

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

A intersectorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil

The intersectoriality in the psychosocial attention of children and adolescent

La intersectorialidad en la atención psicossocial infantil-juvenil

Luciane Prado Kantorski ¹, Cristiane Kenes Nunes ², Lilian Cruz Souto de Oliveira Sperb ³, Fabiane Machado Pavani ⁴, Vanda Maria da Rosa Jardim ⁵, Valéria Cristina Christello Coimbra ⁶

ABSTRACT

Objective: To describe the capacity of articulation of the Centers of Psychosocial Attention of Children and Adolescent (CPACA) of the States of the South of Brazil with the sectors of Basic Health Network, School, Education Secretary, EJA, Guardianship Council, Social Assistance (CRAS/CREAS) and Justice. **Method:** Census and descriptive character, is a cut from the Research CAPSUL (2011), conducted with 25 CPACA, being 16 in the state of Rio Grande do Sul; 5 in Santa Catarina and 4 in Paraná, in the period of June 2011 to November 2012. In the analysis the basic statistic of descriptive analysis was used. **Results:** The CPACA needs attention and investment by public politics, to promote these actions of improvement are very important to the development of children and adolescents, once in this age they begin the social formation and the psychological maturity. **Conclusion:** To establish partnerships with the responsible bodies, to build an intersectoral network of mutual assistance. **Descriptors:** Mental health, Mental health services, Child, Adolescent.

RESUMO

Objetivo: Descrever a capacidade de articulação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) dos Estados do Sul do Brasil com os setores da Rede Básica de Saúde, Escola, Secretaria de Educação, EJA, Conselho Tutelar, Assistência Social (CRAS/CREAS) e Justiça. **Método:** De caráter censitário e descritivo, é um recorte da Pesquisa CAPSUL(2011), realizada com 25 CAPSi, 16 no estado do Rio Grande do Sul; 5 em Santa Catarina e 4 no Paraná, no período de junho de 2011 a novembro de 2012. Na análise, utilizou-se a estatística básica de análise descritiva. **Resultados:** Os CAPSi precisam de atenção e investimento por parte das políticas públicas, promover essas ações de melhoria são de suma importância para o desenvolvimento das crianças e jovens, já que nesta faixa etária começa a formação social e amadurecimento psicológico. **Conclusão:** Estabelecer parcerias com os órgãos responsáveis, para que se possa construir uma rede intersectorial de assistência mútua. **Descritores:** Saúde mental, Serviços de saúde mental, Criança, Adolescente.

RESUMEN

Objetivo: Describir la capacidad de articulación de los Centros de Atención Psicossocial Infantil-Juvenil (CAPSi) de los Estados del Sur de Brasil con los sectores de la Red Básica de Salud, Escuela, Secretaria de Educación, EJA, Consejo Tutelar, Asistencia Social (CRAS/CREAS) y Justicia. **Método:** De carácter de censo y descriptivo, es un recorte de la Investigación CAPSUL (2011), realizada con 25 CAPSi, siendo 16 en el estado de Rio Grande do Sul; 5 en Santa Catarina y 4 en Paraná, en el período de junio de 2011 a noviembre de 2012. En el análisis se utilizó la estadística básica de análisis descriptiva. **Resultados:** Los CAPSi necesitan de atención e inversión por parte de las políticas públicas, promover esas acciones de mejoría es importante para el desarrollo de estos niños y jóvenes ya que en esta faja de edad comienza la formación social y maduración psicológica. **Conclusión:** Establecer asociaciones con los órganos responsables, para que se pueda construir una red intersectorial de asistencia mutua. **Descritores:** Salud mental, Servicios de salud mental, Niño, Adolescente.

¹ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da UFPel. Email: kantorski@uol.com.br ² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGEnf/UFPel. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/CAPES. Email: cris_kenes@hotmail.com. ³ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGEnf/UFPel. Email: lica.cso@hotmail.com ⁴ Acadêmica de Enfermagem da UFPel. Email: fabianepavani04@gmail.com ⁵ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/UFPel. Email: vandamrjardim@gmail.com. ⁶ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/UFPel. Email: valeriacoimbra@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A inclusão da saúde mental infantojuvenil é recente no campo na saúde mental. Até meados do século XVIII, a infância era um período da vida que tinha pouca relevância para a sociedade e, por conseguinte, questões da saúde. A criança era vista como um adulto em miniatura e não como um ser em crescimento e desenvolvimento, e por isso deveria receber o mesmo tratamento que era dispensado aos adultos, quando apresentasse necessidade de atenção à saúde.¹

A situação começou a ser modificada em meados da década de 80, através da Reforma Psiquiátrica. Impulsionada pela mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde, com o objetivo de mudar a realidade da assistência, possibilitou redirecionar o modelo de atenção para o psicossocial e instituir os serviços substitutivos em saúde mental.²

Nesta mesma ótica, a Constituição Federal de 1988 representou um marco definitivo para o modelo de assistência à saúde infantil, a qual passou a considerá-la prioridade absoluta, e estabeleceu seus direitos por intermédio da Lei 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), reestruturando assim as instâncias jurídica, político e social.³

Tais movimentos não apenas redemocratizaram o país como possibilitaram uma maior visibilidade às crianças e aos adolescentes que, sem distinção de raça, cor, ou classe social, merecem um enfoque na sua proteção integral.

A partir daí, intensificaram-se as discussões, destacando-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, que apontou a necessidade de estender as iniciativas da reforma psiquiátrica à população infantojuvenil; a realização do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil constituído pela Portaria 1.608/2004, que debateu sobre questões referente a crianças e adolescentes com transtornos psíquicos, institucionalizadas.³

Estes movimentos não só corroboraram as reflexões acerca da atenção em saúde, como proporcionaram garantias de proteção integral à criança e ao adolescente, entendendo que ambos necessitam de cuidados e atendimentos especiais para garantirem sua proteção e seu desenvolvimento adequado.¹

No entanto a atenção à saúde mental infantojuvenil, ainda se constitui como um grande desafio na organização do atendimento cotidiano. Não há dúvidas que existem muitos desafios a serem superados. E todas estas mudanças só se tornarão efetivas se transformadas em práticas concretas, produzindo impacto na qualidade de vida da população.⁴⁻⁵

Esse novo modelo de atenção em saúde mental possibilitou a implantação de serviços substitutivos, denominados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre os quais se incluem os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Serviços que compreendem equipes interdisciplinares que devem conter, no mínimo, um psiquiatra, um neurologista ou um pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e pedagogo) e cinco profissionais de nível médio. Em diferentes modalidades de tratamento (intensivo; semi-intensivo e não intensivo). É de responsabilidades destes

profissionais o atendimento referente a transtornos psiquiátricos severos, priorizando um projeto terapêutico singular.⁶⁻⁷

É importante lembrar que o campo da saúde mental não implica só o setor saúde, mas também abrange outros campos, salientando-se a necessidade de uma integração intersectorial de iniciativas como na área da assistência social, educação e justiça.⁸

Nesta perspectiva, é importante refletir a saúde mental infantojuvenil como uma questão que vise além da intervenção da doença e seu tratamento, mas envolva fatores sociais mais complexos, demandando uma articulação intersectorial.

Dessa forma, a intersectorialidade pode ser entendida como articulação de diversos setores, a qual permite compartilhar responsabilidades e saberes, possibilitando um olhar ampliado para solução dos problemas encontrados, com a garantia da inclusão social, cidadania e direitos humanos.⁹⁻¹⁰

Considera-se que a intersectorialidade pode tornar-se um dos eixos principais para a consolidação de um sistema de saúde mais efetivo se construir uma interface ativa no trabalho em saúde mental, especialmente com a Educação, a Assistência Social, a Justiça e os Direitos - setores historicamente relevantes na assistência às crianças e aos adolescentes.⁹⁻¹⁰

Neste contexto, a intersectorialidade deve ser tanto um princípio da política de saúde mental quanto uma diretriz fundamental para a organização e operacionalização dos serviços, e não se reduza somente à presença de serviços, mas efetive-se através de ações pactuadas, compartilhadas e constatadas entre os distintos programas.^{9,11}

Há que se destacar também a escassez de estudos que levam em conta os cuidados voltados a esta população bem como à articulação dos serviços de saúde. Todavia se faz necessário o desenvolvimento de pesquisas com esse foco e a finalidade de contribuir para a melhoria da atenção psicossocial infantojuvenil.¹²

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo descrever as articulações que se realizam entre os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da região sul do Brasil com os setores da saúde, assistência social, educação e justiça, com vistas a fortalecer e ampliar a reflexão e o debate sobre o tema.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo, parte da pesquisa intitulada Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL II). Este estudo de caráter censitário foi constituído por todos os coordenadores dos CAPS da Região Sul do Brasil, de um total de 308 CAPS cadastrados pelo Ministério da Saúde em 2011. A amostra total deste estudo foi constituída por 236 (76,62%) coordenadores dos CAPS da Região Sul do Brasil - I, II, III, AD e i.

O recorte deste artigo é constituído pelos n=25 (71,42%) CAPSi que participaram do estudo, de um total de n=35 existentes na Região Sul do Brasil. No Rio Grande do Sul participaram n=16 (76,19%) CAPSi de um total de n=21. Em Santa Catarina participaram n=5

(83,33%) CAPSi de um total de n=6 e no estado do Paraná participaram n=4 (50%) de um total de n=8.

Os coordenadores responderam a um questionário estruturado autoaplicado, dividido em três módulos (I, II e III) através do sistema eletrônico FORMSUS. Os coordenadores, que não responderam ao questionário, foram contatados novamente (cinco vezes) e àqueles, que referiram dificuldades em responder, foi enviado através do correio eletrônico o questionário, que posteriormente foi transmitido ao sistema eletrônico FORMSUS por pesquisadores treinados e capacitados. Ainda, evitando um maior número de perdas possíveis, foram enviados pesquisadores treinados e capacitados a 23 cidades para entregar o questionário impresso aos coordenadores, que referiram, por contato telefônico, dificuldade em acessar a internet. Após, os dados foram inseridos no sistema eletrônico FORMSUS por pesquisadores treinados e capacitados. A coleta de dados ocorreu de junho de 2011 a novembro de 2012. Os critérios de inclusão foram: ser coordenador de um CAPS da Região Sul do Brasil; concordar em participar da pesquisa mediante aceite do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a construção deste artigo, foi utilizada a metodologia baseada na tríade (estrutura, processo e resultado) do modelo teórico de Donabedian e utilizadas como parâmetro as Portarias 336/2002 e a 3088/2011. Os dados obtidos foram analisados no programa estatístico Stata 12.0, utilizando-se a estatística básica de análise descritiva.

Para este recorte, foram utilizadas as variáveis quanto à presença de articulação com os CAPSi “rede básica”; “Escola/Secretaria de Educação/ EJA”; “Conselho Tutelar”; “Assistência Social (CRAS/CREAS)” e “Justiça”. Quanto à utilização dos espaços frequentados pela comunidade, utilizamos as variáveis “Ginásio”; “Academia”; “Salão de Festas”; “CTG”; “Escola” e “Atelier de arte” e quanto à presença dos espaços de articulação para garantia dos direitos de cidadania do usuário, utilizaram-se as variáveis “Promotoria pública”; “Suporte jurídico” e “Implantação do Fórum Intersectorial”.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em 21 de março de 2011, ata nº 001/2011, protocolo interno nº 017/2011. Todos os sujeitos expressaram a autorização de divulgação, optando por participar da pesquisa, considerando a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Crianças e adolescentes são sujeitos com necessidades particulares. Este momento da vida se constitui forma fundamental para o desenvolvimento das potencialidades de uma vida psíquica rica. E para haver uma maior inclusão dessa população usuária dos serviços de saúde mental infanto-juvenil, deve-se facilitar o acesso aos serviços especializados e sua utilização às famílias que precisam de orientação e direção no tratamento dos filhos.¹³

Segundo dados epidemiológicos mencionados pelo Ministério da Saúde, estima-se que no Brasil 10 % a 20% da população infantojuvenil sofram com transtornos mentais e desses 3% a 4% precisem de tratamento intensivo.³

Dessa forma, concorda-se com a criação de uma rede que estabeleça parcerias e laços com outros segmentos, necessitando do desenvolvimento de ações intersectoriais que englobem os campos da educação, lazer, esporte, cultura, entre outros, além do estabelecimento de parcerias com outras instâncias como o Ministério Público, a assistência social etc. Esta proposta de interlocução com outros campos não apenas estará convocando os diferentes atores sociais, como propiciará a viabilização de novas transformações sociais.¹⁴

Neste sentido, ao analisar as parcerias do CAPSi com os demais setores, ou seja, se existe uma rede intersectorial de cuidado que possa efetivar-se com a articulação das ações específicas de saúde mental infantojuvenil nos setores da saúde como a Rede Básica, compreendendo os serviços de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF), ambulatórios e hospitais gerais, Escola/Secretaria de Educação/ EJA, o Conselho Tutelar, que envolve as crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, a Assistência Social (CRAS/CREAS) voltada para as crianças e adolescentes em estado de necessidade, e Justiça competente para o atendimento às crianças e adolescentes envolvidos em conflitos de natureza jurídica.

Conforme os CAPSi que participaram do estudo (n=25) apresentado na tabela 1, foi mencionada a existência de articulação de 80% com a rede básica. Outro segmento que tem articulação com os CAPSi são as escolas/secretarias de saúde/Educação de Jovens e Adultos (EJA), que apresentam 76%, seguidos por Conselho Tutelar 45% e serviços de assistência social 24%.

Tabela1. Distribuição de CAPSi de acordo com a existência de articulação com outros setores. Brasil, 2011*.

Presença de articulação	Frequência	Percentual (%)
Rede Básica	20	80
Escola/Secretaria de Educação EJA	19	76
Conselho Tutelar	9	45
Assistência Social (CRAS/CREAS)	6	24
Justiça	3	12

Fonte: CAPSUL II, 2011.

*Algumas variáveis foram ignoradas pelos participantes.

Percebe-se que o serviço de maior articulação com o CAPSi é a rede básica de saúde. A atenção básica tem potencial para desenvolver ações de saúde mental, desde a detecção das queixas relativas ao sofrimento psíquico até a promoção de uma escuta qualificada, como também oferecer subsídios para lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando aos serviços especializados.⁵

A partir do dado apresentado, fica evidente que os CAPSi reconhecem a importância de se estabelecer parcerias com a rede básica, compartilhando responsabilidades, fortalecendo o cuidado e garantindo a continuação do tratamento.

A Atenção Básica, por meio do desenvolvimento de suas ações, pode estabelecer relações consistentes com a comunidade, operar mudanças e transformações sociais. Além

de ampliar a sua capacidade resolutiva dos problemas da saúde, permitindo a construção de um novo tipo de relação entre ela e a saúde mental.¹⁴

Recomenda-se que o atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico seja realizado no território e articulado com todos os recursos disponíveis. Neste sentido, faz-se necessário uma rede de atenção à saúde mental, a qual preconize a inclusão de outros recursos da sociedade, para que articulados possam responder às necessidades biopsicossociais dos sujeitos, e a escola é uma deles. Assim na perspectiva da pesquisa, foi referenciada a existência de articulação com este setor.¹⁵

Conforme o Ministério da Saúde, a partir da constatação da garantia dos direitos, tanto das crianças quanto dos adolescentes, ampliou-se o conceito de produção de saúde e, com isso, estão crescentes as parcerias com as escolas. Assim a escola representa um espaço de relações, sendo um ambiente privilegiado, já que desempenha papel fundamental na formação social e construção de cidadania. Através dos dados da pesquisa, pode perceber-se a parceria do setor educação com o setor saúde, auxiliando no enfrentamento das vulnerabilidades, que possam comprometer o desenvolvimento escolar, fortalecendo a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos escolares.¹⁶

Com a finalidade de garantir que sejam atendidas as necessidades previstas na Constituição Federal e no ECA, em benefício do público infantojuvenil, a nova forma de tratamento baseia-se numa rede de atendimento que acrescenta ainda os Conselhos Tutelares, Ministério Público, Varas da Infância e Juventude, além de políticas integradas atuando conjuntamente.¹⁷

Sugere-se ainda a inclusão da política de assistência social, visando a uma intervenção nos grupos de risco social em seu próprio ambiente, família e comunidade, indicando uma intenção de alargar o alvo a ser atingido no processo de desenvolvimento social Mendonça.¹⁸

Diante disso, as ações são mais eficazes se operadas em conjunto, aproveitando-se dos diversos recursos disponíveis, de forma que a articulação entre serviços se mostra necessária, atuando como única possibilidade para construção de uma rede de serviços capaz de responder à complexidade dos cuidados dessa população.¹²

Partindo de que os Centros de Atenção Psicossocial infantil são os responsáveis por desenvolver e oferecer um elenco diversificado de atividades terapêuticas, seja dentro, seja fora do serviço, denota-se que estes devem, por isso, investir mais nos tipos de atividades ofertadas, em vista de promoção em saúde e reinserção social da criança com transtorno mental. Somado a isso, a Portaria nº 224, de 30 de junho de 1992, aponta a comunidade, enquanto local de ação do CAPS, na compreensão de que o trabalho psicossocial deve ocorrer no campo social, visualizando o todo, e não focado num estabelecimento.¹⁹

A socialização da criança vem tornando-se uma ferramenta fundamental de avaliação da inserção desta na sociedade, com ela é possível perceber o quanto há participação nas redes sociais e inclusivas, nos espaços de convivência variados, que possibilitam a ampliação de situações, relações e experiências distintas.

Para que isso ocorra, é necessária a ampliação e diversificação dessas ofertas na sociedade, as quais apostem na construção da autonomia da criança, apoiem a família, invistam na participação em espaços sociais e coletivos e a sustentação disso.

Logo, para as crianças com sofrimento psíquico, a socialização ocorre por meio do CAPS infantil ou da escola na maioria das vezes. Esse fato está ligado ao poder socioeconômico, entretanto os espaços informais da comunidade, como a rua ou quadra esportiva próxima, poderiam vir a propósito disso, porém não são utilizados.¹³

A pesquisa mostra também que 60% dos Centros de Atenção Psicossocial Infantis da região sul do Brasil utilizam espaços da comunidade como os ginásios (40%) em primeiro lugar e seguidos pelos salões de festas (28%), conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição de CAPSi de acordo com a utilização dos espaços na comunidade. Brasil, 2011*.

Espaços na comunidade utilizados pelo CAPSi	Frequência	Percentual (%)
Ginásio	10	40
Academia	4	16
Salão de Festas	7	28
CTG	1	4
Escola	4	16
Atelier de arte	2	8

Fonte: CAPSUL II, 2011.

*Algumas variáveis foram ignoradas pelos participantes.

As atividades extras CAPS além de romperem o sistema de atribuir aos portadores de transtorno mental incapacidade de viver em sociedade, também mostram que o tratamento para eles não é o isolamento. Os resultados têm mostrado a possibilidade de conviver com as diferenças sem que haja segregação e exclusão.²⁰

Em terceiro lugar, está presente a escola e a academia, duas ferramentas de socialização das crianças e consequente reinserção na sociedade. A escola, local essencial na vida das crianças e jovens, é um espaço capaz de reproduzir diferentes situações para a criança com sofrimento mental, e auxiliar no enfrentamento dos problemas, desenvolver potencialidades, como por exemplo, conhecer e se relacionar com outras pessoas, a criação de laços de amizade, descoberta de regras e de jeitos diferentes de agir.

Geralmente crianças com transtorno psíquico têm muito tempo livre, pois não exercem nenhuma atividade, evidenciando a inexistência de rotinas, horários, ou seja, nenhuma programação diária, isso acaba por agravar o quadro, ainda mais quando a criança não vai à escola. É nesse sentido que a escola deve fazer-se presente, reconhecendo o problema e possibilitando que o CAPSi interaja, e conjuntamente com ela, desenvolva atividades, aproveitando todo o potencial que a escola tem, em face de promover a sociabilização das crianças, independentemente de ser ou não usuária do serviço de saúde mental. Está na aliança entre essas instituições o começo da quebra do estigma e do preconceito presentes na sociedade.¹³

Ao encontro disso, a pesquisa traz que 16% dos serviços de saúde mental, voltados à criança no sul do Brasil, desenvolvem atividades em conjunto com a escola, o que

demonstra a necessidade de haver um aumento desse vínculo, CAPSi e escola, de maneira que produza os benefício citados.

Portanto, observa-se que ainda há pouca articulação, entre o serviços de saúde mental e outros espaços na comunidade, capaz de promover intervenções culturais, com estímulo à realização de novas habilidades e ao convívio social. Pode-se então considerar os Centros de Convivência e Cultura - importantes ferramentas da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade - como uma alternativa também a ser pensada no âmbito infantil, contribuindo para maior reinserção social das crianças.

Aos poucos, as transformações na comunidade se darão a partir do momento em que são dissolvidos os preconceitos, e há a reintegração do portador de transtorno mental à sociedade, o que dá condições de resgatar a própria dignidade.

Na tabela 3, são apresentados os espaços de articulação que os CAPSi referiram utilizar para garantir os direitos de cidadania aos usuários, sendo mencionados a promotoria pública, o suporte jurídico e a implantação do Fórum intersectorial.

Tabela 3. Distribuição de CAPSi de acordo com os espaços de articulação para garantia dos direitos de cidadania dos usuários. Brasil, 2011.

Espaços de articulação para garantia dos direitos de cidadania do usuário	Frequência	Percentual (%)
Promotoria pública	18	72
Suporte jurídico	11	44
Implantação do Fórum Intersectorial	2	8

Fonte: CAPSUL II, 2011.

*Algumas variáveis foram ignoradas pelos participantes.

Conforme os dados apresentados na tabela 3, evidencia-se que os CAPSi apresentam maior articulação com a promotoria pública e o suporte jurídico é de 72% e 44% respectivamente. A implantação do Fórum intersectorial não teve tanta representatividade, com 8%.

A política de saúde mental no Brasil vem apresentando nas últimas décadas um movimento de reformulações de suas práticas assistenciais, em consonância com as diretrizes preconizadas, estão envolvidos a promotoria e suporte jurídico encarregados de zelar pelo cumprimento dos direitos da população infantojuvenil. O trabalho conjunto com estas equipes é indispensável para o enfrentamento de situações de vulnerabilidade, responsabilizando-se pelos que necessitam de assistência.²¹

Ao analisar a tabela 3, pode constatar-se uma aproximação dos CAPSi bem significativa com estes setores, que demonstram conhecer a importância de acionar os serviços como garantia de cidadania dos usuários, seja para qualificar o cuidado, seja para garantia dos direitos segurados. Cabe destacar que apesar dos avanços advindos pelas conquistas da Reforma Psiquiátrica, ainda se evidenciam lacunas na compreensão da condição do público infantojuvenil enquanto sujeito de direito e em situação de vulnerabilidade, posto que, na maioria das vezes, recai nos adolescentes especialmente em conflitos com a lei uma condição repressiva, manicomial e de instituições.²²

Dentro desta lógica, busca-se o fortalecimento de parcerias, trabalhar em conjunto, buscar soluções, evitando-se a transferência de problemas, tornando-se protagonistas no cuidado e corresponsáveis pela saúde e qualidade de vida dos sujeitos.

Ainda neste sentido, e não menos importante, reportaram o fórum Intersetorial como instrumento de garantia de cidadania, ainda que timidamente, é interessante perceber que de alguma forma compreendem seu valor para assegurar uma interlocução permanente. Os Fóruns visam à construção de um espaço de debate coletivo e têm como premissa estabelecer uma rede de atendimento capaz, independentemente de seus níveis de complexidade, da elaboração de princípios que possam nortear a construção de uma política pública de saúde mental que inclua discussões, responsabilidades, pactuação de ações intersetoriais, e incite a construção de parcerias capazes de responder pelo cuidado de crianças e adolescentes.²³

Apesar de ainda incipientes as parcerias intersetoriais, é evidente a existência delas. Os serviços de saúde por si só não devem responder a toda demanda e às necessidades da população, apesar das limitações, se faz necessário a construção de parcerias com as demais redes, incluindo os diversos setores tanto dentro do setor específico da saúde, quanto de outros setores como assistência social, justiça, educação entre outras.⁹

É importante destacar que este estudo implicou a investigação de novas parcerias no campo da assistência em saúde mental infanto-juvenil, e os CAPSi são importantes ferramentas de trabalho principalmente se desenvolverem suas atividades em conjunto, fizer conexões com os demais setores, da saúde, assistência social, educação e segurança pública.²⁴⁻⁵ De todo o modo, confere-se um grande empenho das equipes para trabalhar em rede, realizar parcerias com os recursos na comunidade, mesmo quando escassos para a concretização de um cuidado integral.¹²

CONCLUSÃO

Percebemos com esses dados a importância dos laços intersetoriais com os centros de atenção infantojuvenis. Essas articulações são necessárias para que o cuidado seja integrado pelos setores da Rede Básica de Saúde, Escola/Secretaria de Educação/ EJA, Conselho Tutelar, Assistência Social (CRAS/CREAS) e Justiça. Desta forma, a atenção psicossocial não estará restrita a um só órgão responsável, e a união destes sistemas poderá facilitar e tornar ágil o processo de inclusão destas crianças e jovens nos serviços de saúde mental já que a responsabilização será mútua.

A pesquisa nos evidenciou uma aproximação bastante significativa com algumas esferas, demonstrando uma expansão positiva destes vínculos que estão formando-se, mas, ainda, cabe a cada setor participar de forma ativa e qualificada neste processo que está apenas começando.

Outro aspecto, que vale salientar, é a utilização dos espaços na comunidade pelos CAPSi que ainda são escassos. O direito à convivência comunitária é garantido pelo Estatuto

da criança e do adolescente e a falta de convívio social causará prejuízos importantes na vida destas crianças e jovens para uma vida em sociedade.

As atividades fora dos CAPSi precisam fazer parte do cotidiano das crianças e jovens, pois a integração na comunidade é um meio de demonstrar que todos podem conviver mutuamente, utilizando os mesmos espaços e interagindo de forma saudável. Essa convivência só vem desmistificar a saúde mental e expor à sociedade que as pessoas com transtornos psíquicos podem e devem fazer parte da comunidade onde vivem.

O caminho a percorrer ainda é árduo, e os CAPSi, locais de orientação e cuidado, precisam de atenção e investimento de ações por parte das políticas públicas. Neste sentido, a atenção deve ser redobrada, pois é nesta faixa etária que começa a formação social e amadurecimento psicológico.

Desta forma, cabe também aos coordenadores dos CAPSi procurar estabelecer parcerias com os órgãos responsáveis, para que se possa construir uma rede intersectorial de assistência mútua, e não de forma isolada, a fim de criar subsídios necessários para garantir um desenvolvimento benéfico às crianças e jovens.

A integração com todos os espaços da sociedade e setores públicos deve acontecer de forma mais natural, levando a todos os envolvidos as responsabilidades que lhes cabem com essas crianças e adolescentes. Os CAPSi são espaços imprescindíveis para a qualidade de vida de seus usuários, porém necessitam do respaldo da comunidade, desde espaços físicos até assistência jurídica, além do cuidado, atenção e principalmente respeito de todos da sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Machineski GG, schneider FJ. O cuidado em saúde mental na infância: uma revisão de literatura. 2011 [citado 09 ago 2013]; Disponível em <http://www.fag.edu.br/minhafag/php/arquivo/1322653507.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental - Cadernos de Atenção Básica n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Caminhos para uma política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília: Ministério da Saúde: 2005: p. 76.
4. Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. Rev saúde pública.1999; [citado 10 ago 2013] 33(6):586-92. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n6/1044.pdf>
5. Tanaka OY, Lauridsen-Ribeiro E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc saúde coletiva. 2009; [citado 24 jun 2013]; 14(2):477-86. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf>

6. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev bras psiquiatr.* 2008; [citado 20 jul 2013]; 30(4):390-8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
8. Vasconcelos EM. O Controle Social na reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil atual. In: Brasil. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
9. Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. Organização de serviços no sistema único de saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OU. (org.). Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p.147-169.
10. Lima EC, Vilasbôas ALQ. Implantação das ações intersectoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. *Cad saúde pública.* Rio de Janeiro, Ago 2011; [citado 23 jul 2013]; 27(8):1507-19. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/06.pdf>
11. Couto MCV, Delgado PGG. Intersectorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. (org.). Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 271-9.
12. Delfini PSS, Reis AO. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad saúde pública.* Rio de Janeiro, fev 2012; [citado 20 jul 2013]; 28(2):357-66. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/14.pdf>
13. Falavina OP, Cerqueira MB. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. *Revista espaço para a Saúde.* Londrina, 2008 dez; [citado 15 jul 2013]; 10(1):34-46. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/espacoparasauude/v10n1/Artigo%205%20-%20referente%20ao%2070-2008.pdf>
14. Souza AC, Rivera, FJU. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev tempus actas saúde colet.* 2010; [citado 7 jul 2013]; 4(1):115-23. Disponível em <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/945/891>
15. Delfini PSS, Dombi-Barbosa C, Fonseca FL, Tavares CM, Reis AOA. Perfil dos usuários de um centro de atenção Psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. *Rev bras crescimento desenvolv hum.* 2009; 19(2):226-36.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
17. Oliva JCGA, Kauchakje S. As políticas sociais públicas e os novos sujeitos de direitos: crianças e adolescentes. *Rev katal.* 2009; [citado 14 jul 2013]; 12(1):22-31. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rk/v12n1/04.pdf>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
19. Mendonça MHM. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. *Cad saúde pública.* 2002; [citado 12 jul 2013] 18, (suppl.):113-20. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13798.pdf>

20. Tavares ML, Santana JO, Benini LE, Gonçalves PH, Kowalski M. Atividade física e qualidade de vida - a busca pela otimização do tratamento de pacientes psicóticos. Coleção Pesquisa em Educação Física. 2008; [citado 29 jun 2013]; 7(3):61-8. Disponível em <http://www.fontouraeditora.com.br/periodico/vol-7/Vol7n3-2008/Vol7n3-2008-pag-61a68/Vol7n3-2008-pag-61a68.pdf>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
22. Vincentim MCG, Gramkow G. Que desafios os adolescentes autores de ato infracional colocam ao SUS? Algumas notas para pensar as relações entre saúde mental, justiça e juventude. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. (org.). Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p.337-351.
23. Couto MCV. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Brasil. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2001.
24. Távora RCO, Monteiro ARM, Tavares SFV, Lobo AS, Rios FA. Atendimento de crianças e adolescentes em CAPSi: visão dos familiares. Rev pesqui cuid fundam (Online). 2010 out/dez; [citado 10 ago 2013]; 2, (Ed. Supl.):697-700. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1096/pdf_260
25. Silva APAS, Pontes ERJC, Araújo OMR, Maggioni M, Barbieri AR, Tognini JRF. Adolescente vítima de agressão: desequilíbrio nas necessidades humanas básicas Rev pesqui cuid fundam (Online). 2013 abr/jun; [citado 28 jul 2013]; 5(2):3749-56. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2295/pdf_772

Recebido em: 11/09/2013
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 06/01/2014
Publicado em: 01/04/2014

Endereço de contato dos autores:
Luciane Prado Kantorski
Rua Victor Valpério, nº 289, Três Vendas, Pelotas, RS, Brasil.
CEP 96020-250.