar das discussões, das construções. Então, a atenção primária tem se fiado, nos últimos tempos, na atuação da gerência de CAPS, da gerência da atenção especializada, de trazer demandas ou anseios pra atenção primária pra que a gente construa. Então, [...] o que a RAPS tem construído, ou o que tem se construído com a RAPS no, no posto de saúde mental infantil muito pouco a gente vê, muito pouco a gente percebe. Não tanto por uma [...] indisponibilidade de quem a gente elegeu, comentário que eu tô trazendo, muito mais por uma falta de sensibilidade à atenção primária em receber isso, de atuar nisso, meu diagnóstico...pessoal. Eh, e que é um reflexo*

*de como a gente tem então atuado intersetorialmente, que é super caso a caso (SIC).*

A existência de uma gerência específica de saúde mental, ao tempo em que é importante para fortalecer o tema no município e galgar espaços de discussão, pode criar a ideia de desresponsabilização de outras gestões quanto à prioridade das questões de saúde mental nas ações do território. É como se o fato de o município ter uma gerência de saúde mental sustentasse, por si só, a fantasia de que as outras gerências não necessitam investir esforços nesta área:

*Como as gerências são separadas, existe uma gerência específica para isso, a de saúde mental... A gente teve um, ano passado acho que foi, ou atrasado, um encontro estadual para definir algumas questões de fluxo de pacientes, mas a gente não tem uma relação, é justa com as outras partes, porque não, não foi pactuado, não tem nada muito descrito, definido, entendeu? (SIC).*

A noção da saúde mental como ação transversal a todas as outras questões de saúde, cuja atenção se faz necessária em todos os pontos da rede por uma transversalidade de ações, revela-se, no movimento do município de Florianópolis, pela criação de uma nova estrutura organizacional que prevê a implantação da Gerência de Integração Assistencial, com a competência ou incumbência de promover ações de saúde mental e outras ações que se mostrem transversais no cuidado com a saúde:

*Integração assistencial, ela vai visar a trabalhar todas as ações que são transversais ao sistema de saúde em que [...] a separação na caixinha do nível de atenção, ela é insuficiente, ela acaba criando uma quebra [...] (SIC).*

*E a saúde mental, ela é um contínuo [...] então não dá pra você determinar que a saúde mental, ela deve estar na atenção primária ou na atenção especializada, onde que quer que seja. A saúde mental, ela é um contínuo que muito possivelmente a gente nunca vai conseguir colocar numa caixinha específica e que precisa ser manejada como um contínuo [...] a gente entendeu que ela é uma ação transversal e que precisa ficar num ponto de gestão que entenda a rede de maneira transversal. E daí essa gerência*

*vai ter outras, outras atribuições, que é trabalhar as linhas de cuidado, a produção técnico-científica, que nunca é pra um nível de atenção específico e por aí vai né... (SIC).*

Esta mudança organizacional reflete uma tentativa de reorganizar as linhas de cuidado, dando um direcionamento à saúde mental em todos os pontos de atenção. Esta mudança, porém, é ainda recente, não sendo possível avaliar seus impactos no cuidado em saúde mental.

### **6.3.3 Qualificação profissional, uma questão de interesse?**

Talvez pela tradição das práticas de saúde mental no Brasil, quase que unicamente voltadas à população adulta, podendo-se citar novamente a dívida histórica que nosso país acumula em relação ao cuidado em saúde mental infantil, ainda se percebe a carência de iniciativas de capacitação que prepare e qualifique profissionais nesta área.

*Falta de qualificação pros profissionais que já existem, faltam oportunidades mais formais de educação permanente (SIC).*

*Nunca houve [capacitação na área de SMI], a não ser por desejo próprio, alguém pode ter se capacitado (SIC).*

*Nestes seis anos que eu estou aí como gestora, quase não tem [capacitação na área da infância]. Nem supervisão institucional a gente ganhou, imagina, a minha equipe precisa tanto de uma supervisão. Eu tive por um ano que a gente ganhou edital do Ministério da Saúde pra ser supervisionada aqui [...] foi muito importante, foi muito bom (SIC).*

Por intermédio da narrativa dos gestores foi possível compreender que, atualmente, não há investimento nesse tipo de gestão no município de Florianópolis; não há oferta de treinamentos ou capacitações na área de saúde mental infantil, nem incentivos neste sentido.

O manejo e o tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária é essencial no sentido de que possibilita acesso mais fácil e mais rápido aos serviços a um número grande de pessoas. Para que este manejo ocorra, a OMS (2001) recomenda que os profissionais de saúde recebam treinamento nas aptidões essenciais da atenção em

saúde mental. Capacitações, cursos e treinamentos garantem a eles a apropriação dos conhecimentos disponíveis e possibilitam a imediata aplicação de intervenções. Desta forma, “a saúde mental deve ser incluída nos programas de formação, com cursos de atualização destinados a melhorar a efetividade no manejo de transtornos mentais nos serviços de saúde gerais” (OMS, 2001, p. VIII).

As narrativas sugerem maior facilidade em atuar intersetorialmente quando o profissional que assume a linha de frente do cuidado já possui uma qualificação profissional na área específica. Em contraponto a essa ideia, os gestores apontam para a carência de qualificação profissional nesta área como mais um fator que obstrui a efetivação do cuidado intersetorial:

*O paciente psiquiátrico não, o paciente psiquiátrico a gente tem uma dificuldade de manejo, porque a gente desconhece, desconhece o assunto tecnicamente, entendeu; a gente, eu digo, quem recebe na minha área, os médicos, a gente sabe o seguinte, que de repente tem que fazer um haldol e uma droga lá, um fernergan, um diazepínico, sedar o cara e se livrar do cara o mais rápido possível, e que as vezes não é essa conduta que deve ser feita (SIC)*

Esta narrativa, apesar de discorrer sobre a saúde mental do adulto, caracteriza a dificuldade de muitos componentes da RAPS em dominar o tema da saúde mental. Segue-se o discurso do mesmo gestor, trazendo-o para a realidade da saúde mental infantil:

*[...] pior ainda, né, se a gente tem dificuldade com adulto [...], eu acho assim, que o manejo desse paciente e o encaminhamento desse paciente, eu acho que é mais difícil ainda (SIC).*

*Não sei se está funcionando da forma que eu estou falando; tenho a impressão que está, porque eu tô pensando na forma de adulto, quando chega um adulto psiquiátrico pra nós, é o pior paciente que pode chegar pra nós é um adulto psiquiátrico né, porque a gente não sabe o que fazer com ele. A gente não tem treinamento, a gente tem medo, a gente não tem capacidade técnica, a gente não tem o fluxo definido, definido tem, não tem fluxo prático (SIC).*

As iniciativas de capacitação profissional têm o potencial de proporcionar aos profissionais e gestores, para além de um conhecimento técnico específico, uma segurança na condução de suas ações:

*Eu percebo que os Nasfs não estão tendo realmente, dependendo da região tá, mas eu mas eu percebo uma indisponibilidade, uma falta de preparo dos psicólogos (SIC).*

As gestões declaram, porém, que oferecem espaços para capacitações regulares, mas os temas e cursos a serem realizados ficam a critério do profissional, que solicita a participação em cursos de seu interesse. É ofertado espaço para que cada profissional utilize um determinado número de horas de seu horário de trabalho para realizações destas capacitações externas à Secretaria de Saúde do município.

*Cada profissional é livre para participar de dois eventos, e se afastar por no máximo quinze dias, de educação externa né; basta ele pedir, pode ser contemplado (SIC).*

Nesta lógica, sem o incentivo a capacitações no tema do cuidado em saúde mental infantil, os profissionais que buscam aprimoramento são os que possuem interesse e motivações relacionadas ao tema.

Resgatando o pensamento de Mario Testa (1995) e considerando os problemas de saúde como problemas sociais, a transformação nas relações historicamente legitimadas de poder na sociedade só é possível pelo comportamento dos atores sociais. Para o autor, comportamento e consciência, ou seja, prática e concepção de mundo, são inseparáveis. As transformações nas práticas de saúde geram transformações na consciência, que transformam os comportamentos. Entende-se que os comportamentos dos atores sociais se transformam quando são investidas práticas, ações que possam promover o desenvolvimento outras consciências.

Desse modo, os comportamentos que se apresentam frequentes, como a questão da falta de comprometimento com as demandas de saúde mental infantil, expressa pela narrativa dos gestores, não podem ser analisados pelo único viés da indisponibilidade individual dos sujeitos. A falta de comprometimento, expressão associada a profissionais que se recusam a olhar para o cuidado em saúde mental infantil, pode ser interpretada como reflexo de um processo histórico de

negligência de cuidados para com essa população, ainda difícil de superar, como também pode ser interpretada como dificuldade do município em promover incentivos de educação permanente neste tema:

*O comprometimento individual de cada um, a gente é um grupo muito grande. Tem profissionais que se comprometem, tem profissionais que não. Tem profissionais que percebem que, 'poxa eu preciso me qualificar mais pra esse tipo de atendimento' e pede a nossa ajuda e a gente de alguma maneira tenta organizar alguma coisa, nem que seja uma maior proximidade com o Capsi. Tem outros profissionais que já dizem: 'não, saúde mental de criança e adolescente eu não vou atender porque, eu não atendo, eu não fui preparado pra isso, não fui formado' [...] (SIC).*

A falta de investimento no que concerne ao crescimento e desenvolvimento profissional dos trabalhadores de saúde de Florianópolis já havia sido apresentada como uma dificuldade pelo Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (FLORIANÓPOLIS, 2014) em seu diagnóstico, base para o planejamento das ações relativas a este período. Na perspectiva atual, ainda se perpetua a escassez em capacitações. Os gestores, aliás, falam em nulidade de incentivos específicos para cursos ou formações na área de saúde mental infantil.

#### **6.3.4 Lacuna entre os princípios institucionais e o processo de trabalho intersetorial**

A efetivação de estratégias intersetoriais requer dos profissionais a compreensão dos princípios e diretrizes que regem, primordialmente, o SUS, enquanto sistema de saúde, e também o processo de cuidado em saúde mental infantil. Demanda o conhecimento de especificidades relativas à infância, adequadas aos princípios institucionais relacionados ao nível e ao ponto de atenção do qual fazem parte:

*Na minha visão, você precisa de uma sensibilidade das estruturas, mas também das pessoas, e isso é um desafio por que cada indivíduo tem a sua própria agenda e conciliar essa agenda com esse tipo de construção, com esse tipo de atuação, envolve uma clareza de princípios da instituição muito grande pra que [...] os princípios da instituição por vezes*

*atropelem a do indivíduo [...] Então você tem que ter uma sensibilização, uma clareza de princípios da instituição, uma sensibilização do indivíduo, que muitas vezes vai vir de uma maneira forçosa pela instituição (SIC).*

Esta narrativa remete à necessidade de flexibilidade de parte do profissional que atua no âmbito da saúde pública. A percepção de que a instituição à qual pertence é regida por princípios e diretrizes e que estes precisam ser reconhecidos como referência para sua atuação traduz a necessidade de que os que atuam na saúde se apropriem com clareza dos princípios do SUS, para que consigam agir em prol de ações que concretizem essas diretrizes. Estar sensível ao princípio da integralidade no cuidado em saúde favorece ações na perspectiva interdisciplinar e intersetorial, pois compreende a complexidade do fenômeno.

Esta, de fato, parece constituir um obstáculo à efetivação de estratégias de cuidados intersetoriais em saúde mental infantil. Compreendendo a diversidade de profissionais e a falta de treinamento e capacitações de acordo com as diretrizes e princípios do SUS, é inegável a existência desta dificuldade na realidade prática dos serviços. Discute-se, porém, como romper concretamente com esse obstáculo encontrado pelos profissionais de saúde; que estratégias criar para que se apropriem desses princípios e possibilitem a inserção do cuidado intersetorial nas pontas do cuidado?

Esta reflexão transita inegavelmente pelos obstáculos anteriormente citados, como falta de capacitação, de espaços de discussão coletiva, de prioridades de demanda, bem como do significado do cuidado em saúde mental infantil para os profissionais atuantes no SUS. Qual seria mesmo o significado desse cuidado? Transparece nesta análise que o significado atual é: “encaminha para o Capsi”

*Na prática, se nós não tivermos o cuidado de fugir da prática, a gente vai ter uma eterna dificuldade. Isso não é Floripa, isso é o Estado, isso são os Estados, são os outros municípios, é o Brasil! Existe uma dificuldade de co-construção no âmbito nacional. Isso se reflete aqui, o que não é uma desculpa, mas deveríamos ser maiores que isso, mas se reflete aqui (SIC).*

De grande relevância este discurso, pois remete à fragilidade persistente em todo o País, que é de construir espaços que fortaleçam os princípios do SUS enquanto sistema único de saúde, fortalecendo,

assim, o cuidado na perspectiva *inter* – intersetorial, interdisciplinar, integral -, que vai ao encontro de um modelo de cuidado psicossocial.

A diminuição na lacuna entre os princípios institucionais e as práticas *inter* perpassa a priorização na efetivação de espaços coletivos, nos quais gestores e profissionais de saúde possam refletir sobre suas ações e promovam ou adotem estratégias coletivas, corresponsáveis, de cuidado.

### **6.3.5 A dificuldade na construção da corresponsabilidade**

A complexidade das situações que se apresentam nos diversos dispositivos, dos diversos setores sociais, movimentam os profissionais na busca de parceiros que dominem saberes diversos para a construção de soluções também complexas. Esbarra-se, porém, num aparato de Estado ainda fortemente setorizado, no qual conflitam, com maior ou menor enfrentamento, relações de poder.

*[...] tem outras dificuldades entre os setores, principalmente entre a assistência social e a saúde, o que é da assistência o que é saúde, então tem essa questão principalmente para casos de sofrimento mental severo; assim, de infância e adolescência, por exemplo, a gente tem um tensionamento que é, crianças abrigadas que tem transtornos mentais graves. O abrigo: 'ah, mas o município precisa de residencial terapêutico; a gente não vai pagar abrigo para essas crianças' pô, não é institucionalizar, essas crianças precisam estar no mundo, o abrigo precisa se preparar para isso, para poder receber essas crianças (SIC).*

A narrativa dos gestores refere-se à incapacidade de estabelecer diálogos intersetoriais pelo fato de as relações entre os setores serem permeadas de jogos de poder e política. O diálogo requer movimentos ora de aproximação, ora de distanciamento, pois envolvem relações de disputa de saber, de recursos, de competências, bem como movimentos de desresponsabilização pela demanda e responsabilização do outro. Relações potencialmente conflitantes, envolvidas por tensões:

*Eu sinceramente acho que você tem que estar num movimento não adversarial das instituições [...] e a realidade muitas vezes atrapalha nisso [...] fatalmente, em todo ponto de contato que a gente*



*tem, acaba sendo um ponto de contato eh, extremamente pragmático, extremamente objetivo. Eu preciso de uma clara organização processual desses diálogos interinstitucionais; eu preciso ter espaços pra resolver o prático pra que eu possa abrir espaços pra resolver o ideológico, o subjetivo né [...] 100% das conversas institucionais, quando você não tá trabalhando ‘casos clínicos’ entre aspas [...], 100% dessas conversas acabam se dando num tom adversarial, não é adversário de você é meu pior inimigo, mas é o adversarial de [...] competição de recursos escassos, e o que o valha (SIC).*

Transparece que o pano de fundo da dificuldade de diálogo entre os setores revela outros obstáculos, como o sucateamento dos serviços públicos pela falta de investimentos na rede, em capacitações e treinamento para gestores e profissionais, o que torna os encontros entre os setores não um momento de corresponsabilização, mas de empurra-empurra, o que se traduz, em termos metafóricos, por *lavar as mãos*.

O trecho da entrevista aqui citado aponta para a dificuldade encontrada na prática dos encontros entre os setores, que ainda parecem acontecer, mas somente para discutir situações emergenciais, sem planejamento das ações, de modo a deixar o diálogo intersetorial preso a questões muito precárias, como a disputa por recursos, mas incapaz de estruturar ações mais amplas de cuidado:

*Muitas vezes a melhor defesa é o ataque; então dizer lá que o outro setor lá que não está funcionando, é que deveria fazer isso aquilo outro. Isso acontece entre a saúde e assistência o tempo inteiro. O outro setor não fez isso, não fez aquilo. E aí a gente entra num conflito que ninguém ganha com isso, nem o usuário né. Então pelo menos a minha atuação aqui na gerência, e mesmo que eu venha a sair, das pessoas que vão ficar, sempre são no sentido de tentar compor né, de tentar cada vez mais estar junto com esses parceiros interinstitucionais, assim, pensando soluções, propostas e não apontando problema um do outro né, que isso a gente não vai conseguir chegar a lugar nenhum (SIC). Então esse diálogo é o tempo todo tendo que esclarecer, tendo que esclarecer fluxos, esclarecer o que é de quem, os critérios de*

*gravidade para estar aqui no Capsi; então o tempo todo a gente tem que estar mediando (SIC).*

Estas divergências parecem emergir também da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridos pela complexidade da realidade e um aparato de Estado fortemente setorizado, em que os saberes são fragmentados e compartimentados:

*Eu acho que essa construção [intersectorial], ela tem que partir de alguma comunalidade de princípios [...] você tem que ter construções que visem um utópico ou um desenho ideal de mundo, sistema, sociedade, pra que a gente conheça o que a gente tem em comum, qual é as nossas comunalidades, pra daí tratar de desenhos de processos (SIC).*

Couto e Delgado (2016) defendem que o tamanho do impacto nos reordenamentos setoriais depende de que a própria saúde mental tenha claro seu lugar e função, bem como os demais setores, tornando possível a construção de novos alinhamentos e novos efeitos assistenciais.

Cada setor envolvido no cuidado intersectorial é constituído por um campo de saber específico, com mandatos e responsabilidades próprios. No caso da educação, o mandato é a formação, assim como na saúde mental o mandato é a clínica; na assistência social, é a proteção; na justiça, a tutela, etc. (COUTO e DELGADO, 2016). Esses mandatos precisam estar alinhados no momento da partilha para que cada setor possa contribuir com seu modo particular de compreender o fenômeno, formando redes de cuidado fortalecidas pelo respeito às particularidades de cada campo de saber.

#### 6.4 BUSCANDO ELEMENTOS FACILITADORES PARA O CUIDADO INTERSETORIAL

O movimento de reflexão quanto à existência na RAPS de elementos que facilitem a execução de um cuidado intersectorializado, com promoção de ações articuladas entre os vários níveis e equipamentos de atenção em saúde, além de entre os outros setores envolvidos no cuidado à infância, contribuiu para o destaque dos movimentos realizados pela rede de atendimento para a efetivação de estratégias intersectoriais, com ênfase em seus próprios recursos.

Constatou-se, porém, que, no momento em que os gestores destacavam os elementos facilitadores de um cuidado intersectorial

existente na RAPS de Florianópolis, esses elementos, na maioria das falas, vinham acompanhados, como contraponto, de referência aos obstáculos apresentados. Destacou-se, também, a centralidade destes elementos em exemplos pontuais, exceções que se apresentam na rede.

#### 6.4.1 Qualificação e disponibilidade dos profissionais

Este facilitador foi apresentado como um contraponto ao obstáculo que se refere à qualificação profissional como questão de interesse particular dos profissionais. Assim considerada, a qualificação, quando existente no perfil dos profissionais, torna-se um elemento que facilita a promoção de estratégias intersetoriais justamente pela amplitude de compreensão que ela lhes proporciona em relação ao modelo de cuidado em saúde mental infantil:

*Ter um preparo, já antes, uma formação, não digo, não é a formação da psicologia, digo ter algum tipo de segurança profissional pra tratar. Isso é um ponto que facilita [...] uma segurança profissional, já fez isso em outros lugares, tem uma questão de capacitação [...] (SIC).  
[...] o profissional da psicologia, da saúde mental em si, a psiquiatra e o psicólogo, se eles têm uma formação na infância, ajuda na discussão (SIC).*

Extrapolando o âmbito da qualificação e pensando no aspecto da disponibilidade do profissional, considerando-a característica da abordagem que privilegia uma abertura de diálogo, capacidade de acolhimento das demandas, flexibilidade de atuação, a fala dos gestores convergiu para o destaque de sua importância no movimento de construções intersetoriais:

*Acho que a disponibilidade do profissional né, em estar conversando, discutindo o caso, acho que isso é um ponto que facilita (SIC).  
[...] alguns profissionais vão ter mais afinidade com o tema, então vão querer ir mais atrás de todas as inter-relações que aquela criança que tiver em atendimento vai necessitar, entendeu? (SIC).*

O estudo ressalta a importância da disponibilidade, inclusive afetiva, dos profissionais de saúde para que se consiga discutir entre as equipes de saúde e também entre os profissionais de setores sociais

diversos, com foco na corresponsabilização e na contribuição dos distintos campos de saber.

A questão da autonomia, uma das finalidades centrais da política, da gestão e do trabalho em saúde, é apontada, por Onocko Campos & Campos (2006), não como o contrário de dependência, mas como a capacidade do sujeito em lidar com sua rede de dependências. Os autores afirmam que, além da produção de saúde, objetivo do sistema de saúde também é contribuir para a co-construção da capacidade de reflexão e de ação autônoma em seus profissionais. O desenvolvimento desta capacidade com autonomia contribui para a corresponsabilização pelo cuidado e pela disponibilidade do profissional em agir em parceria para além das fronteiras da saúde.

#### **6.4.2 Convite ao diálogo**

A relação que os diversos setores sociais envolvidos no cuidado com a saúde mental infantil estabelecem entre si é preponderante e reflete a existência ou não de estratégias intersetoriais de cuidado na rede. Evidencia como se articulam os saberes e práticas destes diversos setores e quais os pontos de confluência na orientação pela busca de resolubilidade das situações-problema enfrentadas conjuntamente, quando um mesmo sujeito, que transita pelos diversos setores sociais, se apresenta em sofrimento mental, expresso por atitudes, comportamentos e sentimentos.

A manifestação de um problema relacionado à saúde mental de uma criança é evidenciada nas várias instituições pelas quais o sujeito e sua família transitam, e o olhar para a situação-problema emerge nos diversos pontos da rede, tendo uma articulação de ações seu início impulsionado por algum dos setores que buscam a resolução através da parceria e da consonância de ações com os outros setores.

O cuidado pode emergir por um pedido da escola, por meio do olhar do professor que detecta o sofrimento na criança, expresso por seu comportamento no ambiente escolar. Também pode emanar da saúde, se percebido pelo enfermeiro que realiza o acompanhamento da família. Da mesma forma, pode emergir no âmbito da assistência social através de seus serviços e programas ou de outros pontos da rede, como ONGs, etc. A maneira pela qual as diversas instituições e seus representantes, componentes da rede social do sujeito, se movimentam e buscam ampliar o olhar sobre essa criança é reveladora da capacidade da rede de conduzir um cuidado compartilhado, de corresponsabilidade de diversos setores.

Neste sentido, a atenção dos outros setores em relação ao setor saúde é apontado pelos gestores como um elemento que facilita a construção de estratégias intersetoriais. O movimento de convocar o setor para o diálogo impulsiona a co-construção e a delimitação de responsabilidades:

*É um tema que tem uma relevância muito grande então ... [rápido silêncio], as pessoas que estão na gestão desses outros órgãos que a gente trabalha em parceria, sempre nos solicitam muito e as vezes até isso é bom porque isso faz a gente prestar atenção em coisas que talvez lá pela questão da demanda pela questão de outras coisas aparecerem mais embora não serem né mais importantes, e traz nosso olhar, entendeu? Então todos aqueles pontos que eu disse de conflito, quando o Conselho Tutelar reclama de alguma coisa, quando o PSE reclama de alguma coisa, ou quando a Vara da Infância e Adolescência bota milhares de demandas judiciais nossa mesa, isso tudo é um ponto muito positivo, porque aí a gente desperta, a gente presta atenção. Como a gente não consegue trabalhar de uma forma mais planejada, isso acaba sendo fundamental (SIC).*

*É, acaba facilitando, porque a gente obrigatoriamente tem que olhar para isso, dar uma resposta, propor soluções, pra não ficar só no conflito, acusando ou se defendendo, pensar junto. E aí tem muita disponibilidade dos outros órgãos de fazer isso, de parar, de sentar junto, de pensar (SIC).*

Evidencia-se que o surgimento de demandas em saúde mental infantil exige dos setores respostas articuladas. A pressão pela resolução de determinadas situações de vulnerabilidade em que muitas crianças se encontram impulsiona o movimento de diálogo entre os setores. Neste sentido, o papel da Justiça, por meio da Vara da Infância e Adolescência, é significativo, pois determina o envolvimento de cada setor, responsabilizando-o, muitas vezes, pela condução de ações articuladas. Estes momentos de tensão foram referenciados pelos gestores como um momento que impulsiona articulações intersetoriais.

### 6.4.3 Matriciamento e reuniões de saúde mental

No município de Florianópolis, a estratégia de matriciamento, com sua perspectiva sobre o cuidado compartilhado, foi considerada pelos gestores como uma ferramenta capaz de fomentar a impulsão de estratégias comuns:

*A aposta foi que o matriciamento seria a ação de apoio técnico-pedagógico que criaria a capacidade assistencial nas equipes pra trabalhar isso. Então, na presença de profissionais do núcleo especializado no âmbito de trabalho, no cenário de prática da atenção primária, a teoria postulava que esse [...] convívio, essa troca, a troca de casos, a discussão, a discussão formal mas também a discussão orgânica, de cafezinho e tudo o mais [...] ajudaria a criar essa capacidade [...] assistencial da atenção primária em acolher esses casos, fazer o acompanhamento de casos leves e manejáveis em atenção primária e acionar a atenção do núcleo especializado [...] seja o psicólogo, seja o psiquiatra no momento em que [...] se detectasse a necessidade de um cuidado especializado, então a aposta de formação foi essa (SIC).*

A estratégia de apoio matricial, metodologia adotada pelo Ministério da Saúde em 2010, traz para a atenção básica o suporte de uma equipe de referência especializada, como proposta de integração dialógica entre as diversas especialidades e profissões, com o objetivo de fomentar a integralidade e a corresponsabilização do cuidado em saúde.

O discurso dos gestores revelou a potencialidade do matriciamento como um novo modo colaborativo de produzir saúde, bem como as limitações desta ferramenta, considerando que a forma como se apropriam do matriciamento e o operam é fator fundamental para seu alcance e efetivação:

*O que, em alguns casos, funcionou melhor [matriciamento], a variabilidade humana é infinita, a variabilidade de postura profissional é infinita, e uma aposta relativamente solta assim [...] trouxe um resultado heterogêneo. Então você teve lugares em que o profissional de um núcleo*

*especializado ele tinha, ele somava as duas habilidades necessárias pra isso, que é, primeiro, o conhecimento em saúde mental infantil; e segundo, e mais difícil de alcançar, por que conhecimento técnico a gente imagina que é mais difundido, mas o matriciamento implica numa capacidade de co-construção de conhecimento que nem todo mundo teve o insight e a capacidade de [...] desenvolver, então o que nós apostamos como construidor da capacidade assistencial na rede, é... teve um resultado heterogêneo (SIC).*

A estratégia de matriciamento segue a perspectiva de que os serviços de saúde necessitam articular-se para produzir efetivas mudanças. A gestão mostra que apostou nessa modalidade como estratégia de integração de saberes e práticas distintas para o alcance deste objetivo, reconhecendo que ela, por si só, não garante a eficácia do resultado almejado. Considera que, além de sua potencialidade estratégica, existem a potencialidade dos profissionais e sua capacidade de se apropriar do instrumento e desenvolverem habilidades de co-construção de conhecimento.

Apesar do reconhecimento da heterogeneidade dos resultados da estratégia de matriciamento na rede de saúde de Florianópolis, é interessante mencionar o teor de responsabilização dos profissionais pela inabilidade na co-construção de conhecimento. A resposta heterogênea a este estímulo sugere a necessidade de a gestão investir em avaliação, treinamento e capacitações que possam promover o desenvolvimento desta habilidade. Percebe-se, pela análise dos obstáculos na construção de estratégias intersetoriais, que os profissionais que estão na ponta dos serviços se encontram desgastados pela alta demanda e pela falta de investimento e incentivo na equipe técnica de saúde pública do município. Provocam-se aqui as implicações do papel da gestão nesta questão.

Campos (1999), quando aborda a questão das equipes de referência e do apoio especializado matricial como um processo de reorganização do trabalho em saúde admite que estes podem facilitar a troca de opinião, motivando-os a se articular para a elaboração dos projetos terapêuticos.

Está claro que mudanças não ocorrem da noite para o dia; tratar-se-ia de instituir processos facilitadores para a formação de uma outra subjetividade profissional, centrada na abertura

para o diálogo e na capacidade de assumir compromissos com a saúde dos usuários (CAMPOS, 1999).

As reuniões distritais de saúde mental que ocorrem mensalmente foram também consideradas poderosas pelos gestores no sentido de fomento de ações intersetoriais. No panorama atual, essas reuniões contam apenas com os profissionais de saúde mental e os profissionais do Nasf, porém, com a perspectiva de torná-las interinstitucionais em sua estrutura. Contudo, ainda esbarram em situações que impedem essa concretização:

*É, a gente tem pensado muito, pra essas reuniões de saúde mental, terem outros representantes de outros setores, para se tornarem reuniões interinstitucionais. Isso tá na nossa agenda há algum tempo já, muitas vezes não depende só da vontade dá... de algumas pessoas da gestão, entendeu? Tem que ser uma vontade maior né, mas a gente nunca deixa de falar da importância de tentar fazer isso (SIC).*

As reuniões de saúde mental promovem o diálogo intersetorial, quebrando a lógica do cuidado especializado. Nesta narrativa, é possível refletir sobre as dificuldades que a própria gestão enfrenta em introduzir práticas de saúde condizentes com o modo psicossocial.

Campos (1999) traz a compreensão sobre a cultura e a subjetividade das equipes de trabalhadores como um produto de múltiplas determinações. A estrutura e o funcionamento organizacional refletem-se na prática dos gestores e das equipes de saúde; neste caso, parece ainda que a velha ordem administrativa, fortemente setorizada e compartimentalizada de processo de trabalho, continua produzindo subjetividades segundo a lógica dominante.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa propôs-se a analisar as estratégias de cuidado intersectorial em saúde mental infantil reconhecidas pelos gestores envolvidos na Rede de Atenção Psicossocial de Florianópolis. Foram muitos os desafios apresentados, a começar pela escolha do tema.

Estudar a infância na perspectiva do cuidado em saúde mental foi instigante, pelo fascínio que o tema provoca; foi, ao mesmo tempo, inquietante, por desvendar um cenário de efetiva carência de pesquisas brasileiras nesta perspectiva. O número reduzido de estudos foi revelado em pesquisa bibliográfica e confirmado pela modesta inclusão do assunto nos últimos eventos brasileiros sobre saúde mental.

A escolha dos gestores como participantes da pesquisa foi também provocativa e desafiadora. A restrição imposta pela Secretaria de Saúde de Florianópolis, com a exclusão dos gestores dos distritos sanitários e dos gestores dos serviços UPA norte e UPA sul, vindo a ser substituídos por apenas outros dois participantes (o gerente dos setores de Urgência e Emergência e de Atenção Básica), restringiu exponente importante das gestões da RAPS envolvidas no cuidado em saúde mental infantil. Esta substituição restringiu o acesso aos gestores mais próximos ao território, o que, conseqüentemente, se refletiu nos dados coletados.

Ainda sobre os participantes, considera-se relevante a reflexão sobre a exclusão do Secretário da Saúde do Município. Questionam-se os motivos que levaram a instituição a excluir do processo de coleta de dados o principal representante da gestão de Saúde do Município, uma vez que não houve substituto para sua fala, como ocorreu com os demais excluídos.

Sobre esta questão, cabe ressaltar dois aspectos. Primeiro, a consideração sobre a cultura organizacional e a tradição das funções gestoras nas instituições de administração pública. A Secretaria Municipal de Saúde é gerencialmente subordinada ao chefe do Poder Executivo do município (prefeito), que se responsabiliza por nomear o secretário municipal de Saúde, sem critérios previamente definidos para esta indicação, ocorrendo, normalmente, por alianças político-partidárias. Assim, o impedimento do acesso à figura do Secretário da Saúde do Município, vivenciado nesta pesquisa, pode traduzir o distanciamento entre o representante máximo da gestão de saúde e a realidade prática dos Serviços de Saúde do Município.

Oficialmente, assegurado em legislação municipal, cabe a este secretário a função de coordenar a execução das ações de saúde

prestadas à população. Questiona-se, porém, a condição de exercício desta função, observado o distanciamento desta figura gestora da vivência prática dos serviços de saúde, revelando o rompimento/distanciamento entre as atividades decisórias que envolvem a função de coordenar e as de agir em saúde. Este aspecto reafirma a tradição das funções de gestão pública do País, de carácter fortemente centralizador de poder, e também a do processo de construção de estratégias de ação dos governos, muitas vezes baseadas apenas em interesses político-partidários.

O segundo aspecto refere-se à conjuntura política do município no momento histórico da pesquisa. Acredita-se que a restrição ao acesso aos gestores e a dificuldade no agendamento de duas entrevistas estejam também relacionadas ao momento de transição de governo e de instabilidade política vivenciada no município, com sérios reflexos na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.

Por estas restrições, percebe-se o quanto o processo de trabalho das gestões fica engessado quando se vivenciam momentos de transição de governo, provocando nos profissionais sentimentos de angústia pela incerteza quanto à continuidade ou não das ações e projetos construídos e desenvolvidos pelas equipes. Emergiram do discurso de todos os sujeitos entrevistados a relevância desta instabilidade, bem como a percepção sobre a situação de crise política e econômica atual, expressão de como a macropolítica influencia as ações dos profissionais e dos gestores que se encontram nos territórios.

Adentrando o tema central da pesquisa, evidencia-se que a lacuna histórica de ações em saúde mental da população infantil, descrita nos vários documentos oficiais, além de em produções científicas, mostra-se, pelo cenário atual dos Serviços de Saúde do município de Florianópolis, realidade ainda insuperável.

O encontro com os gestores propiciou adentrar timidamente a realidade dos serviços envolvidos na RAPS da capital e vivenciar as dificuldades que eles e os profissionais da Saúde encontram na tentativa de ofertar às crianças um cuidado integralizado.

Nas práticas de saúde mental no município de Florianópolis, o esquecimento da infância mostrou-se evidente. A narrativa dos entrevistados revela preocupações sobre cuidado em saúde mental centradas nos adultos, da mesma forma que a construção de estratégias de ação destina-se primordialmente à população adulta, com pouco ou nenhum espaço para ações direcionadas especificamente à população infantil. Os gestores demonstram, inclusive, dificuldade em relatar práticas relacionadas à infância, referenciando, muitas vezes, o cuidado

ofertado ao adulto para responder às questões relacionadas à saúde mental infantil.

Neste sentido, a falta de planejamento de ações em saúde mental destinadas à população infantil foi, nos diversos níveis de gestão do município, um dos aspectos relevantes desta pesquisa. O que torna relevante, para não dizer chocante, a constatação levantada pela pesquisa, é que parece haver desconhecimento do que a literatura evidencia sobre a multiplicidade de fatores envolvidos na condição de saúde mental das crianças e da necessidade vital para elas de expressar essa condição por seu comportamento nos ambientes em que circulam e nas relações com as pessoas que lhes garantem o cuidado. A observação se aplica igualmente às disposições legais nacionais, as quais asseguram prioridade absoluta à atenção e à garantia dos direitos das crianças. Intriga a situação persistente de descuido dos governos com as questões de saúde mental infantil. Evidencia-se que, em Florianópolis, apesar dos esforços de muitos profissionais na busca pela intersetorialidade, as crianças em sofrimento mental, quando atendidas em suas necessidades, recebem um cuidado fragmentado e setorizado, centrado na lógica do encaminhamento e da desresponsabilização.

Apesar da ênfase no processo de desinstitucionalização e na construção de um modelo de atenção psicossocial resguardado pela Reforma Psiquiátrica, que prioriza o cuidado descentralizado nos diversos pontos da rede, verificou-se que em Florianópolis o Capsi continua como dispositivo de referência neste cuidado. O que os fatos revelam é a grande demanda pelo Capsi. São crianças e famílias que manifestam sofrimento mental, convivendo com realidades de desamparo relativamente a este problema. Apesar dos esforços do gestor e dos profissionais do Capsi em promover o cuidado na perspectiva intersetorial, os obstáculos apresentados interferem diretamente no processo de seu trabalho, inviabilizando a construção de ações intersetoriais planejadas.

Mesmo com o reconhecimento da complexidade do fenômeno da saúde mental infantil, e das recomendações políticas sobre a necessidade de um cuidado integral e intersetorial, as dificuldades em delinear estratégias que traduzam a política em ações nos territórios de saúde e que façam convergir os diversos setores, a construção de corresponsabilidade ainda se mostra persistente em Florianópolis.

As categorias construídas nesta pesquisa revelaram a fragilidade das construções intersetoriais relativamente a este cuidado específico na rede de atenção psicossocial de Florianópolis. Embora os gestores admitam a existência de uma intenção, o movimento registrado é ainda

muito incipiente no sentido destas construções. O que se observa, e prevalece, são iniciativas pontuais centradas em profissionais que se mostram abertos, disponíveis a ofertar cuidado a esta população. Reconhecem existir na RAPS hoje apenas uma intenção, muito pessoalizada e dificultada pela máquina organizacional, que não fortalece esses impulsos, pois ainda prevalece a lógica da fragmentação.

A força com que os obstáculos emergiram na narrativa dos gestores, em relação à escassez de elementos facilitadores, revela as inúmeras dificuldades que os atores em saúde encontram quando buscam a corresponsabilização pelo cuidado. O cenário dos serviços de saúde de Florianópolis revela dificuldades estruturais, como a falta de profissionais na rede, a sobrecarga de trabalho, a acumulação de funções, a não adequação na quantidade do Capsi ao tamanho da população do município. A falta de incentivo do governo municipal no tema da saúde mental infantil, a falta de investimento em capacitações e treinamento para os profissionais e as dificuldades no processo de construção de diálogo entre os distintos setores de funcionamento da máquina organizacional pública, por conta de uma tradição fortemente fragmentada, funcionam, segundo os gestores, como propulsores de desconexão da rede.

Os elementos facilitadores ainda se mostram incipientes, restringindo-se a características pessoais dos profissionais da saúde, como interesse pelo tema da infância e a busca por desenvolvimento profissional na área, ou, então, por estratégias que fomentam o diálogo entre os profissionais, entre elas as estratégias de matriciamento, as reuniões de saúde mental e a convocação dos outros setores para o diálogo com a Saúde.

O Protocolo de Saúde Mental do município de Florianópolis reflete as diretrizes nacionais, orienta o trabalho das equipes de saúde, e, apesar de destinar um capítulo específico ao cuidado à infância, não garante a efetivação, a concretização e a responsabilização dos profissionais pelo cuidado em saúde mental infantil nos diversos pontos da RAPS.

A saúde mental infantil ainda não constitui prioridade na agenda da Saúde do município. As ações de sucesso neste âmbito refletem excepcionalidade e resultados de iniciativas pontuais. Os gestores demonstraram reconhecer a ineficiência da RAPS de Florianópolis em acolher e promover um cuidado corresponsável a essas demandas.

Lamentavelmente, a realidade local reflete a realidade de um país que ainda caminha na tentativa de resolver eficazmente questões importantes relacionadas à infância, como mortalidade, epidemias,

analfabetismo. Apesar do caráter de prioridade absoluta juridicamente conferido à criança, compreende-se que o tema saúde mental infantil, dentro deste contexto de avanços e retrocessos das políticas públicas brasileiras e municipais, ainda se mostra em papel secundário, no qual pouco se investe (tempo, recursos, esforços).

Reconhecendo que o sofrimento mental em crianças e adolescentes é um fator de risco para seu desenvolvimento, levando a prejuízos cognitivos e psicossociais que tendem a se agravar na vida adulta, e a necessidade de atuar frente à complexidade das demandas infantis, sugere-se, como um dos caminhos possíveis de ampliação de discussão desse tema no município, o investimento em capacitações e programas de desenvolvimento para os profissionais e gestores da rede.

Diante dessa lacuna assistencial, da carência de políticas públicas e principalmente da dificuldade dos profissionais inseridos na rede de atenção psicossocial em promover o cuidado em saúde mental infantil, reflete-se também sobre o papel da universidade nesta problemática. Como uma instituição plural, que se ocupa da formação dos diversos profissionais envolvidos na atenção a criança, a universidade é um espaço propício para discussão de estratégias que possibilitem a ampliação do olhar para as questões de saúde mental na infância. Entende-se que o envolvimento da universidade na formulação de soluções concretas aos problemas apresentados pela sociedade é uma responsabilidade desta instituição, efetivada por meio do ensino e da promoção de discussões e debates que fomentem respostas aos problemas da sociedade.

Além disso, como forma de fortalecer o cuidado em saúde mental infantil, é importante a realização de outras pesquisas nesta área, que possam contribuir para a construção de programas e estratégias intersetoriais que facilitem o diálogo e aproximem os profissionais dos diversos setores, aprimorando o cuidado para com a infância em toda a rede intersetorial de Florianópolis.



## REFERÊNCIAS

ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo (Org.).

**Cuidado: as fronteiras da integralidade.** 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005. 221-240p.

AMARAL, Augusta Emma Elga Barbosa. Gestão de Pessoas. In: IBANEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon & SEIXAS, Paulo Henrique D'Angelo (Org.). **Política e Gestão Pública em Saúde.** São Paulo: Hucitec Editora : Cealag, 2015.

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. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Ed. Hucitec, 2016, p. 33-45.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. ENSP/Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha & BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária a Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo; Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

ANJOS, Cíntia Santos Nery. **Redes e Ação Intersetorial: a experiência de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil do município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

ARIÉS, Philippe. **História Social da Criança e da Família.** 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROS, Manoel. **Memórias Inventadas: a segunda infância.** São Paulo: Planeta, 2006.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 16. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. A Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Org.). **Política social e democracia**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial União, Seção 1:18055-9**.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **DOU 16.7.1990 e retificado em 27.9.1990**. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2011. **COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS (CEDI), 2001**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 26 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2002. **DOU nº 12, 2013, P. 59**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 6 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as normas e diretrizes para a organização dos CAPS. Brasília. **Diário Oficial da União, 2002, Seção 1, p. 162**.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: **CONASS, 2003**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)>. Acesso em: 25 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004**. Constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Disponível em:



<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608\\_03\\_08\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html)> Acesso em: 7 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. 2 ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. **DOU, dez.2007**. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=8606-saudenaescola-decreto6286-pdf-1&category\\_slug=agosto-2011-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8606-saudenaescola-decreto6286-pdf-1&category_slug=agosto-2011-pdf&Itemid=30192)> Acesso em: 22 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. **Loas anotada: lei orgânica da assistência social**. ASCOM, 2009. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/LoasAnotada.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/LoasAnotada.pdf)> Acesso em: 18 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº121 de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. **Anais do 5º Encontro Internacional de Política Social e 12º Encontro Nacional de Política Social ISSN 2175-098X** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html)>. Acesso em: 8 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde. 2011. **Diário Oficial da União, dez. 2011**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 7 de mai.2016..

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. 2014a. Disponível

em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **RAPS – Rede de Atenção Psicossocial**. 2014b. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-RAPS-rede-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em: 2 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Conselho Nacional de Saúde. Comissão organizadora da III CNSM.

**Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**.

Brasília, 11-15 dez. 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/2002, 213p. abr. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAPRA, Fritjof. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 1998.

CASTRO, Michele G. Bredel. Noção de criança e infância: diálogos, reflexões, interlocuções. In: 16º Congresso de Leitura do Brasil, 2007, Campinas. **Anais....** Disponível em:

<[http://www.alb.com.br/anais16/sem13pdf/sm13ss04\\_02.pdf](http://www.alb.com.br/anais16/sem13pdf/sm13ss04_02.pdf)>. Acesso em: 18 mar. 2016.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio.

Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord.).

**Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

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.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

\_\_\_\_\_ ; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 4. p. 384-389, dez. 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015)>. Acesso em: 18 mar. 2016.

DUARTE, Cristiane S. et al. A Rede Pública Ampliada de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente: estudo-piloto em quatro localidades do estado do Rio de Janeiro. In: **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

FLEITLICH, Bilyk; GOODMAN, Robert. Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. **Child & Adolescent Psychiatry**. V.43, n.6, p. 727-34. 2004.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção em Saúde Mental**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. 2014. Disponível em :

<[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/08\\_08\\_2014\\_9.04.33.e92b012366d98083589e4d546c7691d1.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/08_08_2014_9.04.33.e92b012366d98083589e4d546c7691d1.pdf) >. Acesso em: 21 jan. 2017.

FRANZESE, Cibele. Administração Pública em Contexto de Mudança: desafios para o gestor da políticas públicas. In: IBANEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon & SEIXAS, Paulo Henrique D'Angelo (Org.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora : Cealag, 2015.

GARCIA, Grey Yuliet Ceballos; SANTOS, Darci Neves e MACHADO, Daiane Borges. Centros de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 31, n.12, p. 2.649-2.654, dez.2015.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, Lígia. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão de abordagem de Mario Testa. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, abr./jun. 1990.

KIELING, Christian & BELFER, Myron. Oportunidade e desafio: a situação da saúde mental da infância e adolescência no Brasil. **Rev. Bra. Psiquiatria**, 2012, v. 34, p. 241-244.

LANCETTI, Antonio & AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro : Ed. Fiocruz, 2006.

LAURIDSEN – RIBEIRO, Edith & TANAKA, Oswaldo Yoshimi (Org.). **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS**. 2. ed. São Paulo : Hucitec, 2016.

MATTOS, Rubens Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Rubens Araújo. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec. 2008.

MOTA, André; SCHAIBER, Lilia Blima (Org.). **Infância e Saúde: perspectivas históricas**. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2009.

OLIVEIRA, Walter Ferreira. A compreensão do fenômeno psíquico na modernidade ocidental e a prática da saúde mental social e higiênica no Brasil. **Cad. Bras. Saúde Mental**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 160-165. jan./jun. 2012.

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](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1)> Acesso em: 3 jul. 2017.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Tereza & CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança**. 1989. Disponível em <[https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Wagner Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

\_\_\_\_\_; TEIXEIRA, Carmem Fontes. Política Planejamento e Gestão em Saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública**, 2006; 40(N Esp):73-8.

PANSINI, Ana Lucia de Lima. **A intersectorialidade entre saúde e assistência social no município de Vitória/ES**. Vitória: [s.n.], 2011.

PATEL, Vikram et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. **Lancet**. v.369, n.9569, p.1302-13. 2007.

PETRESCO, Sandra et al. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. v.49, p.975-983. 2014.

QUEIROZ, Roosevelt Brasil. **Formação e Gestão de Políticas Públicas** [livro eletrônico]. Curitiba: 1. ed. InterSaberes, 2012. 277p.

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.

SANMARTÍ, Luis Salleras. **La Educación Sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones**. Madrid: Díaz de Santos; 1989.

SCHMITTER, Philippe. C. **Reflexões sobre o Conceito de Política**. 2. ed. Brasília: Ed. UnB, 1984. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/214265764/Schmitter-Reflexoes-sobre-o-conceito-de-politica>>. Acesso em: 4 jun. 2017.

SILVA, Deonísio. **De onde vêm as palavras: origens e curiosidades da língua portuguesa**. 16 ed. rev. e ampl. Osasco, SP : Novo Século Editora, 2009.

SILVEIRA, Jacira Cabral da. **Infância na mídia: sujeitos, discursos, poderes**. 2000. Dissertação (Mestrado). FAGED/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

SINIBALDI, Barbara. Saúde Mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 12, n. 2. 2013. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-90442013000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 25 mar. 2016.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, a. 8, n. 16, jul./dez. 2006, p. 20-45.

SZASZ, Thomas. **Cruel Compaixão**. São Paulo: Papyrus, 1994.

TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-11). **Estudos de Psicologia. Campinas**. 32(4), 695-703, out./dez. 2015.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 17, p. 219-234, mar/ago. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 25 mar. 2016.

TESTA, Mario. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**. 2005, v. 39, n. 3, p. 507-514. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci_arttext)>.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves. **Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência**. Campinas, SP: Papyrus, 2002.

VIANA, Ana Luiza. 1995. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, 30(2):5-43.

VICENTIM, Maria Cristina Gonçalves. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2006.

ZANIANI, Ednéia Jose Martins; LUZIO, Cristina Amélia. A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantil. **Psicologia em Revista.** v. 20, n. 1, p. 56-57, abr. 2014.





## APÊNDICES

## APENDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Considerando a Política Municipal de Saúde, o que você destacaria especificamente sobre Saúde Mental Infantil?

2. Na sua percepção como a política de saúde dialoga com as outras políticas e setores (assistência, educação, direitos, justiça, esportes etc.) envolvidos no cuidado em saúde mental infantil?

3. Na sua percepção, quais as estratégias intersetoriais de cuidado em saúde mental infantil utilizadas pela RAPS de Florianópolis?

3.1. Quais elementos que você identifica como facilitadores na efetivação do cuidado intersetorial em SMI do município?

3.2. Quais elementos que você identifica como obstáculos na efetivação do cuidado intersetorial em SMI do município?

4. Você conhece Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil?

4.1. Você já participou de algum Fórum de Saúde Mental Infanto-Juvenil, seja ele municipal, estadual ou nacional?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP UFSC

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), na pesquisa que tem como título Estratégias de cuidado intersetorial em saúde mental infantil. Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Monique Schutz Milcent Assis do programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira.

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer as estratégias de cuidado intersetorial em saúde mental infantil reconhecidas pelos gestores envolvidos na Rede de Atenção Psicossocial de Florianópolis.

Durante a pesquisa você participará de uma entrevista semiestruturada em um horário, dia e local mais convenientes para você. Ressaltando que você não é obrigado a responder a todas as perguntas na entrevista, bem como caso queira, poderá desistir do estudo. A entrevista será gravada para facilitar a análise dos dados.

A partir dessa pesquisa, como benefício, você poderá contribuir para ampliar o conhecimento sobre o tema do cuidado em saúde mental infantil, fazendo parte da construção do conhecimento científico.

Durante a entrevista e no processo de pesquisa alguns aspectos desagradáveis podem acontecer. Segue possíveis danos da pesquisa: cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; constrangimento ao se expor durante a realização da entrevista; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante a gravação de áudio; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sua prática profissional e seu ambiente de trabalho. Como forma de minimizar os riscos a pesquisadora ficará atenta aos sinais de seu aparecimento, respeitando a liberdade do entrevistado em não continuar a entrevista.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, porém sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Desse modo, a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido e informado a você. Caso você experimente danos materiais ou morais decorrentes da pesquisa, inclusive relacionados à quebra de sigilo, você tem o direito de recorrer judicialmente por indenizações.

Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado pela pesquisadora, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso tenha alguma dúvida sobre a entrevista, sobre o projeto, ou mesmo queira acompanhar o andamento da pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone ou e-mail citados abaixo. Os dados da pesquisa serão apresentados no ano de 2017 na Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, sendo assim você poderá, caso haja interesse, assistir a esta apresentação.

Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Ao decidir deixar de participar da pesquisa você não terá qualquer prejuízo no restante das atividades.

Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para participar da pesquisa destacamos a importância de estar acontecendo em um local de fácil acesso para você. Portanto, você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei.

O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (48) 88234712, e-mail [moniqueschutz@hotmail.com](mailto:moniqueschutz@hotmail.com), endereço profissional Rua Rui Barbosa, 677 Fundos – Agrônômica/Fpolis – 88025-301. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094 e e-mail [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br).

Eu, \_\_\_\_\_, RG, \_\_\_\_\_, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Contato com os pesquisadores responsáveis:

Walter Ferreira de Oliveira, Dr.

Monique Schutz Milcent Assis

\_\_\_\_\_  
[walteroliveira.ufsc@gmail.com](mailto:walteroliveira.ufsc@gmail.com)

\_\_\_\_\_  
[moniqueschutz@hotmail.com](mailto:moniqueschutz@hotmail.com)

APÊNDICE C – CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS,  
VÍDEOS E GRAVAÇÕES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP UFSC**

Eu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ permito que os pesquisadores relacionados abaixo  
obtenham gravação de voz, de minha pessoa para fins de pesquisa  
científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha  
pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos,  
palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser  
identificada por nome ou qualquer outra forma.

As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores  
pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Contato com os pesquisadores responsáveis:

Monique Schutz Milcent Assis

Fone: (48) 8823-4712

[moniqueschutz@hotmail.com](mailto:moniqueschutz@hotmail.com)

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

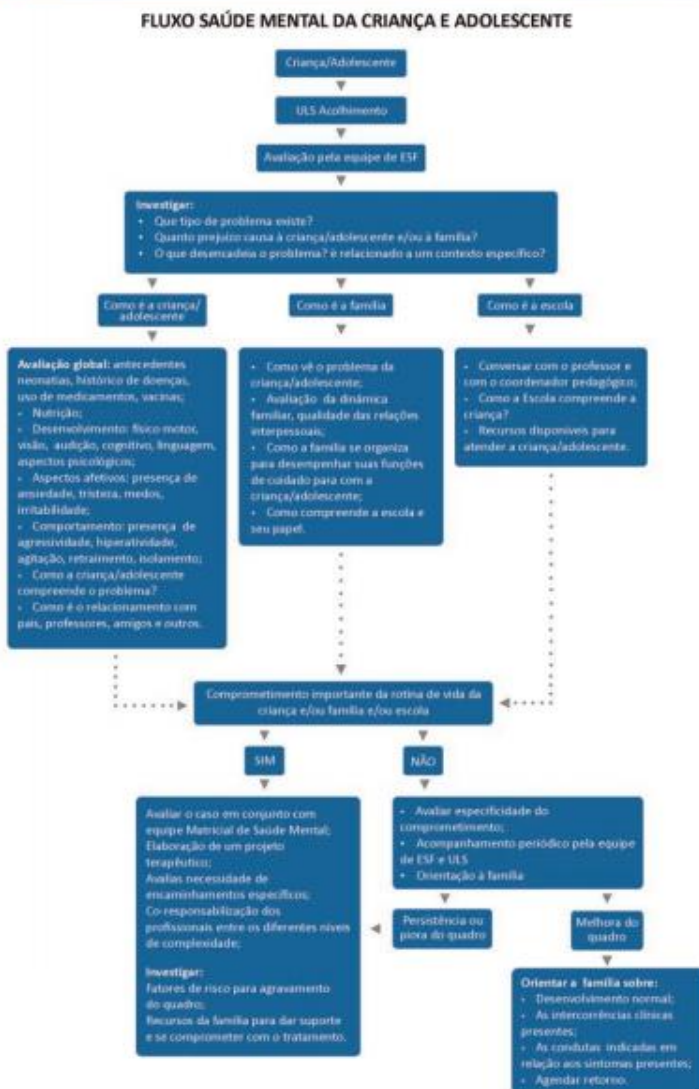
Fone: (48) 9922-9026

[walteroliveira.ufsc@gmail.com](mailto:walteroliveira.ufsc@gmail.com)

**ANEXOS**

## ANEXO 1 – FLUXO DE SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE – PROTOCOLO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

### 5.3 Fluxo de Atenção





## ANEXO 2 – DECLARAÇÃO Nº01 DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE OS DADOS FORAM COLETADOS POR MEIO DE ENTREVISTA



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 19 de Agosto de 2016


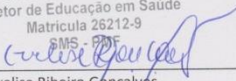
### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado “ **ESTRATÉGIAS DE CUIDADO INTERSETORIAL EM SAÚDE MENTAL INFANTIL**”, da pesquisadora responsável Monique Assis. Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com as rotinas que foram apresentadas pelo pesquisador. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando **seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH** e ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.

Evelise Ribeiro Gonçalves  
Setor de Educação em Saúde  
Matricula 26212-9  
SMS - PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves  
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPS  
Escola de Saúde Pública de Florianópolis  
Setor de Educação em Saúde  
Assessoria em Gestão de Pessoas

## ANEXO 03 – DECLARAÇÃO Nº02 DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE OS DADOS FORAM COLETADOS POR MEIO DE ENTREVISTA

	<b>Prefeitura Municipal de Florianópolis</b> <b>Secretaria Municipal de Saúde</b> <b>Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde</b>
<b>OE 094/SMS/GAB/RH/2016</b>	Florianópolis, 09 de Novembro de 2016.
Prezada,	
Informamos que a Pesquisa intitulada <b>“ESTRATÉGIAS DE CUIDADO INTERSETORIAL EM SAÚDE MENTAL INFANTIL”</b> da pesquisadora responsável <i>Monique Schutz Milcent Assis</i> , foi avaliada pela comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde em conjunto com a Gerência de CAPS, APS e UPA e está aprovada para execução nesta Secretaria.	
A pesquisadora deverá entrar em contato com as referidas Gerências, para combinar o início da coleta de dados, <u>respeitando a disponibilidade do serviço e autonomia dos sujeitos de pesquisa.</u>	
O período autorizado para coleta de dados é de <b>16/11/2016 a 16/05/2017</b> . Caso seja necessária a prorrogação do período, a pesquisadora deve contatar a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, para a emissão de novo ofício.	
Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para o Setor de Educação em Saúde, por e-mail, para o seguinte endereço <u><a href="mailto:educaemsaude@gmail.com">educaemsaude@gmail.com</a></u> .	
Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593	
Atenciosamente,	
<p style="text-align: center;"><i>Evelise Ribeiro Gonçalves</i> Setor de Educação em Saúde Matricula 26212-9 SMS - PMSF </p> <hr/> <p style="text-align: center;">Evelise Ribeiro Gonçalves Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde Setor de Educação em Saúde Assessoria em Gestão de Pessoas</p>	
Ilustríssimos Senhores <b>MONIQUE SCHUTZ MILCENT ASSIS</b> <u>Nesta</u>	
Visite nosso site: <a href="http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/">www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/</a> E-mail: <a href="mailto:educaemsaude@gmail.com">educaemsaude@gmail.com</a> Fone: (048) 3239-1593	