

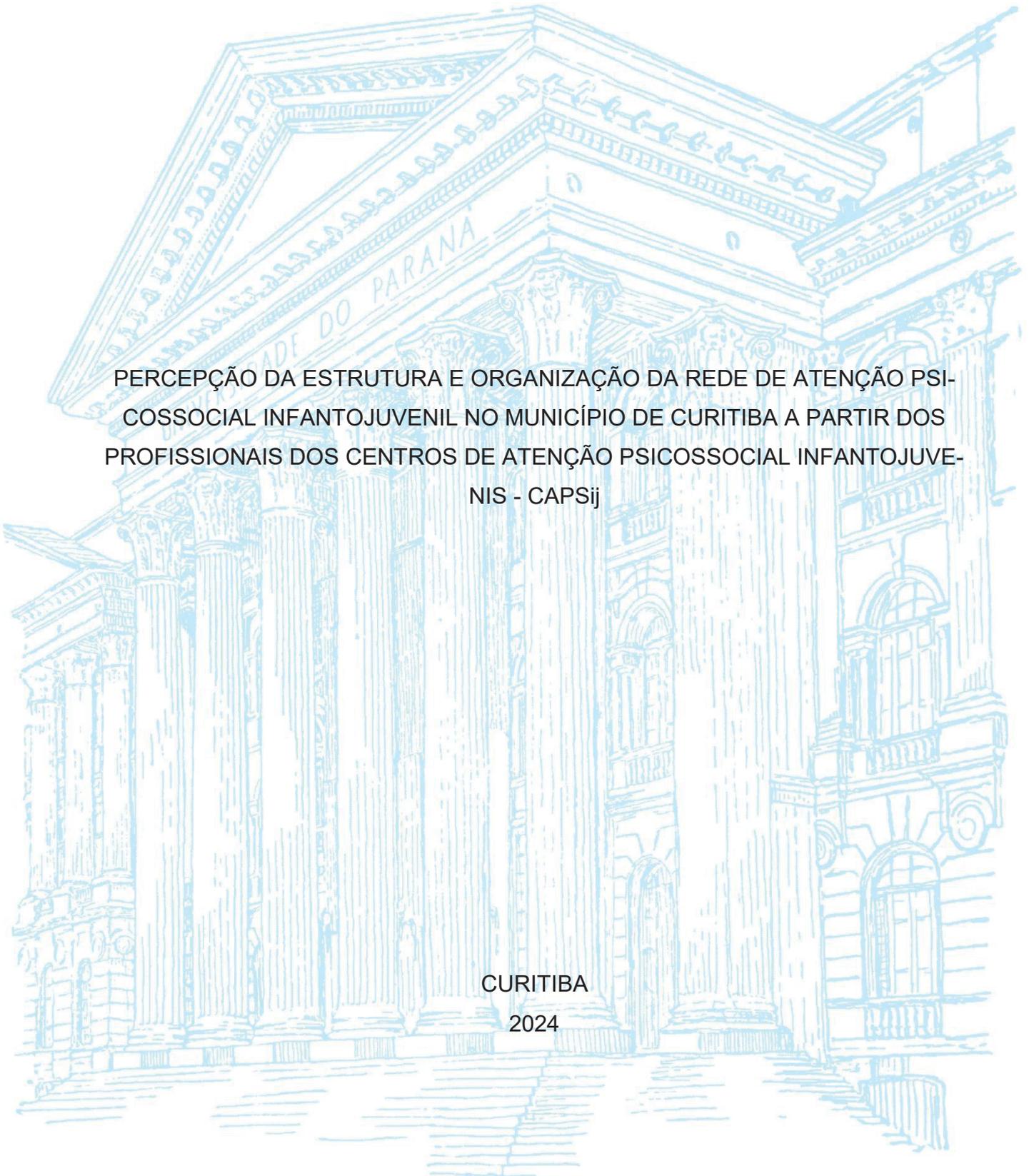
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

REGINA CÉLIA TITOTTO CASTANHARO

PERCEPÇÃO DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL NO MUNICÍPIO DE CURITIBA A PARTIR DOS PROFISSIONAIS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS - CAPSij

CURITIBA

2024



REGINA CÉLIA TITOTTO CASTANHARO

PERCEPÇÃO DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL NO MUNICÍPIO DE CURITIBA A PARTIR DOS PROFISSIONAIS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS - CAPSij

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, para obtenção de título de doutor.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Manoel S. Dória

CURITIBA

2024

---

C346

Castanharo, Regina Célia Titotto

Percepção da estrutura e organização da Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no município de Curitiba a partir dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis - CAPSij [recurso eletrônico]/ Regina Célia Titotto Castanharo. – Curitiba, 2024.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2024.

Orientador: Gustavo Manoel S. Dória .  
Bibliografia: p. 83-87.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Serviços de Saúde da Criança. 3. Serviços de Saúde do Adolescente. 4. Política de Saúde. I. Universidade Federal do Paraná. II. Dória, Gustavo Manoel S.. III. Título.

---

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE Gustavo Manoel S.  
BIBLIOTECÁRIO: GUILHERME LUIZ CINTRA NEVES CRB9/1572



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E  
DO ADOLESCENTE - 40001016013P8

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **REGINA CELIA TITOTTO CASTANHARO** intitulada: **PERCEPÇÃO DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL NO MUNICÍPIO DE CURITIBA A PARTIR DOS PROFISSIONAIS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS - CAPSij**, sob orientação do Prof. Dr. GUSTAVO MANOEL SCHIER DÓRIA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 30 de Outubro de 2024.

Assinatura Eletrônica

30/10/2024 11:33:08.0

GUSTAVO MANOEL SCHIER DÓRIA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

05/11/2024 00:03:19.0

MARIA MADALENA MORAES SANT ANNA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS)

Assinatura Eletrônica

30/10/2024 13:57:12.0

MARIANA MUZZOLON

Avaliador Externo (CENTRO UNIVERSITÁRIO OPET)

Assinatura Eletrônica

30/10/2024 11:10:33.0

SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI

Avaliador Externo (DEPARTAMENTO DA SAÚDE COLETIVA)

Assinatura Eletrônica

30/10/2024 19:15:42.0

ROSIBETH DEL CARMEN MUNOZ PALM

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Rua General Carneiro, 181 - 14º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80060-900 - Tel: (41) 3360-7994 - E-mail: ppgsca@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 408557

**Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 408557**

## DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todas as crianças e adolescentes acompanhados pelas equipes multiprofissionais do Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis de todo o Brasil. Que estes usuários encontrem sempre o melhor espaço de acolhimento, compreensão de suas demandas e que esta atenção especializada, transformada por políticas públicas, seja balizada em princípios equitativos, supere toda e qualquer expectativa de vencer as perdas caracterizadas pela história manicomial brasileira; que desvele a invisibilidade que muitas vezes insiste em aprisionar o campo da Saúde Mental neste país.

## AGRADECIMENTOS

Deixo meu agradecimento especial ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná – PPGSCA na pessoa do meu orientador Professor Doutor Gustavo Manoel Schier Dória, pelo aceite e acompanhamento da minha pesquisa.

Ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná – DTO/UFPR, sem exceção a todos os docentes efetivos e aos substitutos, que ao longo destes anos de doutorado, me deram o suporte necessário para manter o meu estudo.

A todos os participantes da pesquisa, que voluntariamente se colocaram à disposição em contribuir sobre suas práticas diárias nos CAPSij e desta forma viabilizar o panorama que este estudo apresenta.

A minha família Agnaldo, Milena e Stella que me incentivaram a cada dia me desafiar a construir e concluir mais uma etapa da minha vida acadêmica profissional.

Aos meus pais que na sua simplicidade, sempre acreditaram em mim e se mostraram orgulhosos nas minhas mais simples conquistas; nessa trajetória não foi fácil perder vocês, mas me fizeram acreditar que no mundo físico estamos em constantes mudanças, diante de perdas nos transformamos e somos resilientes.

A todos os colegas terapeutas ocupacionais que auxiliaram na composição da minha banca, aos colegas de outros departamentos e também da comunidade externa que aceitaram contribuir como minha banca.

Aos discentes que nesse período compreenderam meus necessários afastamentos e sempre acreditaram que essa conquista é composta por vários afetos e permeada por muitas histórias de vida, que sempre merecerão nosso absoluto respeito.

E um agradecimento em especial, aquele que não está mais entre nós fisicamente, mas que desde 2004, quando adentrei à UFPR, me incentivou a evoluir como docente, pesquisadora e também como uma apaixonada pela saúde mental, meu querido amigo e coorientador deste estudo Professor Doutor Milton Carlos Mariotti, que bom que você pode acompanhar até a penúltima versão deste estudo e me fez acreditar que sempre é possível, com dedicação e propósito. você está presente hoje e sempre!

## EPÍGRAFE

PRA GENTE ACORDAR  
E HÁ DE NASCER UM NOVO AMANHÃ  
PRA GENTE ACORDAR E DANÇAR  
SEM MEDO DE SER, SEM MEDO DE AMAR  
SEM QUE NADA POSSA NOS MACHUCAR

ÁGUA NOS OLHOS QUE ROLAM  
TENHO UM VAZIO NO PEITO  
NEM TUDO O QUE VIVO TEM FORMA  
TÃO CERTO É UM DEFEITO

QUERIA ENTENDER  
AS HISTÓRIAS DE UM MUNDO  
QUE NINGUÉM VAI SABER  
É LUZ QUE NOS GUIA, O BRILHO DA ESTRELA MAIOR

E HÁ DE NASCER UM NOVO AMANHÃ  
PRA GENTE ACORDAR E DANÇAR  
SEM MEDO DE SER, SEM MEDO DE AMAR  
SEM QUE NADA POSSA NOS MACHUCAR

E HÁ DE NASCER UM NOVO AMANHÃ  
PRA GENTE ACORDAR E DANÇAR (E DANÇAR)  
SEM MEDO DE SER, SEM MEDO DE AMAR  
SEM QUE NADA POSSA NOS MACHUCAR (NOS MACHUCAR)

SEM QUE NADA POSSA NOS MACHUCAR  
SEM QUE NADA POSSA NOS MACHUCAR (NOS MACHUCAR)  
SEM QUE NADA POSSA NOS MACHUCAR  
SEM QUE NADA POSSA NOS MACHUCAR (NOS MACHUCAR)

E HÁ DE NASCER UM NOVO AMANHÃ  
PRA GENTE ACORDAR E DANÇAR

(GILSON, 2022).

## RESUMO

O atendimento na área da saúde mental infantojuvenil no contexto brasileiro, segue os preceitos e diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSij, são equipamentos da RAPS e visam o trabalho de articulação em rede no território, destinando-se ao atendimento de crianças e adolescentes com sofrimento mental grave e promovem o acolhimento dessa população por uma equipe multiprofissional. O foco dos CAPSij é o cuidado integrado aos demais equipamentos dispostos no território. Estes equipamentos são das áreas da Educação, Assistência Social e demais serviços de promoção da Cultura, Lazer e Esportes. Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a percepção de gestores e profissionais da saúde dos CAPSij da capital paranaense, a respeito da estrutura e organização da RAPS, enquanto política pública. Caracteriza-se por um estudo observacional, analítico transversal, não comparado, ambispectivo, de abordagem qualitativa-quantitativa. Para isso, considerou-se a estruturação do serviço para a assistência da população infantojuvenil no município de Curitiba. Participaram de forma consentida e voluntária, 3 gestores e 16 profissionais da saúde. Os dados coletados por meio de entrevista semiestruturada foram submetidos a análise descritiva dos dados qualitativos, destacando a atenção psicossocial de crianças e adolescentes atendidos pelos três CAPSij do município de Curitiba e as questões abertas foram tratadas pela análise de conteúdo de Bardin. Como resultados se obteve a caracterização da população assistida, a caracterização de gestores e dos profissionais nos serviços, ações e estratégias identificadas na assistência e território. A análise de conteúdo permitiu a pré categorização de duas temáticas: Barreiras e Facilitadores do Processo da Gestão e Assistência. As doze questões subseqüentes, dissertando sobre as diretrizes da RAPS, permitiram a emergência das seguintes temáticas: Respeito aos direitos humanos – direito dos usuários, Promoção da Equidade, reconhecendo o conceito na prática assistencial, Estigmas e preconceitos: o que se construiu e o que se combate e a Promoção de estratégias e participação em educação permanente. Para que a RAPS seja efetiva e fortalecida no município, ainda existem barreiras como a extensão territorial de abrangência dos CAPSij, mas também facilitadores como o engajamento de gestores e profissionais da saúde que se mostra em constante evolução para atingir os resultados esperados pela política pública e garantia da assistência. Conclui-se que compreender e primar pela saúde mental infantojuvenil na ótica da atenção psicossocial tem motivado gestores e profissionais da saúde a reverem suas práticas e a atuar de forma interdisciplinar nesse contexto, para além dos CAPSij, promovendo e efetivando ações territoriais e intersetoriais. As diretrizes que subsidiaram a efetividade das Políticas Públicas, são distintas e pertinentes a cada território, justificando uma análise contextual de cada município e de cada processo de gestão e assistência.

Palavras-chave: RAPS; CAPSij; atenção psicossocial; saúde mental infantojuvenil; políticas públicas.

## ABSTRACT

Care in the area of child and adolescent mental health in the Brazilian context follows the precepts and guidelines of the Psychosocial Care Network - RAPS. The Child and Youth Psychosocial Care Centers – CAPSij, are RAPS equipment and aim to work together as a network in the territory, intended to care for children and adolescents with severe mental suffering and promote the reception of this population by a multidisciplinary team. The focus of CAPSij is care integrated with other equipment available in the territory. This equipment is from the areas of Education, Social Assistance and other services promoting Culture, Leisure and Sports. This research has the general objective of analyzing the perception of managers and health professionals at CAPSij in the capital of Paraná, regarding the structure and organization of RAPS, as a public policy. It is characterized by an observational, cross-sectional analytical study, not compared, ambispective, with a qualitative-quantitative approach. To this end, the structuring of the service to assist the child and youth population in the city of Curitiba was considered. Three managers and 16 health professionals participated voluntarily and voluntarily. The data collected through semi-structured interviews were subjected to descriptive analysis of qualitative data, highlighting the psychosocial care of children and adolescents served by the three CAPSij in the city of Curitiba and the open questions were treated by Bardin's content analysis. As results, the characterization of the assisted population was obtained, the characterization of managers and professionals in the services, actions and strategies identified in the assistance and territory. Content analysis allowed the pre-categorization of two themes: Barriers and Facilitators of the Management and Assistance Process. The twelve subsequent questions, discussing the RAPS guidelines, allowed the following themes to emerge: Respect for human rights – users' rights, Promotion of Equity, recognizing the concept in care practice, Stigmas and prejudices: what was constructed and what combat and the Promotion of strategies and participation in continuing education. For RAPS to be effective and strengthened in the municipality, there are still barriers such as the territorial extension of coverage of CAPSij, but also facilitators such as the engagement of managers and health professionals, which is constantly evolving to achieve the results expected by public policy and assistance guarantee. It is concluded that understanding and focusing on children's mental health from the perspective of psychosocial care has motivated managers and health professionals to review their practices and act in an interdisciplinary way in this context, in addition to CAPSij, promoting and implementing territorial and intersectoral actions. The guidelines that support the effectiveness of Public Policies are distinct and relevant to each territory, justifying a contextual analysis of each municipality and each management and assistance process.

Key words: RAPS; CAPSij; psychosocial care; mental health children and youth; public policies.

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO ESTUDO .....	32
QUADRO 2 – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO ESTUDO .....	33
QUADRO 3 – RESULTADO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO – TEMÁTICAS E SUB TEMÁTICAS .....	51
FIGURA 1 – ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS .....	19
FIGURA 2 – ARTICULAÇÃO DA RAPS EM REDE NO TERRITÓRIO.....	21
FIGURA 3 – PROCESSO DE TRABALHO – FACILITADORES E BARREIRAS.....	50

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – PROFISSIONAIS NOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (N=19).....	41
TABELA 2 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL E FUNÇÕES NOS CAPSij (N=19) .....	42
TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELOS PROFISSIONAIS NOS CAPSij (N=19) .....	43
TABELA 4 – TRABALHO EM REDE (N=19) .....	43
TABELA 5 – RELAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO E AÇÕES MULTIPROFISSIONAIS/INTERPROFISSIONAIS (N=19).....	44
TABELA 6 – TRABALHO COM QUESTÕES ESPECÍFICAS DOS USUÁRIOS (N=19) .....	46

## LISTA DE SIGLAS

AACAP - *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*  
ABS – Atenção Básica à Saúde  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil  
CC – Centros de Convivência e Cultura  
CDPD - Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência -  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
COVID 19 - (Co)rona (Vi)rus (D)isease – ano 2019  
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social  
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
FAS – Fundação de Assistência Social  
FEAS – Fundação Estatal de Atenção à Saúde  
FEAES – Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde  
G - Gestor  
GC – Gestor do Caso  
HG – Hospitais Gerais  
H0 – Hipótese Nula  
H1 – Hipótese Alternativa  
JAACAP - *Journal of the American Academic of Child & Adolesc Psychiatry*  
MAC - Média e Alta Complexidade  
MS – Ministério da Saúde  
NASFs – Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PAPSI - Programa de Acolhimento Psicológico Individual  
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PTS – Plano Terapêutico Singular  
PROSM - Programa de Saúde Mental no Trabalho  
PS – Profissional de Saúde  
PVC – Programa de Volta para Casa  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RT – Referência Técnica  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SMS – Secretária Municipal de Saúde  
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences.  
SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TR – Técnico de Referência  
UA – Unidade de Acolhimento  
UAS – Unidades de Acolhimento  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFPR – Universidade Federal do Paraná  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
UPAS – Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	17
1.1.1 Objetivo geral.....	17
1.1.2 Objetivos específicos.....	17
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS.....	18
2.2 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL - CAPSij.....	20
2.3 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E AÇÕES INTERDISCIPLINARES DO CAPSij.....	28
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>31</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2 HIPÓTESE DE ESTUDO.....	31
3.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	32
3.4 POPULAÇÃO-FONTE.....	32
3.5 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM.....	32
3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	32
3.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	33
3.8 VARIÁVEIS DE ESTUDO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	34
3.9 PROCEDIMENTOS E ÉTICA EM PESQUISA.....	35
3.10 REGISTRO E GERENCIMENTO DE DADOS.....	36
3.11 ANÁLISE DOS DADOS.....	36
3.11.1 Análise Estatística dos Dados.....	36
3.11.2 Análise qualitativa dos dados.....	37
3.12 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA.....	39
3.13 FOMENTOS.....	40
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
4.1 RESULTADOS DA COLETA DE DADOS DA ENTREVISTA.....	41
4.1.1 Análise do dado - tempo de trabalho de gestores e profissionais de saúde.....	41
4.1.2 Análise da distribuição de atuação dos participantes nos CAPSij.....	41
4.1.3 Análise da formação profissional e funções dos participantes nos CAPSij.....	42
4.1.4 Análise da caracterização da população assistida nos CAPSij.....	42
4.1.5 Análise do trabalho em rede dos participantes.....	43

4.1.6 Análise do processo de trabalho (ações multi/interprofissionais).....	44
4.1.7 Análise da caracterização da população atendida nos CAPSij.....	46
4.2 ANÁLISE QUALITATIVA PRÉ CATEGORIZADA DOS DADOS.....	48
4.2.1 Barreiras no processo de trabalho para gestores: .....	48
4.2.2 Barreiras para os profissionais da saúde:.....	49
4.2.3 Facilitadores sob a percepção dos gestores: .....	49
4.2.4 Facilitadores sob a percepção de profissionais de saúde:.....	49
4.3 ANÁLISE QUALITATIVA TEMÁTICA DAS DIRETRIZES DA RAPS .....	51
4.3.1 Temática I - Respeito aos direitos humanos – direito dos usuários .....	51
4.3.2 Temática II - Promoção da Equidade, reconhecendo o conceito na prática assistencial .....	56
4.3.3 Temática III - Estigmas e preconceitos: o que se construiu e o que se combate .....	57
4.3.4 Temática IV - Promoção de estratégias e participação em educação permanente .....	58
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>60</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>80</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>83</b>
<b>PROFISSIONAIS E GESTORES DO SERVIÇO CAPSij .....</b>	<b>88</b>
<b>APENDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>95</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij), visam atender crianças e adolescentes portadores de sofrimento psíquico grave e persistente, de modo que suas ações no CAPSij auxiliem em sua inserção social (Brasil, 2011). São equipamentos do cuidado em saúde mental, regulamentados pela Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002.

O CAPSij é um serviço aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (Brasil, 2011). Dentre os equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, o CAPSij tem atividades integradas ao território de circunscrição, com objetivo de efetivar as ações intersetoriais, com equipamentos da Assistência Social e da Educação (Brasil, 2011).

Uma das ideias centrais para a implementação dos CAPS, são exemplificadas nas conclusões do estudo de Luzio e Yasui (2010, p. 25), como espaço de transformação dos cenários da saúde mental:

Tais ações devem ter como objetivo produzir mudanças no imaginário social acerca da doença mental, da loucura, da anormalidade e da periculosidade do louco, bem como dos serviços de Saúde Mental enquanto um mero depósito de “doentes mentais”.

Baseado em atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção da autonomia e ao exercício da cidadania, as crianças e adolescentes sob responsabilidade do CAPSij, devem ter assegurados seus direitos de acolhimento e ações em saúde locais, objetivando-se, assim, o respeito, a integralidade do cuidado e a atenção humanizada e centrada nas necessidades pessoais (Brasil, 2011).

Segundo Brasil (2011), com o propósito de assegurar o direito de atendimento especializado e acompanhar as ações voltadas a família natural e/ou substituta, assim como a profissionais de unidades de acolhimento, o CAPSij é um equipamento que busca fundamentação e embasamento nos preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990).

Nascimento et al. (2015, p. 1262) ao citarem Bergmann, Zavaschi, Bassols (2009), enfatizam sobre essa população e a interface com seus contextos e território,

considerando que deve ser entendido os fatores de vulnerabilidade, podendo ser fatores de risco para a saúde mental do público atendido, assim como as dinâmicas familiares enfrentadas por estas crianças e adolescentes.

O atendimento na área da saúde mental infantojuvenil, seguindo os preceitos da RAPS, enfatiza o trabalho em rede e da clínica ampliada (Brasil, 2011). Isto significa trabalho intersetorial, que ocorre no território onde vivem as crianças e adolescentes e suas famílias. Os equipamentos de atenção psicossocial infantojuvenil – CAPSij do município de Curitiba priorizam o trabalho em rede, articulando ações específicas e intersetoriais, objetivando a qualidade na atenção à essa população.

Diante disso, este estudo pretende colaborar com a área da Saúde Mental da Infância e Adolescência, visando elucidar se na assistência à população infantojuvenil de Curitiba, existe uma correlação na percepção dos profissionais e gestores dos CAPSij do município com as diretrizes da RAPS.

A pesquisa se justifica em razão da importância em articular ações territoriais dos equipamentos de atenção psicossocial infantojuvenil, com o objetivo de ir ao encontro dos pressupostos e diretrizes da RAPS.

Desse modo, a questão proposta por esta pesquisa é: Como se dá assistência prestada a população infantojuvenil de Curitiba, sob a percepção de gestores e profissionais da saúde dos três CAPSij, reflexionando suas práticas assistenciais mediante a aplicabilidade das diretrizes da RAPS?

A partir dos objetivos e da questão norteadora, este estudo se propõe a análise contextual da compreensão e do olhar de gestores e profissionais, isso para a efetivação da atenção psicossocial nos equipamentos previstos pela RAPS, voltada ao atendimento de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico na capital paranaense.

## 1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

### 1.1.1 Objetivo geral

- Analisar a percepção de gestores e profissionais da saúde dos CAPSij sobre as diretrizes RAPS com ênfase nas linhas de cuidado em saúde mental infantojuvenil nos CAPSij.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar os CAPSij e suas estratégias de atenção psicossocial nas linhas de cuidado em Saúde Mental infantojuvenil de Curitiba-PR;
- Descrever a percepção dos gestores e profissionais da saúde em relação as diretrizes da RAPS e linhas de cuidado com ênfase nos eixos direitos humanos e direitos dos usuários, equidade como princípio do SUS e de direito, estigmas e preconceitos vivenciados e a educação permanente como fortalecedora da formação profissional.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS

A partir do final da década de 1970, os serviços de saúde mental foram repensados no Brasil pelo movimento da luta antimanicomial, sob a proposição de um projeto de reforma psiquiátrica pelo deputado Paulo Delgado. Após 12 anos o texto foi aprovado e sancionado pela Lei nº 10.216/2001, sendo conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial e Lei Paulo Delgado (Hirdes, 2009).

Desde esse período, novas abordagens de tratamento às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e que fazem uso e abuso de substâncias tem evoluído para uma assistência mais humanizada, resolutiva e singular.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de prestar assistência integral a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o objetivo de garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, a RAPS redirecionou o modelo de assistência em saúde no país, principalmente ao qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Brasil, 2011).

A RAPS é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura; as Unidades de Acolhimento (UA); e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (Brasil, 2011).

A RAPS dispõe em seu artigo 2º as seguintes diretrizes:

[...] constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

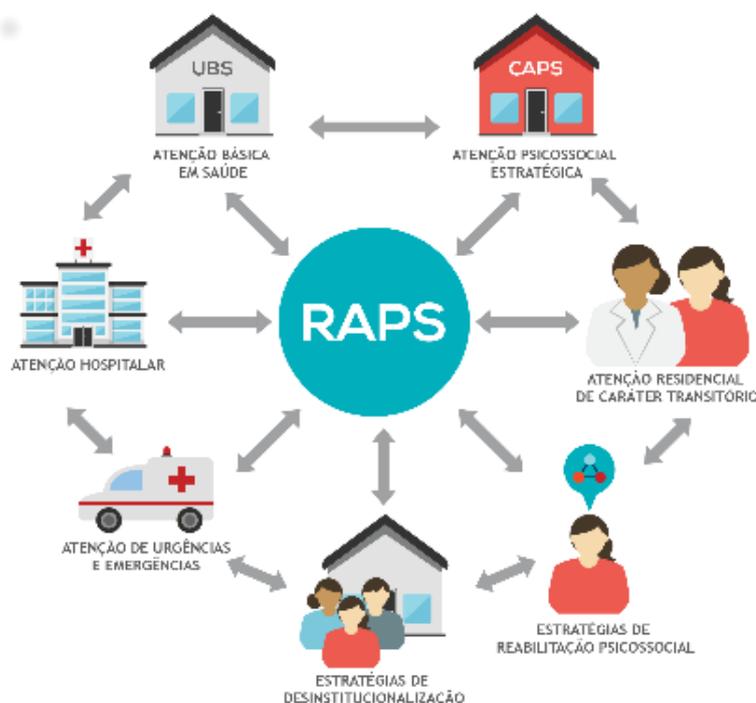
- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;  
X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais Para garantir a integralidade do cuidado;  
XI - promoção de estratégias de educação permanente; e  
XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (Brasil, 2011, n. p.).

A figura 1, apresenta a estrutura de organização da RAPS no território, demonstrando a articulação em rede de diversos equipamentos de saúde, em diferentes complexidades de atenção ao usuário do SUS.

Além das Unidades Básicas em Saúde – UBS, consideradas como a porta de entrada preferencial aos serviços em saúde, a RAPS (Figura 1) dispõe do equipamento Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, organizado pelas equipes multiprofissionais, com propostas interdisciplinares para o público de transtornos mentais graves, usuários de *crack*, e outras substâncias químicas em diferentes regimes de tratamento (intensivo, não intensivo e semi intensivo (Brasil, 2011)).

FIGURA 1 – ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS



FONTE: Brasil (2011).

Em 26 de abril de 2023 uma nova portaria sob o nº 522, altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e tem como finalidade habilitar e alterar a classificação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estabelecendo recursos do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) de Estados e Municípios (Brasil, 2023).

Destaca-se desta forma a importância de considerar a complexidade dos serviços prestados pelos CAPS e sua valoração. Sendo assim, na sequência, busca-se descrever a configuração dos Centros de Atenção Psicossocial, em especial os CAPS Infantojuvenis - CAPSij.

## 2.2 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL - CAPSij

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS foram regulamentados pela Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, visando atender a população portadora de sofrimento psíquico grave e persistente, de modo que suas ações possam auxiliar sua inserção social (Brasil, 2002).

São considerados como pontos centrais e essenciais quando são compreendidos como uma modalidade de atenção, que prevê um lugar de promoção da autonomia do usuário, trazendo-o para o protagonismo durante todo o seu processo de cuidado (Brasil, 2004).

O CAPS é definido no documento denominado *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos* do Ministério da Saúde (2014, n. p.) como:

CAPS: é constituído por equipe interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas [...] atua de forma territorial, seja em situações de crise, seja nos processos de reabilitação psicossocial [...] que devem ser objetos de estratégias diferenciadas de cuidado o serviço deve se organizar Para ser uma porta aberta as demandas de saúde mental do território e também deve identificar populações específicas e mais vulneráveis. O trabalho no CAPS é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reuniões diárias de equipe) de forma articulada com outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Há oferta de cuidados médicos, psicológicos, de assistência social, além de grupos com objetivos diversos. O cuidado é desenvolvido mediante projeto terapêutico singular e envolve em sua construção a equipe, usuário e sua família.

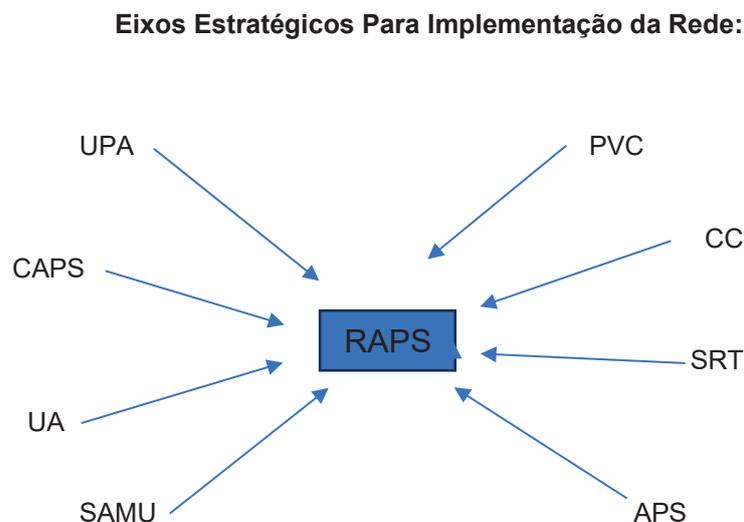
Enquanto linhas de cuidado, estabelecidas para a Saúde Mental infantojuvenil, o documento *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo Redes para Garantir Direitos* (Brasil, 2014), discorre sobre o SUS ao qual é atribuída a “função de promover o direito à vida e a saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas”, permitindo assim que os direitos preconizados pelo ECA (1990) em seus artigos 7º e 11º, sejam assegurados como o direito de um desenvolvimento sadio, possibilitado pelo “acesso universal e equânime as ações e aos serviços de promoção, a proteção e recuperação da saúde” (Brasil, 1990).

Estes direitos são voltados a população de gestantes, parturientes, nutrizes e as crianças e adolescentes; desta forma na saúde mental infantojuvenil, estão contemplados para subsidiar o cuidado exercido pelos CAPS.

O documento *Linha de cuidado para atenção à Saúde Mental* (2019), dá ênfase a “proteção da vida, respeito à dignidade, à liberdade e à convivência familiar, social e cultural” (COSEMS/SC, 2019).

Em 2011 foram definidos por quatro eixos estratégicos voltados a implementação da RAPS (FIGURA 2), sendo eles a ampliação do acesso e qualificação a rede de atenção integral a saúde mental, ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação e ações de prevenção e de redução de danos (Brasil, 2012)

FIGURA 2 – ARTICULAÇÃO DA RAPS EM REDE NO TERRITÓRIO



FONTE: A autora (2024).

---

Os eixos estratégicos são divididos em quatro grupos e segundo Brasil (2012), podemos entender que o Eixo 1, trata da ampliação do acesso à rede de saúde mental, buscando integrar a APS por meio das Unidades Básicas de Saúde – UBS e Unidades de Saúde da Família - ESF, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, as Unidades de Acolhimento – UA, os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT, o Programa de Volta para Casa - PVC, Unidades de Pronto Atendimento – UPA, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Hospitais Gerais - HG e os Centros de Convivência e Cultura – CC, adstritos aos território de origem dos usuários dos serviços de Saúde Mental. Tal eixo objetiva a interligação dos pontos da RAPS no território, evitando quebras nas linhas de cuidado ao usuário de saúde mental.

O Eixo 2 diz respeito a qualidade dos serviços ofertados no território, como também da qualificação dos serviços. O Eixo 3 trata da articulação em rede com demais intersetores do território, como os equipamentos da Educação, Assistência Social e do Lazer, esporte e cultura, visando acesso e cuidado integral as pessoas com sofrimento psíquico, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

E por fim, o Eixo 4, integrando aos demais eixos, explana sobre o cuidar por meio de ações de promoção à saúde e redução de agravos recorrentes de transtornos mentais e/ou uso/abuso de álcool e outras drogas.

Desta forma, os 4 eixos visam fortalecer a relação de usuários e familiares nas ações de saúde mental, vinculação aos serviços e articulação de ações do território que favoreçam o direito ao trabalho, economia solidária, educação, habitação, baseados nos direitos humanos e dos usuários.

Ao refletir sobre os eixos estratégicos, pode-se retomar a ocorrência do Fórum Nacional de Saúde mental infantojuvenil sob a recomendação para 2005 – 2012 (Brasil, 2014), destacando as diretrizes de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional.

Entre essas diretrizes damos destaque a duas principais que corroboram com este estudo: as determinações do ECA e a responsabilidade dos programas de saúde mental a nível municipal, estadual e nacional, tendo em especial referência os CAPSij, para o desenvolvimento de ações de desinstitucionalização da população infantojuve-

nil, que estejam em acordo com as diretrizes da RAPS e consequente Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2014). Esse mesmo documento ressalta a importância do fortalecimento das redes de apoio comunitárias e familiares.

Dentro dessa lógica, em 2014 a Portaria nº 336/GM/MS (Brasil, 2014) estabeleceu as modalidades de atendimento voltadas aos usuários. Dentre elas encontra-se o CAPSij, direcionado a população de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, fortalecendo a diretriz de desinstitucionalização da população infantojuvenil.

Os autores Ferigato, Campos e Ballarin (2007), discutem como a atenção psicossocial deve se estruturar e se efetivar nesse cenário apontando a prioridade de que sejam locais de interlocução, pois quando uma instituição lida com alta complexidade de intervenções, deve existir espaços para que os profissionais possam realizar trocas de experiência fortalecendo comunicações relevantes.

Ao considerar a atenção dada a crianças e adolescentes, baseada na ótica da atenção psicossocial, Taño, Matsukura e Minatel (2021), apresentam a reflexão sobre o cuidado elaborado e articulado as dinâmicas sociais desta população, enquanto sujeitos de direitos e que estes lhes sejam assegurados.

Para Lira et al. (2024), para se construir caminhos para um cuidado coletivo e ampliado, deve-se considerar a saúde a partir de determinantes sociais, históricos e culturais, ou seja, tudo aquilo que perpassa as condições de vida em sociedade.

A articulação em rede da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS do SUS, objetiva o enfrentamento dos desafios de produção da saúde e à qualificação continuada das práticas sanitárias e do sistema de saúde. A PNPS define intersetorialidade como “processo de articulação de saberes, potencialidade e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns” (Brasil, 2015, p. 27).

As performances desenvolvidas com crianças e adolescentes sob responsabilidade do CAPSij, devem assegurar seus direitos de acolhimento, da integralidade do cuidado e da atenção humanizada. Estas devem centrar nas necessidades pessoais por meio do desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social, com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

Diante disso, a implantação dos CAPSij no território nacional e o estabelecimento de diretrizes para articulação intersetorial dos serviços de saúde e outros setores públicos constituem os pilares da saúde mental pública para crianças e adolescentes no país (Couto; Duarte; Delgado, 2008).

Os CAPSij enquanto promotores do cuidado (Brasil, 2007), entrelaçam-se aos preceitos do ECA, (Brasil, 1990), potencializando o direito de atendimento especializado e acompanhado de ações voltadas as crianças e adolescentes, as famílias naturais e/ou substitutas e aos profissionais de unidades de acolhimento.

Considerando o processo de trabalho nos CAPSij, Merçom, Constantinidis (2020, p. 668), citando Simões, Fernandes e Aiello-Vaisberg (2013), destacam a importância do aspecto afetivo-emocional dos trabalhadores que muitas vezes o colocam em contato com suas próprias questões, gerando um sofrimento causado as vezes pela própria fragilidade do profissional.

Também o documento *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo Redes para Garantir Direitos* (Brasil, 2014), enquanto diretrizes para o cuidado em saúde mental, enfatiza: “a criança e adolescente são sujeitos e, como tal, são responsáveis por sua demanda e seu sintoma”. Desta forma devem ter assegurado seu direito de fala, assim como sua singularidade ser considerada na assistência à política de saúde mental infantojuvenil.

Ao considerar uma das ações no CAPSij, o Plano Terapêutico Singular (PTS), definido como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (Brasil, 2007, p. 40), corrobora com a necessidade de ouvir e assegurar as demandas da população infantojuvenil, sob tratamento nestes espaços.

Também como uma estratégia a Ambiência é tida como um espaço físico e relacional, promotor de acolhimento de demandas e facilitador do processo de adesão, participação ativa de usuários, profissionais e familiares/cuidadores na atenção psicossocial dos CAPSij (Brasil, 2010).

Neste mesmo documento a Ambiência é apresentada como ferramenta que responde ao processo de humanização dentro dos princípios do SUS. Ela é sustentada, enquanto seus três eixos se mostram presentes: ser ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecer a otimização de recursos e promover o acolhimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Para além do conceito de ambiência, o Ministério da Saúde (Brasil, 2007, p. 10) apresenta o conceito de Clínica Ampliada, expandindo o conceito de assistência e se baseia em:

[...] Para que se realize uma clínica adequada é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas.

Em relação ao acolhimento das crianças e adolescentes se faz necessário o reposicionamento do profissional de saúde para uma escuta universal e qualificada, em que a demanda deve ser recebida, acolhida e respondida e desta forma as portas dos equipamentos de saúde precisam estar abertas ao acolher (Brasil, 2007).

O Journal of the American Academic of Child & Adolesc Psychiatry - JAACAP (2023), destaca:

A abordagem dos sistemas de cuidados, surgida na década de 1980, expandiu os cuidados de saúde comportamental de crianças e adolescentes dos serviços básicos de psicoterapia, gestão de medicamentos, serviços psiquiátricos de internamento e tratamento residencial para incluir tratamento e apoio domiciliar e comunitário; programas de promoção, prevenção e intervenção precoce; e serviços especializados para crianças muito pequenas, jovens e adultos jovens em idade de transição<sup>1</sup>.

As características individuais das crianças e adolescentes que demandam atenção psicossocial têm importância terapêutica. Anseios, medos, raivas, manias, sonhos e rotinas devem ser perguntados no momento de acolhimento, da mesma maneira que os comportamentos observáveis desse primeiro encontro devem ser considerados, porém não como definitivos, mas sim como parte de um processo vivenciado por essas crianças e/ou adolescentes e seus acompanhantes (Brasil, 2007).

Cabe ressaltar também, o panorama global de transtornos mentais na população infantojuvenil e como eles interferem no cotidiano dessa população.

Para os autores Felver-Gant; Levi; Gayle (2011):

---

<sup>1</sup> Tradução livre, realizada pela autora (2024). No original, em inglês: "Clinical Update: Child and Adolescent Behavioral Health Care in Community Systems of Care".

A infância e adolescência são um período conturbado no tempo de vida humano; de fato, a pesquisa epidemiológica aponta para taxas alarmantes de psicopatologia neste grupo demográfico (Samhsa, 2009). Profissionais que prestam serviços de crianças e adolescentes precisam de cuidados baseados em evidências intervenções para resolver este problema crescente.<sup>2</sup>

Considerando também o panorama global dos transtornos mentais da população infantojuvenil, Polanczyk et al. (2015) destacam uma prevalência de 13,4% e Green et al. (2005) relatam que de cada 10 crianças e adolescentes no Reino Unido, com idade entre 5 a 16 anos, apresentam ao menos uma condição de saúde mental diagnosticável. Enquanto tantos outros experimentam sintomas, sem atingir o limiar de um transtorno clínico. Estas crianças e adolescentes se apresentam como fonte de angústia para si e seus familiares.

Neste mesmo panorama Hagell, Coleman e Brooks (2015), relatam que apenas 25% das crianças com sintomatologia para transtornos mentais e que sejam clinicamente significativos, recebem o cuidado especializado. Por outro lado, os autores ressaltam que segundo Ford et al (2005), 43% dessas não estavam sob acompanhamento por serviços de saúde mental.

Para os autores Woodward e Fergusson (2001) e Meltzer et al. (2003), os transtornos mentais na infância, se não forem tratados, possuem alto índice de persistência na fase da adolescência e vida adulta. Ao considerar a infância e adolescência dentro de todas as fases do ciclo de vida como um período curto, observa-se nestes dados o quanto é importante uma atenção especializada a esses fatores de interferência e prejuízo para o seu desenvolvimento.

Nessa mesma reflexão conceitual o JAACAP (2023), publica o artigo *Clinical Update: Child and Adolescent Behavioral Health Care in Community Systems of Care*

Estes serviços e apoios são prestados por uma grande força de trabalho multidisciplinar e são regidos por princípios fundamentais, incluindo uma conceitualização de caso biopsicossocial; cuidados orientados para a família, orientados para os jovens, baseados nos pontos fortes e informados sobre o trauma. Serviços no ambiente menos restritivo; continuidade dos cuidados

---

<sup>2</sup> Tradução livre, realizada pela autora (2024). No original, em inglês: "Childhood and adolescence is a turbulent period of the human lives; indeed, epidemiological research points to alarming rates of psychopathology in this demographic (Samhsa, 2009). Professionals who provide services for children and adolescents are in need of evidence-based interventions to address this growing problem".

durante as transições; um quadro de saúde pública para a prestação de serviços; promoção do bem-estar e resiliência; e eliminação das disparidades na saúde.<sup>3</sup>

Com base na Política Nacional de Humanização - PNH do SUS, atua-se com o princípio da transversalidade em saúde, o qual utiliza ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Estes devem direcionar, assim, as estratégias e métodos para articular ações, saberes, práticas e os sujeitos de uma atenção integral à saúde garantida, resolutiva e humanizada (Brasil, 2007).

O encaminhamento para os serviços mais adequados à demanda da criança e/ou adolescente devem ser realizados a fim de propiciar o trabalho efetivo em rede, objetivando o exercício da clínica ampliada e envolvendo a intersetorialidade no território. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 13), “o território é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a vida acontece”.

Este território, local de vivências de crianças e adolescentes, onde a educação é prevista e assegurada enquanto direito no Brasil, deve ser sustentado por ações psicossociais da RAPS. Entre essas, estão previstas no território de abrangência dos usuários, a relação com suas escolas e com os demais equipamentos, como a Saúde, Assistência Social, Cultura e Justiça (Brasil, 2011).

Para Felver-Gant; Levi; Gayle (2011), nos Estados Unidos da América as escolas e seus profissionais estão começando a fornecer serviços de saúde mental, direcionados de forma preventiva aos estudantes, para capacitar as equipes escolares e para oferecer a infraestrutura necessária a este espaço. Estas realizações, em comparativo com o previsto na RAPS (2011), no Brasil, equiparam-se as ações intersetoriais previstas no território do usuário.

Em comparativo a estes dados estadunidenses, recentemente no Brasil, foi publicada em 18 de outubro de 2023, a Portaria nº 1.062, que institui o Programa de Saúde Mental no Trabalho – PROSM, para os profissionais da rede pública de ensino do Distrito Federal. Este é um grande passo para que a saúde mental infantojuvenil seja acompanhada em todo o território nacional.

---

<sup>3</sup> Tradução livre, realizada pela autora (2024). No original, em inglês: “These services and supports are delivered by a large multidisciplinary workforce and are governed by key principles, including a biopsychosocial case conceptualization; family-driven, youth-guided, strengths-based, and trauma-informed care. Services in the least restrictive setting; continuity of care across transitions; a public health framework for service delivery; promotion of wellness and resilience; and elimination of health disparities”.

Visando a prevenção de agravos à Saúde Mental, pelo Programa de Acolhimento Psicológico Individual - PAPSII, o PROSM visa acolher os profissionais de educação e gestores (Distrito Federal, 2023). Desta forma, a atenção dada aos trabalhadores da educação, favorece o trabalho com crianças e adolescentes, a partir do cuidado prestado aos profissionais, como também das características territoriais e a configuração das equipes que trabalham nestes serviços.

Considerando a importância de reconhecimento do território, cria-se a proposta de Equipe Interdisciplinar (de Referência) e Apoio Matricial<sup>4</sup>, a qual objetiva facilitar a humanização da gestão e da atenção ao mesmo tempo.

### 2.3 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E AÇÕES INTERDISCIPLINARES DO CAPSij

As equipes multiprofissionais são previstas nos CAPSij pela portaria GM/MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, e segundo a Cartilha da Política Nacional de Humanização - PNH (2007), os profissionais que atuam nestes equipamentos devem ter como dever manter e assumir as funções com responsabilidade para os usuários que procuram os serviços de saúde.

[...] assumir a RESPONSABILIDADE sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de INTERSETORIALIDADE; RECONHECER OS LIMITES DOS CONHECIMENTOS dos profissionais de saúde e das TECNOLOGIAS por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, e assumir um compromisso ético profundo.

O município de Curitiba, nos serviços de saúde mental – CAPS/CAPSij, tem suas equipes estruturadas pelos distritos sanitários correspondentes a cada CAPS/CAPSij.

Nos CAPSij o gestor estrutura sua equipe, dividindo-a em mini equipes; em razão da extensão territorial e pela abrangência de mais de um Distrito Sanitário de Saúde, possibilitando assim que essas mini equipes atendam uma parte específica do território geral de abrangência de um determinado CAPSij e sejam técnicos de referência - TR dos casos atendidos nesta microrregião.

---

<sup>4</sup>O Apoio Matricial e a Equipe de Referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (Campos; Domiti, 2007, p. 400).

A ética permeada pelo compromisso com o usuário favorece que o profissional e o serviço como um todo o ajude no enfrentamento diário das questões que o levam ao adoecimento, bem como a ter a compreensão das influências externas em seu cotidiano (Brasil, 2007).

A Clínica Ampliada preconiza e exige de seus profissionais uma constante (re)avaliação de seus próprios valores e dos que são colocados pela sociedade, a fim de identificar que aquilo que possa lhe fazer sentido, como correto ou trazer um significado pessoal, pode ser a causa de adoecimento do outro (usuário).

Considera-se importante também destacar o combate aos estigmas e preconceitos, ressignificando o lugar socialmente ocupado pela população assistida, considerando que o estigma acontece a partir das relações sociais. E a partir delas as pessoas que não se enquadram em certos valores, característica são consideradas muitas vezes estranhas segundo Goffman (apud Figueirêdo, 2021).

Corroborando com o combate ao estigma e preconceito, a Clínica Ampliada propõe também “que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida” (Brasil, 2007).

As ações interdisciplinares previstas para o trabalho em CAPSij, vão além das expertises de cada profissão. O Núcleo abrange as ações específicas do profissional em sua área de formação acadêmica, enquanto o Campo propõe ações comuns aos profissionais na atenção psicossocial, desenvolvidas com cada usuário, mediante a construção conjunta de seu PTS e visando a integralidade da atenção à saúde (Brasil, 2007).

O Comitê de Sistemas de Cuidados Comunitários e Comitê sobre Questões de Qualidade da *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* – AACAP (2023), destaca que “os profissionais de saúde com formação na abordagem de sistemas de cuidados podem melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde comportamental para crianças e adolescentes”<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup>Tradução livre, realizada pela autora (2024). No original, em inglês: “Health professionals who are educated in the systems of care approach can improve access to and quality of behavioral health care for children and adolescents with behavioral health needs”.

Para melhor compreender a finalidade do presente estudo, a pesquisa se estrutura a partir de uma abordagem qualitativa e quantitativa, sendo seus materiais e métodos apresentados no capítulo a seguir.

### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo observacional, analítico transversal, não comparado, ambispectivo, de abordagem qualitativa e quantitativa.

Considerado como estudo loco regional, visa aprofundar questões do município estudado, respeitando suas características de organização e como processa as diretrizes e políticas públicas vigentes para os serviços de saúde mental infantojuvenil.

Nesta pesquisa, os fenômenos estudados foram a estruturação e organização da RAPS nos serviços de atenção psicossocial infantojuvenil do município de Curitiba, isso a partir da percepção de gestores e profissionais da saúde. Procurou-se também caracterizar os CAPSij, por meio de suas estratégias e ferramentas e sua aplicabilidade à população infantojuvenil atendida.

Para aporte teórico acerca da temática pesquisada, realizou-se uma revisão narrativa de literatura que segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011), favorece a aquisição e atualização acerca de um tema, sem necessária resposta a um questionamento e servindo para a contextualização da população a ser estudada, assim como as políticas públicas que subsidiam a implantação e funcionamento dos serviços pesquisados.

#### **3.2 HIPÓTESE DE ESTUDO**

Para atender esse objeto de estudo foi considerada como variável a percepção dos profissionais sobre as diretrizes da RAPS, enquanto conceito, ações e estratégias da assistência e a efetividade na prática dos gestores e profissionais da saúde.

Sendo a hipótese nula - H0 identificada como o desconhecimento e a não apropriação das diretrizes da RAPS na prática da gestão e da assistência dos profissionais de saúde e a hipótese alternativa - H1 como o conhecimento e apropriação das diretrizes da RAPS e a sua efetividade na rotina profissional de gestores e profissionais de saúde nos CAPSij.

### 3.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa ocorreu nos três Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis – CAPSij do município de Curitiba: CAPSij Pinheirinho e CAPSij Boa Vista, coordenados pela Fundação Estatal de Atenção à Saúde de Curitiba – FEAS em convênio com a Secretaria Municipal de Curitiba – SMS e o CAPSij Centro Vida sob gestão da SMS.

A pesquisa se deu em razão destes 3 serviços serem os responsáveis pela assistência em saúde mental infantojuvenil, dentro de todo o território de abrangência do município de Curitiba.

A partir do ano de 2018 os 3 CAPSij fazem parte gestão compartilhada entre a SMS de Curitiba e a FEAS. Isso se mostra relevante uma vez que o período de pesquisa compreendeu os anos de 2017 à 2021. Tendo ocorrido uma limitação na coleta de dados no período de 2020 a 2021 em razão da Pandemia do COVID-19.

### 3.4 POPULAÇÃO-FONTE

Foram participantes da pesquisa 3 gestores dos CAPSij do município de Curitiba e 16 profissionais de saúde que compõem as equipes interdisciplinares dos 3 serviços, sendo estes 3 médicos, 6 psicólogos, 2 assistentes sociais, 2 terapeutas ocupacionais, 1 técnico de enfermagem e 5 educadores sociais/técnicos de enfermagem.

### 3.5 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

A amostra foi composta de forma voluntária e com o esgotamento do assunto discutido, cessaram as entrevistas.

### 3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados critérios de inclusão, os dados fornecidos no Quadro 1:

QUADRO 1 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO ESTUDO

- Ser gestor e/ou coordenador de CAPSij que trabalha no período da coleta de dados em CAPSij, sob a gestão do município de Curitiba;
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Ser profissional de saúde, trabalhador durante o período da coleta de dados em CAPSij, sob a gestão do município de Curitiba;
- Ter aceitação espontânea de participação na pesquisa;
- Demonstrar adesão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

FONTE: A autora (2024).

O recrutamento se deu por meio de contato com gestores, apresentação do projeto de pesquisa aos gestores e a notificação da pesquisa em curso foi transmitida pelos gestores em reunião de equipe e também por comunicação impressa nos locais pesquisados.

Posteriormente foi disponibilizada uma agenda de horários e os gestores informaram dias e horários de contatos para realizar a entrevista com os mesmos e também com os profissionais da saúde.

Para compor a amostra, o recrutamento dos participantes esteve condicionado a aceitação e participação livre dos entrevistados pesquisados e restritos aos anos de coleta da pesquisa.

### 3.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram considerados critérios de exclusão os dados apresentados no Quadro 2:

#### QUADRO 2 – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO ESTUDO

- Fornecimento de dados inconsistentes;
- Impossibilidade de manter agendamento prévio para as entrevistas;
- Não disponibilidade para reagendamento das entrevistas;
- Mudança de função na gestão e/ou coordenação no momento da entrevista.

FONTE: A autora (2024).

Ocorreu durante a coleta de dados, a impossibilidade de participação na entrevista por profissionais de saúde agendados, mas que não puderam se organizar para o momento da aplicação do instrumento de coleta de dados – um total de 6 profissionais da saúde.

### 3.8 VARIÁVEIS DE ESTUDO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram consideradas como variáveis quantitativas de estudo a efetivação das diretrizes da RAPS nos serviços, por meio da caracterização da população atendida nos CAPSij, as estratégias e ferramentas utilizadas, sendo estes dados estruturados na primeira parte da entrevista semiestruturada (APÊNDICE 1).

Na segunda parte da entrevista, dentro do Protocolo de coleta de dados, estruturada por 13 questões abertas, consideradas variáveis qualitativas (APÊNDICE 1). Esta parte em questão é composta por uma questão (nº 5), acerca de barreiras e facilitadores na gestão e assistência a população, e na sequência as 12 diretrizes da RAPS são descritas, apresentando para cada diretriz, 3 perguntas disparadoras sobre a concepção do assunto: o conceito da diretriz, as estratégias e ações identificadas pelos gestores e profissionais da saúde e por fim, a aplicabilidade de tais diretrizes nas suas práticas profissionais nos serviços.

Tendo como variáveis: a percepção dos profissionais e gestores acerca da efetivação da RAPS; as mudanças e redirecionamento nas práticas profissionais na assistência; as interferências e/ou contribuições da RAPS na qualidade do trabalho prestado; e os resultados considerados como efetivos na assistência a população infantojuvenil.

O instrumento para coleta de dados – Entrevista semiestruturada (APÊNDICE 1), foi construído pela pesquisadora e orientador, estruturando-se em uma primeira parte de questões objetivas e de múltipla escolha a fim de caracterizar a população assistidas pelos CAPSij e também os seus gestores e profissionais, como também pelas estratégias e ações desenvolvidas nestes serviços. A segunda parte contém uma questão aberta, com 2 indicadores sobre a assistência prestada a população, as barreiras e facilitadores do processo de trabalho e na sequência as 12 diretrizes da RAPS são apresentadas aos participantes, subsidiadas por 3 questões também abertas sobre a compreensão da diretriz, o objetivo da diretriz enquanto uma política pública de atenção psicossocial e a última exemplificar a diretriz a partir do seu cotidiano profissional.

### 3.9 PROCEDIMENTOS E ÉTICA EM PESQUISA

A pesquisa documental foi submetida a análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná – CEP SD, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAEE 61744516.4.0000.0102, como também do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba - SMS.

Estes processos foram realizados a fim de analisar a percepção de profissionais da saúde sobre a atenção psicossocial prestada a crianças e adolescentes atendidos nos três equipamentos CAPSij do município sob a luz das diretrizes da RAPS. A saber, os equipamentos foram: CAPSij Pinheirinho e CAPSij Boa Vista, estes dois primeiros vinculados à Fundação Estatal de Atenção à Saúde de Curitiba – FEAS, atual FEAS – Fundação Estatal de Assistência à Saúde e o terceiro o CAPSij Centro Vida, sob responsabilidade da Prefeitura Municipal de Curitiba.

A partir da aprovação do projeto pelo CEP SD e CEP SMS, a coleta de dados foi autorizada via comunicação aos gestores dos CAPSij.

Para a coleta de dados, estruturada na primeira parte do instrumento entrevista semiestruturada, buscou-se por meio de perguntas objetivas, caracterizar a população infantojuvenil atendida nos serviços CAPSij e o funcionamento, mediante estratégias e modos de trabalho dos CAPSij no município, desde o ano de 2013 – período de implantação da RAPS nos serviços – até o ano corrente do período de coleta dos dados nos CAPSij. Esses dados forneceram o conteúdo para tratamento estatístico dos dados compilados e tratados com variável dependente do estudo.

O instrumento entrevista semiestruturada (APÊNDICE 1) em sua segunda parte, fornece os dados para análise quantitativa, os quais foram considerados no tratamento estatístico como variável explicativa e também por análise qualitativa, por meio da categorização das respostas acerca da percepção dos participantes sobre a efetividade dos serviços a partir da implementação da RAPS.

Foi realizada sob a concordância da Secretaria Municipal de Saúde e anuência da FEAES/FEAS, os procedimentos de recrutamento dos participantes da pesquisa e posterior coleta de dados.

As entrevistas ocorreram em salas privadas dos CAPSij, destinadas a atendimento à população como consultórios e salas de atendimentos em grupo, salas admi-

nistrativas, conforme disponibilidade de uso dos espaços pelos gestores. Nestes espaços os participantes puderam preencher a parte de questionário com questões fechadas e a partir das perguntas abertas houve a permissão de uso de gravador pela pesquisadora. As duas últimas entrevistas, a época das restrições físicas da Pandemia, ocorreram por meio de sala virtual, da plataforma *teams*, sendo gravadas mediante concordância dos profissionais e dando-lhes a devida privacidade. O tempo em média de duração das entrevistas foi de no mínimo 1 hora e no máximo 2 horas e 30 minutos.

A pesquisa em questão implicou risco mínimo, na medida em que os participantes da investigação possuíam autonomia plena e não estavam enquadrados no grupo da população considerada vulnerável à pesquisa. Também foi subsidiada pelos preceitos éticos, considerando os benefícios possíveis, e todos os cuidados foram tomados no sentido de respeitar e preservar a privacidade do anonimato e à dignidade dos participantes da investigação.

### 3.10 REGISTRO E GERENCIAMENTO DE DADOS

A coleta de dados com os profissionais da saúde e gestores dos CAPSij, ocorreu pela resposta às questões fechadas e abertas para identificar como se dá a estrutura e organização da RAPS a partir da caracterização a população atendida, modos de trabalho dos CAPSij na assistência psicossocial e a aplicabilidade das diretrizes da RAPS no cotidiano de gestores e profissionais da saúde.

### 3.11 ANÁLISE DOS DADOS

O estudo tem como procedimentos a análise estatística e pesquisa documental de políticas públicas, a fim de investigar a percepção dos gestores e profissionais da saúde a caracterização da população assistida nos CAPSij do município de Curitiba. Como também se considerou a percepção dos profissionais sobre as diretrizes da RAPS no seu cotidiano de trabalho nos CAPSij.

#### 3.11.1 Análise Estatística dos Dados

Para a análise estatística, os dados de caracterização da população atendida,

estratégias e ações de gestores e profissionais de saúde foram compilados e tabulados em planilha eletrônica (*Excel*) e submetidos à análise estatística descritiva e tratamento pelo programa *SPSS - Statistical Package for the Social Sciences*. As variáveis categóricas foram descritas por frequências e percentuais.

A caracterização destes dados, respeitando a estrutura e organização dos serviços participantes, na primeira parte do instrumento, considerou o que de acordo com Minayo (2010), o estudo metodologicamente proposto possa evidenciar ligações causais entre intervenções e situações de vida real. O contexto em que uma ação ou intervenção ocorreu ou ocorre, bem como o rumo de um processo, o caminho e as maneiras de interpretá-lo, o sentido e a relevância de algumas situações chave nos resultados de uma intervenção, portanto possibilita uma observação direta sobre um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real.

### 3.11.2 Análise qualitativa dos dados

Para análise qualitativa dos dados do instrumento entrevista semiestruturada, utilizou-se o referencial de Minayo (2010), definindo a entrevista como fonte de informação e que fornece dados primários e secundários de natureza objetiva, e que tratam a reflexão do próprio sujeito da realidade que vivencia e também sob o referencial de Bardin (2010) que destaca o conceito de análise temática, em que o texto da entrevista após transcrição pode ser dividido em temas principais e aperfeiçoando-se a leitura em sub temas.

A partir da definição de entrevista (Minayo, 2010), a pesquisadora construiu sob supervisão do orientador o instrumento de coleta de dados, estruturado em 2 partes, a primeira com questões objetivas de múltipla escolha, com dados de caracterização de gestores e profissionais de saúde, como local, tempo de trabalho, função; dados da população atendida (ciclo de vida, gênero, hipóteses diagnósticas) e as ações e estratégias realizadas no campo de trabalho de gestores e profissionais de saúde.

A segunda parte do instrumento, composta por questões abertas sobre as 12 diretrizes da RAPS, contendo cada uma, 3 questões disparadoras acerca de conceito da diretriz, a diretriz alicerçada a uma política pública de atenção psicossocial e a aplicabilidade no cotidiano dos gestores e profissionais da saúde nos respectivos CAPSij como espaço de trabalho.

As questões abertas das entrevistas foram transcritas pela pesquisadora na íntegra, passaram por correção gramatical e foram analisadas inicialmente por meio de pré categorização de temas: a questão 5 que se refere a barreiras e facilitadores no processo da gestão e assistência, foram agrupadas em 2 grupos com as respostas dos 19 participantes e por similaridade e diferenças de respostas, geraram um segundo grupo, com as características comuns das respostas.

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados e tratados mediante análise de conteúdo segundo Bardin (2010), sendo definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

As 12 diretrizes da RAPS, elencadas por 3 questões disparadoras sobre conceito da diretriz, as estratégias e ações identificadas pelos gestores e profissionais da saúde e a aplicabilidade de tais diretrizes nas suas práticas profissionais nos serviços, foram analisadas pelos extratos de fala dos participantes e 6 temáticas emergiram e são apresentadas no capítulo dos resultados.

Enquanto tratamento e análise dos dados, a partir desta pré organização, as repostas de gestores e profissionais da saúde passaram pela análise de conteúdo de Bardin propriamente dita, considerando-se as três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação – caracterizando-se em análise temática, ou seja, a análise dos significados das repostas dos gestores e profissionais da saúde, as questões apresentadas no instrumento entrevistam semiestruturada.

Na primeira etapa denominada de pré-análise, realizou-se um trabalho gradual de apropriação do texto, estabelecendo idas e vindas entre o documento analisado e as próprias anotações, até emergir os primeiros contornos das unidades de registro. A pré-análise foi decomposta nas seguintes tarefas: leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação ou reformulação de hipóteses e objetivos.

Dessa forma, a leitura flutuante do conjunto de comunicações fez com que o pesquisador tomasse contato direto e intenso com o material de campo, com o objetivo de se apropriar do conteúdo. Logo, a constituição do *corpus* – termo que diz respeito ao universo estudado na sua totalidade – respondeu a algumas normas de validade qualitativa, a saber: exaustividade, representatividade e homogeneidade. Por último, procedeu-se à formulação e à reformulação de hipóteses e objetivos, processo que retomou a etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material em relação às indagações iniciais.

Ainda na pré-análise, ocorreu a organização do material, que teve por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa (Bardin, 2010).

Nessa fase, a codificação em unidade de contexto (são alguns parágrafos) e unidades de registro (é o menor recorte de ordem semântica do texto) foram definidas, além dos conceitos teóricos gerais que orientaram a análise. Os objetivos da pesquisa, bem como a leitura das entrevistas contribuíram para determinar as unidades de registro.

A segunda etapa consistiu na exploração de material, sobretudo por ser uma operação classificatória que visou alcançar o núcleo de compreensão do texto. Pretendeu-se encontrar as categorias, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo foi organizado. A categorização incidiu num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas.

Em seguida, na terceira etapa – tratamento e interpretação dos resultados – foram relacionados os dados obtidos com o *corpus* existente, sistematizando-os e os correlacionando aos objetivos iniciais, de modo a constituir o conhecimento científico acerca do objeto pesquisado.

Para organizar os extratos das respostas à segunda parte da entrevista dos profissionais da saúde e dos gestores, utilizou-se a codificação alfanumérica distribuída de forma aleatória para preservar a identidade dos participantes, portanto foram organizadas da seguinte forma: profissional de saúde – PS e gestores – G.

Organizou-se os dados desta segunda parte, por temas e sub temas que emergiram da leitura identificando-se a estrutura de análise temática, que além de dados quantitativos, permitiu que a subjetividade dos entrevistados acerca da temática pesquisada fosse evidenciada. Também permitiu que o conhecimento das diretrizes que dão suporte ao funcionamento dos equipamentos, fossem identificadas nos significados que estes profissionais atribuem à atenção psicossocial, evidenciando assim, suas percepções acerca das diretrizes no seu cotidiano profissional, e a apropriação de fato do objeto pesquisado.

### 3.12 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo foi monitorado pela pesquisadora durante todo o período de coleta

de dados. Não houve a participação de colaboradores na coleta e nem para a transcrição das entrevistas. A análise e interpretação dos dados estiveram sob a responsabilidade da pesquisadora. As possíveis mudanças ocorridas nos serviços ou mesmo nas diretrizes das Políticas Públicas, que nortearam a investigação, foram consideradas e integradas ao projeto.

### 3.13 FOMENTOS

A pesquisa a princípio não envolveu fomentos ou custos as instituições participantes, porém ocorreu mediante a anuência destes.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS DA COLETA DE DADOS DA ENTREVISTA

A partir da coleta de dados com os participantes da pesquisa, o material analisado pela pesquisadora passou por dois procedimentos: análise estatística após tratamento dos dados pelo programa SPSS. Com os dados organizados em planilhas eletrônicas e posteriormente tratados e tabulados sob a análise descritiva dos dados.

Os dados coletados nas questões abertas, foram tratados por análise de conteúdo de Bardin (2010), onde todos os procedimentos passaram por criteriosa análise e posterior categorização dos dados coletados na parte 2 do instrumento entrevista semiestruturada em temáticas.

#### 4.1.1 Análise do dado - tempo de trabalho de gestores e profissionais de saúde

Em relação a variável descritiva quantitativa, foram coletados dados sobre o tempo de trabalho dos profissionais e gestores no serviço de Saúde Mental Infantojuvenil. Ao calculá-los em meses, foi constatado como maior tempo de trabalho 212 (5,3%) meses e como menor tempo 4 meses (10,5%), de um n =19 entrevistados. Ressalta-se que o cálculo foi realizado no momento da entrevista, por isso, os dados condizem com este período.

#### 4.1.2 Análise da distribuição de atuação dos participantes nos CAPSij

Os equipamentos de saúde em que esses profissionais atuam, constam na Tabela 1.

TABELA 1 – PROFISSIONAIS NOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE (N=19)

Equipamentos	N	%
CAPSij Centro Vida	11	57,9
CAPSij Pinheirinho	06	31,6
Capsij Boa Vista	02	10,5

FONTE: A autora (2024)

Observa-se nessa tabela que os resultados caracterizam a maior parte dos profissionais entrevistados trabalhando a época no CAPSij Centro Vida (11), em seguida no CAPSij Pinheirinho (6) e, ao final, em menor número, o CAPSij Boa Vista (2).

Cabe ressaltar que nesta última coleta os fatores de proteção em relação a Pandemia de COVID-19, interferiram significativamente no contato com os profissionais.

#### 4.1.3 Análise da formação profissional e funções dos participantes nos CAPSij

Em relação a formação profissional dos entrevistados e suas respectivas funções nos serviços de Saúde Mental Infantojuvenil, os dados são mostrados na Tabela 2:

TABELA 2 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL E FUNÇÕES NOS CAPSij (N=19)

<b>Formação profissional/função</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Assistente Social	2	10,5
Médico(a)	3	15,8
Psicólogo (a)/2 Gestores(as)	6	31,6
Administrador/ Educador Social	1	5,3
Técnico de Enfermagem /3 Educadores sociais	5	26,3
Terapeuta Ocupacional/1 Gestor(a)	2	10,5

FONTE: A autora (2024)

Participaram da pesquisa 2 Assistentes sociais = 10,5%, 3 Médicos = 15,8%, 6 Psicólogos (2 gestores), 1 Administrador/Educador Social, 5 Técnicos de Enfermagem (2 educadores sociais) e 2 Terapeutas Ocupacionais (1 gestor), totalizando 100% da amostra de 19 Participantes.

#### 4.1.4 Análise da caracterização da população assistida nos CAPSij

Na Tabela 3 estão presentes os dados da população diretamente assistida pelos profissionais dos CAPSij.

TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELOS PROFISSIONAIS NOS CAPSij (N=19)

População	n	%
Crianças e Adolescentes	18	94,7
Somente Adolescentes	01	5,3
Total	19	100

FONTE: A autora (2024)

Observa-se que em porcentagem, 3 gestores e 15 profissionais, assistem crianças e adolescentes (94,7%) e 1 profissional assiste adolescentes (5,3%).

#### 4.1.5 Análise do trabalho em rede dos participantes

A relação em rede dos profissionais com os demais equipamentos localizados nos territórios de origem dos usuários está representada e caracterizada em suas variáveis na Tabela 4.

TABELA 4 – TRABALHO EM REDE (N=19)

Profissionais da Rede	Respostas	n	%
Profissionais da Saúde	Sim	13	68,4
	As vezes	6	31,6
Profissionais da Educação	Sim	14	73,7
	As vezes	4	21,1
	*Omisso	1	5,3
Profissionais da Assistência Social	Sim	14	73,7
	As vezes	4	21,1
Outros equipamentos do território	Sim	15	78,9
	As vezes	4	21,1
Total		19	100

FONTE: A autora (2024)

Constata-se que 3 profissionais não mantiveram relação com outros equipamentos de Saúde, 3 profissionais eventualmente e a maior parte deles, 13, possuíam relação.

A vinculação dos profissionais dos CAPSij com os equipamentos de Educação dos territórios de origem dos usuários, caracterizando a Intersectorialidade, tem em porcentagem 14 profissionais desempenham essa função, 1 profissional e 3 gestores as vezes a desempenham e houve a omissão deste dado por 1 profissional.

Na relação com equipamentos da Assistência Social observou-se que a maior parte dos profissionais (14) a estabelece, indicando 73,7%, 4 eventualmente, indicando 21,1% e apenas 1 refere não fazer contato com esses equipamentos, indicando 5,3%.

O trabalho em rede com outros equipamentos do território, a maioria dos participantes desta pesquisa (15) mantêm essa estratégia de assistência a população, o equivalente a 78,9%. Em número menor, 4 participantes não a realizam equivalente a 21,1%.

#### 4.1.6 Análise do processo de trabalho (ações multi/interprofissionais)

Na Tabela 5, são apresentadas as relações entre o processo de trabalho e as ações multiprofissionais e interprofissionais previstas na RAPS como estratégias para a assistência à população infantojuvenil.

TABELA 5 – RELAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO E AÇÕES MULTIPROFISSIONAIS/INTERPROFISSIONAIS (N=19)

Ações	Respostas	n	%
Ambiência	Sim	12	63,2
Acolhimento	Sim	14	73,3
Especificidade técnica profissional	Sim	19	100
Construção do Plano Terapêutico Singular – PTS	Sim	18	94,7
Atendimento Individual	Sim	16	84,2
Atendimento grupal/coletivo	Sim	15	78,9
Grupo de Pais/familiares/cuidadores	Sim	7	36,8
	As vezes	2	10,5
Visita à escola de usuário	Sim	11	57,9
	As vezes	2	10,5
Visita domiciliar	Sim	17	89,5
	As vezes	2	10,5
Reunião de equipe	Sim	19	100,0
Reunião de mini equipe	Sim	19	100,0
Alta e encaminhamentos dos usuários a outros serviços	Sim	16	84,2
	As vezes	2	10,5
Reconhecimento de intersetores no território do usuário	Sim	15	78,9
Total		19	100,0

FONTE: A autora (2024).

A estratégia Ambiência é realizada por 12 dos participantes entrevistados, sendo que 7 não estão envolvidos com esse procedimento.

Em relação ao acolhimento, identifica-se que 14 dos entrevistados participam ativamente do processo de acolhimento, correspondendo a 73,7% de novos casos,

demandas geradas em sala de espera e/ou situações de suporte a crises. Outros 5 participantes por suas especificidades profissionais não realizam esta ação, o que equivale a 26,3%.

A Tabela 5 também apresenta que a totalidade dos participantes da pesquisa (19=100%), realizam ações de ordem profissional técnica específicas.

Em relação a construção do Plano Terapêutico Singular – PTS, destaca-se que a grande maioria 18 profissionais/gestores, participam desta ação, o que equivale a 94,7% e apenas 1 não participam desta ação, 5,3%

Sobre a ação atendimento individual, não só como uma ação de especificidade da área de formação, mas também ao profissional responsável técnico pelo caso, aqui nomeado de Técnico de referência do caso – TR, a responsabilidade pelos usuários, familiares e todas as ações intersetoriais determinadas

Em números, 16 profissionais realizam o atendimento, caracterizando 84,2% Apenas a 3 gestores não são atribuídas essas funções, o que reporta a 15,8% da amostra.

Sobre as ações de Atendimento grupal ou coletivo identificou-se que 3 gestores não realizam esse procedimento, 15,8%, 15 profissionais da saúde o realizam efetivamente, 78,9% e apenas 1, não realiza - 5,3%.

No que concerne ao atendimento a pais/familiares/cuidadores, identifica-se nos resultados que 7 dos 19 profissionais realizam grupos, o que equivale a 36,8%. O valor 2 se refere aos profissionais que por vezes fazem esse procedimento, 10,5% e os 10 demais profissionais/gestores não realizam esse procedimento, 52,6%.

A ação visita a escola do usuário. Como resultado sabe-se que 11 profissionais/gestores realizam esta ação, 57,9%; 6 profissionais não realizam, 31,6% e 2 as vezes realizam, 10,5%.

Outra ação preconizada pela RAPS, trata da visita domiciliar que visa favorecer o reconhecimento da realidade de usuários e familiares, sendo essa realizada em sua maioria, num total de 17 participantes, por gestores e também por profissionais considerados os técnicos de referência dos casos. Apenas 2 participantes relatam que, devido à especificidade profissional e a demandas internas, não a exercem.

Em relação a organização da gestão dos serviços e suas equipes para a organização de demandas e processo de trabalho, destaca-se a estruturação de reuniões técnicas e administrativas.

Pode-se verificar nos resultados das ações de reunião de equipe e mini equipe que os procedimentos administrativos e técnicos são realizados pela totalidade dos profissionais e gestores (19), assim como a divisão em mini equipes para tratar das especificidades dos territórios de abrangência sob suas responsabilidades técnicas.

Em relação aos procedimentos profissionais voltados a cada caso sob sua reponsabilidade ou corresponsabilidade técnica e ao reconhecimento no território de origem do usuário, visando a promoção de ações intersetoriais.

As ações de alta e encaminhamentos dos usuários atendidos. Percebe-se aqui que 16 profissionais dos serviços realizam esse procedimento; 1 pela especificidade profissional atende outras demandas; e outros 2 as vezes pactuam desses procedimentos em suas ações.

A Tabela 5 finaliza apresentando os dados referentes as ações dos profissionais que realizam ações de reconhecimento dos equipamentos de apoio que favorecem a atenção psicossocial nos diferentes territórios de moradia dos usuários, 15 profissionais desempenham esse reconhecimento na sua assistência aos usuários e 4 relatam que por especificidades profissionais, não possuem essa ação atribuída as suas rotinas nos serviços.

#### 4.1.7 Análise da caracterização da população atendida nos CAPSij

Na tabela 6 são apresentados os dados coletados referentes a caracterização dos CAPSij, mediante dados sobre a especificidade da clientela atendida.

TABELA 6 – TRABALHO COM QUESTÕES ESPECÍFICAS DOS USUÁRIOS (N=19)

<b>Questões específicas dos usuários</b>	<b>Respostas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Gênero: incidência diagnóstica e identidade de gênero	Sim	16	84,2
Faixas etárias e ciclos de vida	Sim	17	89,5
Inserção escolar/escolaridade	Sim	19	100,0
Diagnóstico Clínico:	Sim	17	89,5
Reconhecimento de sintomas e sua classificação			
Condição socioeconômica	Sim	19	100,0
Origem do encaminhamento	Sim	18	94,7
	As vezes	1	5,3
Motivo da Consulta	Sim	19	100,0
Configuração familiar	Sim	19	100,0
Responsabilidade Técnica/Gerência do Caso	Sim	15	78,9
Total		19	100,0

FONTE: A autora (2024).

Em relação a gênero dos usuários atendidos, considerou-se neste dado a incidência diagnóstica por gênero e também questões relacionadas a identidade de gênero, apresentada principalmente pela população adolescente atendida, 16 % dos entrevistados consideraram importante esse reconhecimento na assistência prestada e suas influências no tratamento.

De acordo com as especificidades profissionais e suas funções, observa-se que a localização e detalhamento das faixas etárias e do desenvolvimento infantojuvenil são importantes no processo de trabalho dos profissionais, pois 17 de 19 dos entrevistados as executam.

Outra premissa de extrema importância para a assistência desta população, ocorre pela inserção e permanência escolar, pela qual todos os participantes foram unânimes ao atribuir importância ao conhecimento do desenvolvimento infantojuvenil – 100% dos 19 participantes.

Sobre a importância em conhecer os critérios diagnósticos e o reconhecer a sintomatologia, em sua grande maioria, 17 profissionais atribuem importância e 2 não atribuíram importância para seu processo de trabalho.

Sobre as condições socioeconômicas, a estrutura familiar e os recursos de subsistência previstos nos direitos da criança e do adolescente, percebe-se que são fatores que interferem diretamente no tratamento da população, portanto, diante de vulnerabilidades o trabalho em rede se torna imprescindível.

Em consideração ao território de pertencimento dos usuários, observa-se na Tabela 6 a importância de localização geográfica dos recursos de saúde, educação e assistência social presentes no território de origem destes usuários que propõe ações de encaminhamento aos serviços de saúde mental infantojuvenil, atuando de forma interdisciplinar e em rede.

O motivo da consulta e procura pelo serviço, demonstra que o trabalho em rede se apresenta funcional, organizando os encaminhamentos de forma efetiva e resolutive para o serviço especializado.

Há de ser claro aos responsáveis diretos ou indiretos o porquê buscar esse serviço, sem desvincular-se dos equipamentos de Educação, Atenção Básica a Saúde - ABS e Proteção Social.

A configuração familiar é uma grande fonte de informação para o diagnóstico situacional da clientela, sendo que a totalidade dos entrevistados observam os histó-

ricos de saúde mental familiar, incidência de diagnósticos, hábitos nocivos, responsabilidades da família nuclear ou substitutiva, vulnerabilidades das mais diversas e a responsabilização pelo tratamento das crianças e adolescentes.

Por fim, a questão da Responsabilidade Técnica (RT) ou Gerência de Caso (GC), como um dos pontos importantes desenvolvido sob a luz da RAPS. Nessa função se identificou que 4 profissionais não a exercem devido a própria configuração profissional ou por decisão da equipe multiprofissional.

Considerando os resultados encontrados na primeira parte do instrumento Entrevista Semiestruturada, e visando articula-los as análises das demais partes do instrumento, apresenta-se na sessão subsequente a análise qualitativa sob o referencial de Bardin.

## 4.2 ANALISE QUALITATIVA PRÉ CATEGORIZADA DOS DADOS

Na sequência, são apresentados os resultados da análise qualitativa sob o referencial de Bardin (2010) da segunda parte do Instrumento Entrevista Semiestruturada. A análise qualitativa dos dados das questões abertas do instrumento entrevista semiestruturada.

A análise de conteúdo permitiu metodologicamente 2 estruturas: uma de pré categorização em barreiras e facilitadores da operacionalização do processo de trabalho sob a implantação das diretrizes da RAPS, nos territórios adstritos aos CAPSij (questão 5 do instrumento de coleta de dados e outra em que emergiram temas e sub temas dos extratos de fala de gestores (G) e profissionais da saúde (PS) sobre as diretrizes da RAPS.

As amostras das falas estão dispostas de 01 a 03 para G e 01 a 16 para PS, e são apresentadas por similaridades de respostas, sendo que as que mais evidenciam os temas barreiras e facilitadores no processo de gestão e assistência:

### 4.2.1 Barreiras no processo de trabalho para gestores:

Territórios geograficamente distantes, dificultam o acesso dos usuários. Dificuldade de contato, discussões presenciais com outros CAPSij (G 02).

O grande número de ausências dos usuários, afeta em muito o tratamento (G 01).

#### 4.2.2 Barreiras para os profissionais da saúde:

As faltas recorrentes dos usuários aos atendimentos e a necessidade de desligamentos após busca ativa, atrapalham o tratamento... é muito difícil conscientizar as famílias a se responsabilizar com o tratamento (PS07);

A integração entre os intersetores ainda apresenta dificuldades (PS 08);

As referências distritais ainda se apresentam como barreiras (PS 09);

[...] ocorre uma fragmentação da rede quando as ações intersetoriais não se integram plenamente, em especial nos casos considerados mais difíceis para a resolutividade (PS 09);

A articulação dos casos em rede é uma barreira (PS 10);

O CAPSij torna-se um equipamento refém de toda demanda do território (PS 10);

Os encaminhamentos, as referências e contrarreferências precisam evoluir por meio do cuidado compartilhado (PS 11);

Territórios geograficamente distantes, dificultam o acesso dos usuários” (PS 13);

Dificuldade de a equipe acessar o território, por meio de transporte disponibilizada pela SMS (PS 13, PS 14, PS 16);

Responsabilização apenas dos CAPSij pelos casos de Saúde Mental pelas equipes da RAPS, faltando ações de matriciamento e mantendo o pensamento de que os usuários de saúde mental da rede, só devem ser atendidos pelos CAPSij (PS 13 e PS 14);

Os leitos de CAPSij encontram-se em território distante do CAPSij referência, dificultando o acompanhamento de usuários em crise (PS 14);

Dificuldade no acesso a recursos terapêuticos como artes e cultura, as famílias não acessam esses recursos (PS 14);

Dificuldades de sensibilização com a família e outros serviços de escuta dos adolescentes, gerando culpa ... precisa refletir sobre o que realmente acontece com os usuários (PS 15);

Manejo com usuários de álcool e drogas pelo NASF...dificuldade a solicitação de exames, só via UBS (PS 16).

#### 4.2.3 Facilitadores sob a percepção dos gestores:

Integração com profissionais da equipe local com alguns pontos da rede...acessibilidade de parte do público adstrito (G 02).

#### 4.2.4 Facilitadores sob a percepção de profissionais de saúde:

O que facilita o nosso trabalho aqui, especificamente neste CAPSij é o fato de nós sermos servidores públicos (PS 02);

Em relação a integração com profissionais, coloco como ponto positivo...as relações e discussões de caso se dão de forma mais fácil, mais leve e quando conhecemos os profissionais pessoalmente (PS 07);

No território mais próximo, podemos conhecer e discutir melhor os casos com a rede (PS 08);

Personalização e contato entre profissionais dos diferentes equipamentos. Equipes que se conversam (PS 12);

Equipes da Atenção primária com manejo em Saúde Mental (PS 12);

Articulação da rede para pensar o Plano Terapêutico Singular – PTS, levando em conta a subjetividade do sujeito (PS 13);

Discutir casos na rede e responsabilização conjunta (PS 13);

Acompanhamento de crise no próprio território e próximo a família, utilizando-se de leito quando necessário (PS 13);

Proatividade das secretarias de educação e segurança (PS 16).

Os gestores e profissionais da saúde evidenciam em suas falas as barreiras e os facilitadores no exercício profissional na ótica multiprofissional e interdisciplinar. Identifica-se um desequilíbrio entre esses dois temas na prática assistencial, a Figura 3, propõe demonstrar essa relação, de forma a caracterizar a necessidade de equilibrar as ações e estratégias necessárias a cada território de origem dos usuários, como se identificam e superam as barreiras no processo de trabalho, otimizando as ações e estratégias considerando seus facilitadores.

FIGURA 3 – PROCESSO DE TRABALHO – FACILITADORES E BARREIRAS



FONTE: A autora (2024)

### 4.3 ANÁLISE QUALITATIVA TEMÁTICA DAS DIRETRIZES DA RAPS

O quadro 3, apresenta os temas e subtemas que emergiram durante a análise qualitativa dos dados. Tais temas concentram a interpretação dada aos extratos destacados nas entrevistas, sendo estes os que mais refletem a análise de conteúdo da comunicação dos entrevistados acerca da compreensão das diretrizes da RAPS.

QUADRO 3 – RESULTADO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO – TEMÁTICAS E SUB TEMÁTICAS

Temas	Sub temas
Respeito aos direitos humanos – direito dos usuários	<ul style="list-style-type: none"><li>- Direitos dos usuários</li><li>- Acessibilidade aos serviços</li><li>- Humanização do cuidado na assistência</li><li>- Estratégia na assistência – o acolher</li><li>- Estratégia na assistência – o agir sobre</li><li>- Trabalho em rede ou intersetores</li></ul>
Promoção da Equidade, reconhecendo o conceito na prática assistencial	<ul style="list-style-type: none"><li>- Conceito e ações previstas</li></ul>
Estigmas e preconceitos: o que se construiu e o que se combate	<ul style="list-style-type: none"><li>- Construção histórica</li><li>- Pertinência as relações sociais</li></ul>
Promoção de estratégias e participação em educação permanente	<ul style="list-style-type: none"><li>- Promoção de estratégias de educação permanente</li><li>- Participação profissional na formação</li></ul>

FONTE: A autora (2024)

Na sequência se destacam os extratos de fala de gestores e profissionais da saúde, sendo agrupados por similaridade de ideias, definições e conteúdo e integram 4 temáticas centrais, oriundas da análise de conteúdo de Bardin (2010).

#### 4.3.1 Temática I - Respeito aos direitos humanos – direito dos usuários

Nesta temática, existem 6 sub temáticas distintas, mas que se entrelaçam quanto a temática Respeito aos direitos humanos – direito dos usuários, a primeira tratando direitos humanos como um direito do usuário, a segunda como a acessibilidade aos serviços, a terceira como a humanização do cuidado, a quarta como a estratégia na assistência – o acolher, a quinta à estratégia na assistência – o agir sobre e a sexta o trabalho em rede ou intersetores, como retratadas por reflexões acerca da dificuldade em seguir ou responder no momento da entrevista, enquanto serviço de saúde mental infantojuvenil às diretrizes da RAPS.

Pode-se considerar que a responsabilização dos gestores e profissionais da

saúde em facilitar a apropriação das demandas dos usuários e seus familiares é uma das formas de garantir direitos para essa população. Isso demonstra uma evolução histórica na oferta de serviços de saúde mental humanizados e uma visão da necessidade de avaliar e repensar as práticas profissionais diante da política de saúde mental.

#### **Sub tema: Direitos dos usuários**

O serviço ainda está longe de garantir esse direito, o saber de alguns profissionais não acolhe as pessoas e isso não propicia a rede (G 03).

[...] humanizar é tornar humano, tornar mais fácil (PS 02);

Ser claro e honesto com o usuário, acolher, respeitar (PS 05);

Garantir o direito de ser ouvido, de se expressar, de brincar... (PS 06);

Prevenção...direito a tratamento em espaços abertos (PS 08);

Poder considerar a autonomia e liberdade das pessoas, sem tornar-se um juiz... (PS 09);

[...] se refere aos direitos violados antes da reforma, diz muito respeito a construção de um PTS que valoriza a singularidade de cada usuário (PS 10);

[...] esse conceito se aproxima das estratégias de acolhimento e ambiência para com usuários e seus familiares, no momento que eles precisam, independente de agendamento prévio (PS 11);

Acolher sem preconceito, considerar a história de cada um... (PS 12);

Autonomia do paciente, o que ele consegue dar conta e precisa... (PS 13);

O conceito é um pensamento consolidado no século XX, baseado nas particularidades religiosas e biológicas, não permitindo pensar no ser humano universal (PS 16).

#### **Sub tema: Acessibilidade aos serviços**

Ainda há muitas barreiras no acesso, são barreiras físicas como a distância entre moradia e o serviço, barreira socioeconômicas, que interferem na frequência e permanência do usuário no CAPSij (G01);

Ao acolher uma criança ou adolescente no serviço, compreendendo a demanda, a equipe vai estruturando as estratégias de atendimento e que ao longo do processo vão se alterando para responder as necessidades do usuário (G01).

[...] pensar a clínica para o sujeito, numa relação dialogada (G01);

[...] repensar o contexto psicossocial, reconhecer a necessidade e história de vida do usuário, isso é de uma magnitude para concretizar a atenção psicossocial (G 01);

A busca pelos espaços do território, como por exemplo frequentar o CAPSij e também uma atividade esportiva em seu próprio território, vejo isso como uma maneira de cuidado também (G02).

A logística de acesso do usuário ao CAPSij, por porta aberta, busca espontânea, pelos equipamentos do território, garantindo o acesso, evitando as possíveis burocracias (G02).

Atenção humanizada é respeitar o espaço e momento do usuário, pensar que o espaço seja convidativo ao usuário primando pela relação do usuário com o ambiente (G02).

As equipes se dividem em 2 mini equipes para dar conta do território, é uma equipe multidisciplinar, e isso favorece a discussão dos casos... eu percebo as ações interdisciplinares nas reuniões e no posicionamento dos profissionais (G02).

É uma garantia do acesso, uma coisa desejada (PS 01).

Essa questão, centrada na necessidade das pessoas, é uma coisa bem importante pois falando assim do modelo médico tradicional, é o médico que vai decidir o que o paciente precisa, é o que será bom para ele. Uma visão tecnocrática (PS 01).

Interessante é quanto a política nos leva...há modos diferentes de atuação..., mas a sobrecarga de trabalho nos impede de diversificar (PS 01);

[...] eu acho que a gente precisa sair dessa posição de saber... para humanizar tem que fazer, tentar ajudar no caso de um adolescente a identificar o que que é necessidade para ele, o que que é desejo dele e o que que é prioridade. Eu acho muito importante (PS 01);

[...], mas cada vez essa acho que essa vida em comunidade não depende da política de saúde mental e sim depende de recursos que existam no território e o do existir no território, na cidade (PS 01);

Eu acho que essa ideia de território, ela tem a ver com a ideia de comunidade, não é só de recursos... (PS 01).

É o paciente chegar e ter o tratamento diferenciado, acolher, saber do dia a dia dele, isso é um tratamento humanizado (PS 09).

Pensar a partir de um suporte que você tem. Tem que ter uma criatividade da instituição, trazer a realidade dos usuários para o CAPSij, não se pode negar essa realidade (PS 10);

Os usuários passam por muitos serviços como a UBS, UPS, Conselho Tutelar, Unidades de Atendimento Integral (UAI) até chegar ao CAPSij. Mesmo assim há muita vulnerabilidade para esse acesso ao CAPSij, por falhas de comunicação entre os serviços (PS 16).

É sobre a estruturação, a forma de lidar com regras e limites, pela diversidade dos casos (PS 16).

Um exemplo de redução de danos, como da seringa descartável, é funcional, ou aceitar que a pessoa continue fazendo uso de alguma droga é perfeito. Acho que é feito (PS 01).

É necessária uma escuta na Unidade Básica de Saúde - UBS, nem sempre o usuário necessita ir para o CAPSij Para ter essa escuta. A discussão de

casos quando acontece na rede, reverte muito a situação na prática da assistência (PS 01);

A população também tem dificuldade em se inserir e acaba legitimando esse controle. Em atividades coletivas com as famílias vamos discutindo essa temática e provocar neles o desejo de participar (PS 10);

Os CAPSij não são territórios... (PS 16).

### **Sub tema: Humanização do cuidado na assistência**

É uma questão primordial também... por exemplo os usuários permanecem um tempo aqui, mas que ele está inserido nesse território e estabelece relações neste, nós temos que estar muito próximos e articulados a esse território, garantindo o cuidado nos diferentes espaços que ele está frequentando, como escola, UBS, CRAS, CREAS, igreja, Associação de Moradores (G01);

Trabalhar com as famílias disfuncionais para garantir o acesso (G01);

A equipe muda as estratégias para responder as necessidades do sujeito (G01);

Recebemos muitos convites, das UBS, das escolas, tanto para explicar o funcionamento do CAPSij, como ter falas sobre temáticas específicas do interesse desses equipamentos..., mas também aproximar-se de um determinado equipamento que realiza muitos encaminhamentos, para compreender a lógica desses encaminhamentos... (G01);

É uma das coisas centrais no que eu considero a minha atuação positiva, profissional (PS 01);

A atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, é a necessidade do usuário (PS 01);

Já fiz grupo, não faço mais... eu fazia ginástica com os pacientes aqui e Ping Pong, de mesa e hoje em dia não tem mais tempo para isso (PS 01);

[...], eu vou muito pouco para o território, porque tem que ficar aqui atendendo (PS 01);

Tem questões objetivas e subjetivas. Ligar, agendar, ok. O Acolhimento (PS 09);

Conversar com os pacientes, independente do TR, acompanhar os horários de refeição, fazer a troca dessa intervenção (PS 09);

Trabalhar em equipe, reconhecer o indivíduo como potencial, ser dinâmico no processo, este é um importante papel terapêutico...um desafio (PS 16);

Ter um olhar voltado ao singular do usuário, só assim se tem controle sobre a intervenção (PS 16);

Embora seja uma prerrogativa, é difícil...o território não faz o convite aos usuários (PS 16).

### **Sub tema: Estratégia na assistência – o acolher**

A entrada desse usuário se dá pelo acolhimento, iniciam-se as avaliações... a partir da apropriação do caso, inicia-se a construção do PTS com usuário e familiar... buscamos a inclusão de vivências no território do usuário (G01).

[...] assim, integrando os técnicos de referência favorece-se a construção de um plano terapêutico. O familiar também sofre, ele precisa ser escutado, só assim conseguimos entender o problema de forma geral (PS 01);

O usuário vem com uma questão pontual, mas aqui avaliamos de forma integral, tratamos as questões familiares, situações de vulnerabilidade. A questão da escola, do ambiente familiar, do local de moradia e assim como referência contactar a UBS para uma visita dos agentes comunitários de saúde e nos dar um retorno do que eles percebem que está acontecendo no território. Há famílias que sabem seus direitos, já outras não, então precisam ser orientadas (PS 01);

O usuário é do CAPSij, você atende no acolhimento, faz a escuta e entende a demanda, a maior demanda que ele traz; quais profissionais estão mais adequados para o encaminhamento dele, demandas médicas, psicológicas, sociais e assim vamos construindo o projeto terapêutico singular, com base nas demandas apresentadas por ele. A isso junta-se a família, a escola e ao professor. Essas questões são tratadas em reunião de equipe (PS 01);

A integralidade do cuidado ocorre a partir do momento que nós vamos atrás, mas buscar os intersetores (PS 09).

Há muita vulnerabilidade e potencialidade. Via de regra o PTS prima diagnóstico médico e histórico social (avaliações), mas depende muito da condução do técnico de referência – TR (PS 16).

### **Sub tema: Estratégia na assistência - o agir sobre**

Compreendemos enquanto grupo, que a redução de danos deve ser observada numa ótica ampliada, criando possibilidades de o sujeito lidar e ressignificar situações de vida (G01);

[...] com essa sobrecarga, eu não sei, tem menos tempo para ficar pensando diversificações. Cada vez com essa sobrecarga, você tem menos tempo de diversificar, menos tempo para dedicar (PS 01);

Como engajamento pessoal. Mas claro que reduzir os danos é acréscimo de benefício. Eu acho que essa mudança da estratégia... de promoção da abstinência de uso de substâncias psicoativas versus redução de danos está justamente na raiz, que é a de estratégia nas necessidades da pessoa (PS 01);

Do CAPSij para os serviços do território, mas há pouco interesse dos adolescentes ou não tem vaga para receber (PS 09);

Temos o grupo de prevenção de recaída – PPE e no caso de TM temos os grupos reflexivos, como suicídio, automutilação (PS 09);

É a parte difícil...não há procura externa para propor um trabalho a partir do território... difícil estabelecer as parcerias (PS 09);

A participação dos adolescentes em festivais de dança, a partir de um projeto do CAPSij, o quanto mudou o lugar desses adolescentes (PS 10);

Há uma ideia reducionista que afirma que redução de danos é para estimular o uso da droga, mas antes de tudo a redução de danos é para os que fazem

uso e querem reduzir o uso, a partir de uma reflexão de como ficam quando abusam e a relação com a perda da autonomia e da autoimagem (PS 10);

Questiono o texto que inclui o crack, sendo que o álcool é a droga mais consumida, mas é economicamente viável. Diminuiu muito a presença de usuários de drogas após atendermos o transtorno mental, ainda não sabemos o porquê (PS 10);

A redução de danos é uma contraposição da abstinência. Não basta suprimir sintomas. É a capacidade de comunicação pautada na ética, na postura, na prescrição, considerando a realidade do paciente (PS 16).

#### **Sub tema: Trabalho em rede ou intersetores**

O Controle social não está muito presente nesse CAPSij... acaba acontecendo por um viés de controle do serviço, o que acontece, como é o funcionamento... enquanto equipe buscamos responder a essas questões... (G01);

Controle social ainda acontece de forma fraca... as assembleias são fragilizadas pela adesão, os conselhos comunitários são bastantes esvaziados, não identificando a necessidade de cobrança por parte de usuários e familiares das políticas de governo (G02).

A rede as vezes apresenta dificuldades de acesso, mas funciona. Um encaminhamento para leito em outro CAPSij ou auxílio do NASF, as vezes são difíceis (PS 09);

Tenho uma dificuldade em acreditar nessa forma tradicional de controle social, o CAPSij deve ter assembleias, nós temos, mas mesmo assim muito pouco (PS 10);

Quem vai construir a rede são os profissionais que estão na ponta, há muitos posicionamentos políticos, de forças conservadoras no mundo, depende de todos (PS 10);

Entre setores é necessária uma relação espelho nas reflexões, assimetrias de poder. As reuniões intersetoriais precisam de um fator comum, isso é o que pesa para o usuário (PS 16);

É muito difícil entender o direito e ocorrer o controle social, porém quando compreendem facilita muito o trabalho, saber o que é direito (PS 09);

Território é o espaço onde usuários e sua família estão inseridos e estabelecem as relações sociais, onde estão os equipamentos de saúde, educação e assistência social (PS 09);

Território não está circunscrito ao espaço físico, é muito mutável e maleável. Um espaço de participação e não de espaço e tempo. Variam de UBS as demandas do território, que são balizadoras (PS 16).

### 4.3.2 Temática II - Promoção da Equidade, reconhecendo o conceito na prática assistencial

#### **Conceito e ações previstas**

Essa diretriz bebe dos princípios do SUS e é de extrema importância para os equipamentos CAPS, pois ela ultrapassa a condição de saúde mental, ela

envolve moradia, acesso aos direitos básicos sanitários e de alimentação, e esses determinantes são evidenciados na construção do PTS (G 02).

[...] a equidade ajuda você a tratar todas as pessoas com dignidade, sem julgamento. Sem preconceito, mas não de que o atendimento está a promover a equidade (PS 01);

[...] a criança vem com dificuldades no seu contexto familiar ou não, mas o contexto de moradia ou escolar é bem conturbado, isso por vezes inviabiliza o tratamento (PS 03);

[...] seria o ambiente familiar que favorece a busca do tratamento da criança, ambiente muito conturbado (PS 04);

Tratar iguais em termos de direitos, independente de quem seja... (PS 06);

[...] tratamento igual para todos, de acordo com as necessidades do paciente (PS 07);

[...] a vulnerabilidade de cada paciente, é preciso fazer um resgate da dignidade... ele saber como chegar até o serviço, os direitos que ele tem... (PS 08);

Equidade é a igualdade de acesso e considerando a diversidade e singularidade dos sujeitos (PS 09);

Equidade é respeitar o outro, como ele é na sua individualidade, na sua particularidade. Dar acesso ao que tem menos possibilidades (PS 10);

É uma diretriz que trata de uma avaliação integral, considerando a vulnerabilidade – este é o foco. Necessidade de ativar e estabelecer ferramentas para detecção de um manejo mais justo (PS 16).

Há uma crise política nacional que interfere nos direitos dos usuários, quanto ao acesso aos sistemas de saúde (PS 02);

[...] é o princípio fundamental do SUS, hoje estamos produzindo novos pobres diante dos sistemas de saúde públicos e privados, ao atravessarmos uma crise política... (PS 05).

#### 4.3.3 Temática III - Estigmas e preconceitos: o que se construiu e o que se combate

Esta temática também se sub divide em 2: a construção histórica de estigma e preconceito e a pertinência as relações sociais.

##### **Sub tema: Construção histórica**

Vejo essa diretriz também como resultado de um processo histórico da reforma psiquiátrica, pois os usuários dos serviços de saúde mental eram muito estigmatizados, por isso o equipamento CAPS deve combater esses estigmas e tem a favor de si, estar localizado próximo ao território dos usuários e seus familiares. Os usuários não são o seu diagnóstico, e sim sujeitos que produzem, tem vontades... (G 02);

É um trabalho Interno de cada pessoa. É importante, colocar uma diretriz de política de Saúde, mas aí a efetividade, colocá-la em ações concretas, resultados concretos...acho que é pequeno (PS 01);

São questões mais voltadas a moral e formação de cada um (PS 16).

### **Sub tema: Pertinência as relações sociais**

A manifestação do diferente causa estranheza...as vezes eu temo, eu julgo e desqualifico o outro... o percebo por comportamentos e não como sujeito (G01);

Como esse estigma e preconceito permeia todas as relações sociais. Essas relações de poder, tem muito a ver assim, com sinais externos de posição social... estar combatendo, mas eu acho que acho que é um trabalho mais individual, não como política (PS 01);

Há muito preconceito entre os diferentes grupos atendidos, os usuários caracterizados como AD e os usuários como TM, estigma do drogado e do louco (PS 09);

Há muito preconceito entre eles também, os usuários de drogas, os que se automutilam. Então é necessário fazer uma reeducação, evitando o bullying e conscientizando sobre a diversidade, as dificuldades subjetivas por meio de ações afirmativas (PS 10);

Entre os próprios adolescentes, há uma discriminação para os que estão dentro de diagnósticos de transtornos mentais e uso e abuso de substâncias... nos grupos e também nos encontros em outros espaços do CAPSij, tratam-se como zé droguinha e maria cortadeira (PS10);

As crianças e adolescentes estão sujeitos a bullying, o que compromete autonomia e liberdade e isto interfere na tentativa de integrá-los socialmente (PS 16).

## **4.3.4 Temática IV - Promoção de estratégias e participação em educação permanente**

Esta temática se subdivide em 2: a promoção de estratégias de educação permanente e a participação profissional na formação, considerando a promoção de capacitação e educação permanente sob a corresponsabilização dos serviços e de seus profissionais da gestão ou assistência.

### **Promoção de estratégias de educação permanente**

Nós temos vários espaços onde acontecem o repensar a clínica e de uma forma sistematizada... recebendo capacitação de profissionais externos ao CAPSij, para discutir determinados temas... temos as câmaras técnicas como espaço de discussão também (G01);

[...] porém não é a concepção da instituição que trabalho (PS 10);

Não tem acontecido de forma institucional e sim por procura própria do profissional (PS 16).

### **Participação profissional na formação**

É muito importante conversar com os outros serviços, para melhorar o nosso atendimento, mas, por vezes a rotina ou excesso de demanda atrapalha. Muitas vezes um profissional vai para a formação e quando retorna, nos passa o conteúdo, mas poderia haver mais qualificação (PS 01);

É uma busca muito particular (PS 01);

Nós não temos cursos de atualização ou reciclagem, de repente nos deparamos com o autismo e só atendíamos dependência química (PS 09);

A educação permanente se faz pelo campo de trabalho, discutimos muito isso em equipe... (PS 10).

O próximo capítulo trata da discussão dos resultados após análise estatística dos dados coletados e também análise temática, metodologicamente tratadas pela análise de discurso.

## 5 DISCUSSÃO

Como teve-se o objetivo de identificar os CAPSij e suas estratégias de atenção psicossocial nas linhas de cuidado em Saúde mental Infantojuvenil do município de Curitiba, foram levadas em conta as estratégias: ações voltadas diretamente a população assistida, construção do PTS, reuniões de equipe, ações intersetoriais no território e as ações de educação permanente, como ações estruturantes da RAPS como política pública.

Considerando a caracterização da população assistida, ações e estratégias no processo de trabalho de gestores e profissionais da saúde, Nascimento et al. (2015), citando Bergmann, Zavaschi, Bassols (2009), afirmam que é de suma importância manter uma interface da população com seus contextos e território. Esta ação configura a atenção psicossocial em rede.

Ao correlacionar a linha de cuidado em saúde mental infantojuvenil, tendo como função a promoção do direito à vida e a saúde, a efetivação de políticas públicas que assegurem os direitos dessa população, como preconizado pelo ECA (1990) a fim de possibilitar o acesso universal e equânime as ações e aos serviços de promoção, a proteção e recuperação da saúde.

Denota-se que na prática assistencial com gestores e profissionais, as ações e estratégias da assistência são pontuadas como presentes em seus cotidianos de trabalho, porém ao correlacionar essas ações e estratégias, identificamos por meio da análise qualitativa dos dados coletados, que ainda há um distanciamento do ideal e efetividade dessas ações, pois questões como acessibilidade, sejam ao serviço para o tratamento ou pelo acesso territorial, inúmeras são as barreiras encontradas.

Deste modo, os dados encontrados e analisados, corroboram com o pensar dos autores Nascimento et al (2015), no qual destacam que as crianças e adolescentes atendidos pelos CAPSij, estão vulneráveis a diversos fatores do território, como a precarização de recursos, serviços específicos, ambiente familiar desestruturado, as violências vivenciadas e também o histórico familiar de transtornos mentais, o que os leva ao adoecimento e o quanto esse adoecimento, coloca em risco seu desenvolvimento.

Ainda sobre ações e estratégias na assistência, ao considerar os processos de trabalho internos ao CAPSij e as ações multiprofissionais previstas na RAPS, a Ambiência como diretriz da PNH (Brasil, 2010), ainda se distancia do seu conceito

original, definido como espaço físico e relacional, prevendo a construção de espaços coletivos para promoção da saúde e por vezes demonstra a dificuldade em correlacionar tal conceito na sua integralidade, reportando a momentos e espaço físico pontual no serviço e não como conceito que atravessa toda atividade profissional.

Neste estudo identificamos que a Ambiência se desenvolve nos diferentes espaços dos CAPSij, mas ainda limitada a espaços físicos e em termos de percepção de estratégia profissional, tem-se como resultado a participação de 12 dos entrevistados, sendo que 7 não estão envolvidos com esse procedimento, justificado em razão de suas especificidades profissionais que geram outras demandas nos serviços. Este é um ponto importante a discutir, especificidade profissional e ações multi e interprofissionais, já que os CAPSij são espaços de ações coletivas e interprofissionais.

Os estudos de Dias et al (2019), apontam a tendência de correlacionar ambiência com ambiente, restringindo o conceito de espaços físicos em detrimento de relacionamentos profissionais e pessoais, o que nos mostra que a ambiência ocorre em todos os momentos dos atendimentos dos usuários, e não apenas em determinado espaço físico ou determinado horário de funcionamento dos serviços.

Segundo a PNH (2013), a estrutura de Ambiência deve ocorrer por meio da discussão compartilhada entre gestão e equipe, desde um projeto arquitetônico, possíveis reformas e do uso dos espaços, adequando-os de acordo as necessidades de usuários e também de seus trabalhadores, promovendo confortabilidade e promovendo a interação dos atores neste cenário que se estrutura a partir das diferentes demandas em saúde mental infantojuvenil.

A PNH (2010) refere o Acolhimento como reconhecimento do que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve se apresentar e se manter na relação entre equipes, serviços e usuários e/ou populações, o mesmo se evidencia nesta pesquisa na prática diária de profissionais da saúde, porém observa-se que muitas vezes as especificidades clínicas assistenciais, acabam dimensionando maior importância e/ou tempo de dedicação destes profissionais.

Este conceito é construído, valorizando as práticas de saúde, de forma coletiva, e envolve a análise dos processos de trabalho (Brasil, 2010).

O objetivo do acolhimento é a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socio afetiva (Brasil, 2010).

O Acolhimento é considerado como uma das ações previstas dentro da Ambiência e é o primeiro momento vivenciado pelos usuários e seus familiares na chegada ao CAPSij, como também em todos os momentos necessários pelo TR, como em situações de crise. Desta forma, pudemos identificar que o conceito de origem de Ambiência e Acolhimento nem sempre se aplicam como estratégias de assistência na prática diária de alguns profissionais, pois demandas específicas interferem neste exercício.

Sob a mesma perspectiva do acolher, em relação à questão que trata gênero, ao referir-se à incidência de diagnósticos de Transtorno Mental e Uso e Abuso de substâncias atribuídos aos casos atendidos, como também a identidade de gênero, questão que tem grande incidência no sofrimento psíquico da população atendida, também em sua maioria os gestores e profissionais de saúde atribuem muita importância nos seus processos de trabalho.

Cabe aqui retomar sobre o conceito de Minayo (2010) citada por Lira et al (2024) acerca especificidade da demanda, considerando o engajamento profissional nas particularidades das demandas apresentada pela população infantojuvenil, que difere em muito das experimentadas nos contextos de saúde mental do adulto.

As experiências de uso e abuso de substâncias são muito específicas e atreladas as vulnerabilidades dos territórios, como também das fases de desenvolvimento da população infantojuvenil, onde se expressam dificuldades de compreensão quanto a riscos, assim como as questões de identidade de gênero, que na maioria das vezes são ignoradas ou rechaçadas pelos adultos do entorno, não possibilitando acolhimento e lugar de fala.

O diagnóstico clínico, favorecendo o reconhecimento de sintomas e sua classificação, teve como resultado muita importância para os entrevistados, ressalta-se aqui os direitos dos usuários ao tratamento adequado e proteção integral.

Em Brasil (2014), encontramos base na definição de fator protetivo do Estado, não podendo inviabilizar, mas sim priorizar o cuidado no território, atribuindo as crianças e adolescentes autonomia, mesmo que ainda dependentes de outros, pois se trata de habilidades a desenvolver e crianças e adolescentes em pleno desenvolvimento devem ter todas as suas habilidades favorecidas, independente de diagnóstico, mas como compreende-lo no contexto vivenciado por cada um.

A clareza em reconhecer, sinais e sintomas, conduta de tratamento, utilização de medicação e manejos profissionais se mostram muito interligadas e contribuem

ativamente na conduta de tratamento dos usuários. Tal classificação não foi considerada limitante, mas norteadora do processo de trabalho dos profissionais.

O conhecimento técnico se mostra necessário em relação aos benefícios medicamentosos e psicoterápicos na efetiva assistência no contexto profissional. Isso não é considerado limitante quando integrado as demais condições socioeconômicas e culturais da população, em uma análise de contexto.

Segundo Meus (2014), citado nos estudos de Moura e Matsukura (2022), ao considerar a crise, a atenção psicossocial busca novos dispositivos de cuidado e a crise deve ser compreendida para além do silenciamento dos sintomas e do isolamento de sujeitos.

Considerando o plano terapêutico singular – PTS, que tem a construção prevista com usuários, familiares/cuidadores, técnicos de referência, profissionais da saúde direta com o usuário e gestores, ação contemplada na RAPS (2011), observa-se que tal construção se dá através das reuniões de equipe, e posterior definição deste projeto com usuário e familiares/cuidadores.

Sobre o processo de trabalho, considerando os documentos (Brasil, 2010 e 2014) que o norteiam a ação atendimento individual, destaca-se que tal ação acontece vinculada aos TRs dos casos atendidos, oriunda da responsabilidade do caso, mas também pela especificidade profissional, alguns usuários necessitam esse atendimento individualizado, como nas consultas da Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social.

Na modalidade de atendimentos coletivos, estabelecem-se os atendimentos em grupo terapêutico, procedimento previsto na RAPS como essencial ao processo de inclusão e socialização dos usuários dos serviços; também são previstas as assembleias de usuários e atividades de lazer e cultura. Nos atendimentos grupais considerando grupo de usuários, os 3 gestores não têm participação, 16 profissionais da saúde realizam atendimentos em grupo e 1 profissional da assistência participa as vezes, pois suas especificidades profissionais são mais exigidas junta as questões diagnósticas e medicamentosas dos usuários.

Já em relação aos grupos com familiares/cuidadores identificou-se a participação de 7 profissionais da saúde nestes procedimentos, 4 profissionais da saúde e 3 gestores não realizam e 1 profissional da assistência as vezes participa. Observa-se mais uma vez aqui a especificidade profissional exigindo ações de caráter clínico assistencial e/ou administrativo.

Dentro das linhas de cuidado as reuniões de equipe dos 3 CAPSij se estruturam por meio de reuniões técnicas e administrativa, e ocorrem nos períodos em comum dos profissionais dos 2 turnos de trabalho e as reuniões de mini equipes, alternadas pelos turnos de trabalhos dos profissionais. Ressalta-se que as mini equipes de trabalho, são organizadas pelo território de abrangência e responsabilidade de cada CAPSij e estão relacionadas aos respectivos distritos de saúde, como na divisão dos setores de saúde do município.

Ainda tratando o processo de trabalho, destaca-se as responsabilidades técnicas sobre altas e encaminhamentos dos casos atendidos. Considerando as funções de técnico de referência, cabe a estes profissionais os encaminhamentos discutidos em equipe para cada caso acompanhado nos CAPSij.

Esta função é exercida em sua grande maioria por profissionais da saúde e pelos gestores, porém em sua minoria outros não tem a função de técnicos de referência do caso.

Alternam-se ações multiprofissionais e interdisciplinares conforme se estruturam as equipes nos equipamentos CAPSij, e com base no documento *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos* (Brasil, 2014), os CAPSij necessitam ainda uma estrutura de equipe - em número de profissionais e formas de trabalho, para atender a todas as diretrizes da RAPS.

A temática como a especificidade profissional é tratada dentro das expertises dos núcleos das categorias profissionais, sob a ótica de avaliações e procedimentos de cada profissão, para além das ações multiprofissionais e interdisciplinares.

Refletindo as ações territoriais e intersetoriais a partir do território na APS, tais ações voltadas à infância e adolescência, caracterizadas pelos gestores e profissionais de saúde, corroboram com a premissa do documento *Linha de cuidado para atenção à Saúde Mental* (2019), que reflete a especificidade da atenção infantojuvenil, “ações desde a detecção dos sinais e sintomas precoces das comorbidades mais frequentes, as intervenções iniciais para estabilização e, se possível, a reversão dos problemas; tendo como principal apoiador os profissionais especializados dos CAPS e/ou dos NASFs e/ou equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental” (COSEMS/SC, 2019).

Este estudo também loco regional dá destaque ao território de origem dos usuários, vinculados a APS e aponta a importante função deste nível de atenção caracterizado “pela proteção da vida, respeito à dignidade, à liberdade e à convivência

familiar, social e cultural” (COSEMS/SC, 2019). O documento reforça a integração dos diferentes níveis de atenção à saúde, destacando a relação entre APS e os CAPS do território adstrito, o que aponta para a importância das relações em território, como reconhecimento de demandas e contextos em que vivem esses usuários e suas famílias.

Cardoso et al. (2022), citam o mesmo documento, referindo que “os benefícios dessa junção são a facilidade de acesso aos cuidados e a maior probabilidade de resultados positivos, devido aos serviços serem próximos da comunidade”.

Como identificado nos estudos de Lira et al. (2024), a construção de caminhos para um cuidado coletivo e ampliado, deve considerar a saúde a partir de determinantes sociais, históricos e culturais, ou seja tudo aquilo que perpassa as condições de vida em sociedade e neste estudo identificados nos dados coletados, percebe-se que há muita vulnerabilidade no contexto de usuários, familiares, território, mas também estão vulneráveis gestores e profissionais de saúde no exercício da sua prática profissional, todos estão sujeitos as barreiras socialmente e historicamente impostas, de forma a não possibilitar a integração de práticas efetivas para responder as práticas idealizadas na política pública.

Faz-se necessário entender as questões loco regionais de cada serviço de saúde mental infantojuvenil e suas ligações com todos os intersetores do território para poder efetivamente propor práticas voltadas a essa realidade.

Segundo estes mesmos autores, o Sistema Único de Saúde – SUS, revela transformações em potencial na área da saúde mental, mas também aponta seus limites, ainda voltados a formas tradicionais e biologicistas de trabalho, fragmentando suas ações (Lira et al.,2024).

Destaca-se nestes dados a expertise profissional para condução e manejo de grupos de adultos responsáveis (pais/cuidadores). Considera-se também que pela especificidade profissional, alguns tem outras demandas que lhe permitem participar eventualmente, procedimento previsto na RAPS como essencial ao processo de inclusão e socialização dos usuários dos serviços.

Para Lira et al. (2024), citando Minayo (2010), “a especificidade da demanda exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde e apresenta implicações para o atendimento, evidenciando a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, intersetorial e engajada” (Lira et al, 2024).

Esta definição reflete a necessidade de mudanças nas modalidades de atendimento até então conhecidas e realizadas pelos profissionais, não há caracterização de ações ambulatoriais nos serviços CAPSij, mas sim ações multi e interprofissionais, voltadas a complexidade da atenção psicossocial infantojuvenil e suas diretrizes para a assistência.

No que diz respeito as ações intersetoriais, à visitação as escolas dos usuários, como prevista na legislação brasileira acerca da inclusão e permanência escolar da população infantojuvenil, atendidas pelos CAPSij, constatou-se que alguns membros das equipes ampliadas não conseguem participar, por vezes, as reuniões de colegiado conta com participação de alguns membros das mini equipes responsáveis pelo caso, considerando que procura-se para esta ação envolver um número maior de profissionais da saúde e gestores, como ação intersetorial de rede, realizadas no ambiente CAPSij.

Sobre as mesmas ações, envolvendo os equipamentos da Assistência Social no território de origem dos usuários, em sua grande maioria de profissionais da saúde e gestores realizam esta ação, e outros permanecem nos serviços para atendimentos da especificidade profissional.

Da mesma forma que a modalidade colegiado com a área da Educação, o setor da Assistência Social, participa das reuniões nos Capsij, favorecendo a maior participação de profissionais da saúde e gestores.

Nem sempre as ações intersetoriais são possibilitadas pelo deslocamento dos profissionais da saúde e gestores ao território de origem dos usuários, mas enquanto reuniões de colegiado, realizadas nos CAPSij, estas visam facilitar a reunião em equipe ampliada para análise e estudo dos casos, favorecendo a resolutividade da assistência prestada.

A caracterização da população assistida, sustentada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC, instituída pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, pelas Diretrizes Nacionais Para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (Brasil, 2010) e nos deveres e direitos dessa população preconizados no ECA (Brasil, 1990), apresenta o detalhamento dos ciclos de vida, pautados nas faixas etárias e nas aquisições durante o desenvolvimento infantojuvenil, foram considerados como importantes no processo de trabalho da maior parte dos gestores e profissionais de saúde e como direito ao cuidado nas diretrizes da RAPS.

A importância atribuída a inserção e permanência escolar foi unânime para os entrevistados, considerando o direito de inclusão e aprendizagem mesmo diante de situações de vulnerabilidade psíquica, mas como direito à Educação e aprendizagem escolar.

Compreende-se assim as diferentes estratégias de cuidado dos profissionais no contexto dos CAPSij e que o trabalho em rede se torna imprescindível ao considerar a vulnerabilidade das condições socioeconômicas, da estrutura familiar, dos recursos de subsistência previstos nos direitos da criança e do adolescente, portanto foi atribuída muita importância por todos os entrevistados, pois são fatores que interferem diretamente no tratamento da população.

Desta forma esta pesquisa, pode corroborar com os estudos de Luzio e Yasui (2010), em relação a produzir mudanças no imaginário social, buscando um outro olhar a saúde mental, não restrito a sintomas, mas a todo um contexto que envolve esses usuários e não os coloca a margem da sociedade. Muda-se o conceito de “a margem” para o conceito “inclusão”, tão debatido, mas que ainda tem muito a conquistar, enquanto espaço social e de mudança de comportamentos e discriminação.

As ações de encaminhamento aos serviços de saúde mental infantojuvenil, devem seguir um fluxo, atuando de forma interdisciplinar e em rede, porém a realidade nem sempre é esta, muitos encaminhamentos não passam pelas UBS ou UPAS e os usuários são encaminhados diretamente aos CAPSij; porém com registros de demandas equivocadas ou inconsistentes com a proposta dos serviços. Portanto, para esta questão, em sua maioria os entrevistados atribuíram muita importância em seguir esse fluxo de trabalho em rede.

Ao discutir a configuração familiar, aos papéis exercidos no cuidado e criação dos usuários atendidos, assim como a responsabilização por eles junto ao tratamento, os 19 participantes atribuíram muita importância. O núcleo familiar nestes ciclos de vida, são necessários a participação, assiduidade e constância dos usuários ao tratamento.

O cuidado integral a família de usuários é parte integrante do PTS dos usuários, integrado ao território de origem ou referência deste, ou seja, a partir do que se reconhece na Atenção Básica, enquanto acompanhamento dos casos nas UBS e gestão compartilhada, como preconizado no documento que trata da linha de cuidado: Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos (Brasil, 2014).

Ao considerar a importância de conhecer e atuar profissionalmente em rede pelas diretrizes da RAPS integrando a interpretação dos dados da primeira parte do Instrumento Entrevista semiestruturada, as barreiras e facilitadores do processo de trabalho em CAPSij e as temáticas e sub temáticas originadas a partir da análise de discurso dos profissionais e gestores sobre as diretrizes da RAPS no seu cotidiano profissional, são apresentadas.

Sobre as barreiras e facilitadores do processo de trabalho, identifica-se a diversidade territorial – em relação as características como recursos do território, que venham a potencializar a inserção e inclusão dos usuários nos serviços de cultura, esportes e lazer –, sabe-se que esta interfere nas proposições de ações intersetoriais, pois difere em muito das ações territoriais de proximidade ao serviço do CAPSij.

O deslocamento no território para visitas domiciliares e/ou ações com escolas, assistência social e terceiro setor, também tem se apresentado como barreira, pois além de extenso, é por meio do contato direto com familiares e demais profissionais dos intersetores que se fortalecem as ações de promoção a saúde e prevenção de agravos dessa população.

Estas questões evidenciadas no estudo se integram aos direitos humanos e direitos dos usuários, enquanto acessibilidade e direito a assistência à saúde, e também a temática equidade, onde o tratamento de respeitar equitativamente as demandas dos usuários e familiares.

Para Pitta, Coutinho e Rocha (2015, p. 269), a Carta de 1988 inova ao não mais se limitar a assegurar apenas direitos individuais, alargando a dimensão dos direitos e garantias, e tutelando os direitos coletivos e difusos, isto é, aqueles pertinentes à determinada classe ou categoria social, e estes a todos e a cada um, o que a classifica como uma Constituição Social.

As autoras, ao citá-la apontam as questões do direito social, especificando o direito de todos numa perspectiva que trata especificamente das diferenças e divergências de contextos e populações.

Constata-se sob a percepção de gestores e profissionais da saúde deste estudo, que todos atribuem significativa importância aos Direitos Humanos, como um estado de dignidade dos seres humanos e enquanto diretriz de uma política pública voltada a população infantojuvenil atendida pelos CAPSij.

O tema Direitos Humanos foi considerado pelos participantes como essencial,

porém a aplicabilidade de tal conceito, sempre está acompanhada de restrições, assim como imputações e não experiência no cotidiano de crianças e adolescentes.

Ao considerar a clientela de CAPSij de forma ampla, identifica-se uma população constituída por crianças e adolescentes que já se encontram tão vulneráveis em seus aspectos biopsicossociais de manutenção da vida; neste aspecto Taño, Matsuura e Minatel (2021), refletem sobre o cuidado elaborado e articulado as dinâmicas sociais desta população. Constata-se que a percepção de gestores e profissionais da saúde deste estudo corroboram com esta reflexão ao considerar a população assistida enquanto sujeitos de direitos, ressaltando que a atenção dada a crianças e adolescentes deve se basear na ótica da atenção psicossocial.

Sob a ótica das mesmas autoras (2021), observa-se no cenário nacional, que tal população ora é negligenciada pela sociedade, ora pelos cuidadores responsáveis, sendo que estes acabam submetidos a situações de privação de respeito, direitos e possibilidades de ter um desenvolvimento saudável e de se engajar nas ocupações pertinentes ao ciclo de vida como a educação, a independência nas atividades de vida diária e o autocuidado.

Ainda na temática Direitos humanos e sub temática acessibilidade, outra barreira citada é a permanência e vinculação dos usuários aos serviços, como prevista na política pública (2014), em que se considera a estrutura familiar, as condições socioeconômicas e culturais como dificuldades para as vias de acesso e adesão dos usuários (Brasil, 2014).

Constatou-se nas respostas dos gestores e profissionais da saúde, uma recorrência do absenteísmo desta população, originada pela responsabilidade e acompanhamento de um adulto para o deslocamento aos serviços. Custos e tempo de permanência no transporte público, interferem muito na assiduidade aos atendimentos.

A acessibilidade correspondendo a característica dos serviços, quando analisada sob a ótica do usuário/população ao utilizar o serviço e ter acesso a ele, Travassos e Martins (2004) refletem tal conceito, baseadas em Donabedian (1973), como “correspondente as características dos serviços que assumem significado quando analisadas a luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-lo” (Travassos e Martins, 2004).

Deste ponto, neste estudo a acessibilidade se encontra enquanto direito do usuário e também das diferentes formas que os gestores e profissionais de saúde a

percebem no dia a dia do CAPSij, considerando os facilitadores e as barreiras apresentadas pelos próprios serviços e territórios adstritos.

Alguns profissionais também apontam que a lógica do trabalho em rede ainda apresenta limitações frente a condução de referências e contrarreferências entre os serviços envolvidos na atenção psicossocial.

Todavia, um ponto de destaque comum aos participantes, apresentado como um facilitador na atenção psicossocial infantojuvenil, é a identificação e motivação dos profissionais e gestores com a infância e adolescência e o trabalho com famílias.

Considerando a portaria da RAPS (Brasil, 2011), buscou-se em Amarante, Luzio e Yasui (2018) citando Santos (2002, p.80), compreender a complexidade do território, este que não é um dado neutro e nem um ator passivo, considerando que nele se produz uma verdadeira “esquizofrenia”, observada em uma racionalidade dominante, mas que há também outras formas de vida.

A credibilidade nas ações parceiras, também reforça a vinculação de todos os profissionais envolvidos em cada caso acompanhado.

Mesmo diante de dificuldades para realizar encontros interprofissionais e setoriais, a ocorrência destes potencializa, viabiliza e constrói ações efetivas na atenção psicossocial.

Na perspectiva dos 3 gestores entrevistados, crianças, adolescentes e familiares aderem mais aos serviços quando percebem a sustentação da rede de apoio, desta forma, o apoio de outras secretarias responsabilizadas pela infância e adolescência também é tida como de extrema importância para resolutividade dos casos.

Em um panorama global, o estudo de Kelly (2016) cita o exemplo do Parlamento Indiano em 2013, onde foi apresentada a Lei de Cuidados de Saúde Mental, aprovada em agosto de 2016. Em sua implementação, tal documento enquanto legislação de saúde mental, desempenhou um papel fundamental na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, garantindo o acesso aos cuidados e promovendo a justiça social para essa população, suas famílias e cuidadores.

O mesmo estudo faz um paralelo desse contexto a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência - CDPD (2006), dando uma oportunidade real para melhorar a posição das pessoas com deficiência e aquelas com uma deficiência devido a doenças mentais de longa duração. Esta Comissão enfatiza que legisladores e prestadores de serviços em saúde mental, enfrentam desa-

fos acerca cuidados involuntários, à capacidade mental e à tomada de decisões substitutivas.

Respeitando as similaridades, o acolhimento e os conceitos historicamente construídos, os profissionais da saúde apresentaram concepções comuns, como a valorização da pessoa e de sua autonomia, da liberdade no tratamento, do acolhimento sem preconceitos e julgamentos prévios. Há de se considerar que para uma pequena parte dos participantes, esta diretriz ainda precisa ser alcançada.

As respostas dos profissionais sobre a conceituação histórica dos Direitos Humanos, foram as que mais se distanciaram do conceito da diretriz. Porém, essas respostas partiram de um contexto anterior a reforma psiquiátrica, em que as instituições eram fechadas e muitos dos asilados ficaram restritos na sua inserção social pós reforma, ou ao moralismo religioso imposto aos divergentes de comportamento.

Em relação a temática Promoção da Equidade, reconhecendo o conceito na prática assistencial, o conceito equidade na percepção de uma grande maioria dos 19 entrevistados, foi concebido como dar dignidade ao tratamento proposto, promover cuidado sem preconceitos e compreender os determinantes de saúde, em especial nas demandas da saúde mental infantojuvenil.

A equidade enquanto princípio do SUS, é um conceito fundamentado na Constituição Federal Brasileira, em seu artigo 196 e trata de: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

A Equidade tendo como objetivo diminuir desigualdades, apesar de todos possuírem direito aos serviços, parte-se do princípio que “as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas, o que significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior” (Brasil, 1988).

Este princípio diz respeito ao tratamento digno e igualitário, conforme as necessidades de cada usuário, seus determinantes sociais estão relacionados aos contextos familiar, escolar e comunitários, permeados por muitos conflitos e privações.

Considerou-se também o acesso aos serviços de saúde mental infantojuvenil e manejo de casos, para atuar de forma mais justa com a população assistida, por meio de ferramentas que detectam a singularidade e o grau de vulnerabilidade dos casos.

Para os participantes PS02 e PS05, há outra compreensão desta diretriz, mais

ligada ao contexto sociopolítico do país, que restringe o direito de acesso da população mais pobre, aos direitos da assistência e demais direitos, desta forma entrelaçam-se direitos humanos e equidade.

Verificou-se que uma menor parte dos participantes apresentou dificuldade para definir o conceito nas suas ações de prática profissional, como o previsto na PNH (Brasil, 2007), considerando que tais estratégias e métodos buscam articular ações, saberes, práticas e os sujeitos do cuidado, a fim de que recebam atenção integral à saúde garantida, resolutiva e humanizada.

O reconhecimento das demandas de crianças e adolescentes pela rede de saúde mental, necessita da articulação das diferentes linhas de cuidado e complexidade dos níveis de atenção à saúde. Reconhecer no próprio território da criança e/ou adolescente esses determinantes se faz necessário para intervir precocemente e realizar encaminhamentos e referências adequadas entre os serviços.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2014), identifica-se que “o serviço deve se organizar para ser uma porta aberta as demandas de saúde mental do território e também deve identificar populações específicas e mais vulneráveis”.

Esta proposição enquanto política pública, na percepção dos entrevistados é diversa e muito peculiar a cada população infantojuvenil que se encontra sob assistência nos CAPSij de Curitiba, isto devido ao reconhecimento da dimensão geográfica e das diferenças territoriais.

Retoma-se aqui que equidade confere o tratamento as necessidades de cada um e não se restringe a igualitário, considerando-se que cada qual tem suas necessidades quanto aos direitos e as diferentes formas de assistência em saúde.

A assistência é observada pelas diferentes ações multiprofissionais e interdisciplinares voltadas a cada criança e adolescente sob responsabilidade dos CAPSij do município de Curitiba.

O trabalho interdisciplinar caracterizado como campo pelos profissionais entrevistados é considerado de extrema importância, mas deve sempre estar interligado as especificidades profissionais: o núcleo.

A articulação dessas diferentes formas de trabalho é considerada facilitadora no processo de assistência à população infantojuvenil, conforme previsto pelo Ministério da Saúde (2007).

Na compreensão de alguns profissionais, poderia ocupar maior tempo nas reuniões de estudo dos casos, porém a rotina dos serviços não tem permitido essa

situação, que se apoia na PNH (2007), assegurando o acesso e a assistência nos equipamentos de atenção psicossocial – CAPSij.

Ainda sobre Direitos dos usuários e equidade a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, reforça a necessidade individual de cada usuário assistido no CAPSij. Assim, ressalta-se a importância de compreender as demandas das crianças e adolescentes assistidos, suas relações parentais, possíveis vulnerabilidades e como estes entendem os motivos de serem encaminhados a um serviço de atenção psicossocial infantojuvenil.

Como prevista também na PNH (2007) “a ética permeada pelo compromisso com o usuário favorece que o profissional e o serviço como um todo o ajude no enfrentamento diário das questões que o levam ao adoecimento e ter a compreensão das influências externas em seu cotidiano”. Esta premissa é destaque nos discursos dos participantes.

Ferigatto, Campos e Ballarin (2007), em seus estudos contemporâneos sobre a PNH (2007), dão destaque a ética e ao compromisso na relação entre profissionais e usuários, com base em um espaço essencial a todo o serviço que acolhe o sofrimento psíquico, fazendo-se imprescindível a troca de saberes e experiências sobre o cuidado com os usuários e também com a própria equipe. As autoras apontam o cuidado consigo e com o outro, como facilitadores do processo de trabalho na atenção psicossocial.

Ainda de acordo com o previsto nas políticas públicas (Brasil, 2007), as características individuais das crianças e adolescentes que demandam atenção psicossocial têm importância terapêutica, o que corresponde a sexta diretriz: Diversificação das estratégias de cuidado. Portanto, a diversificação de estratégias de cuidado deve ser contemplada por toda a equipe, fazendo parte do PTS de cada criança e/ou adolescente.

Espaços de arte, cultura, lazer e esportes no território de origem são estratégias de inclusão e participação dos usuários e também uma forma de cuidado, quando se pensa em desenvolvimento saudável.

De acordo com os profissionais e gestores pesquisados, essas estratégias são essenciais, mesmo diante de barreiras territoriais, como distância geográfica, vulnerabilidade socioeconômica e pobreza de recursos nos territórios dos usuários.

Para tanto, no CAPSij os profissionais buscam ser criativos e ofertar diferentes modalidades de oficinas, atendimentos em grupo, saídas para passeios. Por vezes, a

lógica da assistência multiprofissional, por meio da especificidade profissional, demanda maior tempo do que as atividades de caráter interdisciplinar e coletivas.

Reforça-se nas respostas dos participantes da pesquisa o direito ao acesso e a integralidade do cuidado no território, ligados ao Eixo I das estratégias de implementação da RAPS e também a sua IV diretriz. (Brasil, 2011).

Ao considerar a terceira temática Estigmas e preconceitos: o que se construiu e o que se combate, destaca-se que esses conceitos sempre acompanharam os transtornos mentais, não apenas aos usuários dos serviços de saúde mental, mas também aos seus familiares.

Sob o conceito de estigma apontado nos estudos de Figueirêdo (2021) e definido por Goffman (1975), podemos aferir que o Estigma se estabelece a partir das relações sociais, através das quais as pessoas que não respondem a um determinado padrão, socialmente esperado, são consideradas divergentes e causam estranheza aos demais.

Assim como na percepção de G02, identificou-se um processo histórico de preconceitos, onde usuários dos serviços de saúde mental eram muito estigmatizados, alocados em um padrão de diferentes, isolados socialmente e de privação de seus direitos e lugares de fala e existência. As pessoas não são seus diagnósticos, mas podem conviver com eles, sem precisar de afastamento dos outros, considerados “normais”.

Também, identificado na percepção de PS10, o estigma está presente entre os próprios usuários, nas suas relações diárias com preconceitos e discriminação frente aos usuários com os quais compartilham o espaço CAPSij.

Luzio e Yasui (2010), também destacam que as ações do CAPS, devem ser estruturadas a partir de um cenário que produz mudanças no imaginário das pessoas sobre o transtorno mental, não se pode mais reproduzir modelos hospitalocêntricos e de exclusão.

De forma geral, na compreensão dos profissionais e gestores, percebe-se que constantemente são combatidos, e para alguns começa dentro dos serviços e se estende as ações no território.

O conceito de Clínica Ampliada (Brasil, 2007), que trata da capacidade do profissional da assistência, assim como dos gestores, em ajudar pessoas e não só a combater doenças, a fim de que apesar desta estar presente no cotidiano da pessoa e não se torne um fator limitante para a vida em comunidade.

Ao considerar crianças e adolescentes que estão em pleno desenvolvimento de suas habilidades, torna-se necessário estimular o desenvolvimento e prevenir os agravos à saúde.

Na perspectiva de desenvolver a lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas, a política pública da RAPS, objetiva construir serviços diferentes para as diferentes necessidades, elencados pelos eixos de ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental; a qualificação da rede de atenção integral à saúde mental; as ações intersetoriais.

Para reinserção social e reabilitação e por último as ações de prevenção e de redução de danos, como previsto em Brasil (2012), o desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

Neste caminho, da mesma forma que a diretriz VI, contempla, ações territoriais que favoreçam a autonomia e participação social, com vistas ao exercício de cidadania pelos usuários e familiares (Brasil, 2007).

Uma significativa parcela dos participantes da pesquisa relata que é necessário o reconhecimento das diferentes formas de viver em comunidade.

O município de Curitiba, ao possuir uma grande extensão territorial, apresenta diferentes culturas, modos de vida, vulnerabilidades e estruturas de serviços que favoreçam o processo de inclusão e cidadania de seus munícipes.

A realidade e as necessidades de cada família dos usuários são bem distintas quando se considera o acesso ao trabalho e renda, a educação escolar, a mobilidade urbana, os direitos de ir e vir no território.

Diante das fragilidades apresentadas, faz-se necessário promover espaços de vivências, espaços de fala e empoderamento das famílias e usuários em seus territórios de moradia e convívio.

Observa-se aqui um ponto importante, o entorno territorial dos CAPSij é distinto aos territórios de origem dos usuários, desta forma se compreende a necessidade de explorar os recursos do território adstrito ao equipamento de saúde mental infantojuvenil, mas também fortalecer a exploração de recursos no local de moradia dos usuários.

As características de muitas famílias é a de residir em territórios sujeitos ao tráfico de drogas e grande vulnerabilidade socioeconômica e cultural. Por vezes pela

sobrevivência, a subserviência torna-se necessária, o que dificulta que crianças e adolescentes não estejam expostos aos serviços do tráfico, sendo aliciados ou viciados em drogas, para tanto a estratégia de Redução de Danos, na ótica dos profissionais, visa compreender a influência do uso e abuso de substâncias no desenvolvimento das crianças e adolescentes que chegam aos serviços. Para além do conceito redução de danos (Brasil, 2007), torna-se essencial o que este conceito significa a cada usuário e familiar.

Tal estratégia pode evitar maiores riscos, porém o usuário é quem deve demandar as possíveis formas de realizar essa redução, apoiado pelos profissionais que o assistem. Enquanto política pública é totalmente desejável, mas na aplicação ainda se encontram muitos entraves.

Quanto a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares, reforça a integração entre as UBSs, UPA e RAS aos CAPSij, e tais equipamentos devem promover o acolhimento e acompanhamento contínuo dos usuários, como também nos casos de urgência, considerando-se a atenção à crise.

A discussão e acompanhamento dos casos é relatada pelos profissionais e gestores como uma medida extremamente necessária para a efetividade da assistência psicossocial.

É no território que os usuários se reconhecem como participantes do SUS e as Unidades Básicas são consideradas essencialmente a porta de entrada deste sistema. Delas partem todas as informações e encaminhamentos para as diferentes complexidades de atenção à saúde.

É pela UBS que o usuário deve ser encaminhado ao CAPSij e desta forma o contrato entre os equipamentos UBS e CAPSij, obedece a lógica da referência e contrarreferência dos casos assistidos em comum.

As UBS devem contar com profissionais e equipes especializadas para o acolhimento em saúde mental, assim como apoiadas por ações de matriciamento pelas equipes ampliadas, a exemplo dos Núcleos de Apoio a Saúde e Atenção Básica – NASF AB.

Sobre a Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado, visa a integralidade do cuidado e atenção humanizada, centrada nas necessidades das pessoas, como proposto pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007), os profissionais

e gestores são unânimes em afirmar o entendimento de demanda e a compreensão dos núcleos familiares e territoriais.

Sem ações intersetoriais a atenção psicossocial fica isolada, o que descaracteriza o cuidado. Todo o processo do cuidar de crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou uso e abuso de substâncias deve estar apoiado e integrado aos intersetores da Assistência Social, Educação, Justiça e demais organizações pertencentes ao território de origem destes.

O ECA (Brasil, 1990) visa assegurar esses direitos e como citado por Couto, Duarte e Delgado (2008), a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil no território nacional e o estabelecimento de diretrizes para articulação intersetorial dos serviços de saúde e outros setores públicos, constituem os pilares da saúde mental pública para crianças e adolescentes.

Os CAPSij se estruturam pela organização em rede, respondendo a premissa do cuidado integral e compartilhado com os demais equipamentos do território.

Como destacado nos estudos de Januário et al. (2016), as escolas devem realizar ações para diminuir os riscos e aumentar os fatores protetores relacionados à saúde mental de crianças e adolescentes, assim como os equipamentos de saúde em geral e da assistência social por meio de cuidados básicos de saúde, educação e apoio social, desta forma caracterizando o trabalho em rede como previsto na política pública.

Para os mesmos autores, citando Couto, Duarte e Delgado (2008), é no trabalho em rede que se desenvolvem as ações preventivas, de promoção da saúde e a identificação de casos para os quais as intervenções podem reverter ou evitar o agravamento da saúde mental desta população.

O G01 enfatiza que o usuário assistido pelo CAPSij “permanece um tempo para tratamento no equipamento, mas ele está inserido nesse território e neste estabelece relações”, então se faz necessário articular ações com os profissionais desse território, garantir o cuidado nos diferentes espaços em que este usuário está inserido como a escola, UBS, CRAS, CREAS, igreja, Associação de Moradores. Desta forma, observa-se que na percepção de gestores e profissionais da saúde, esta diretriz requer muita dedicação dos profissionais, gestores de todos os equipamentos do território.

Neste estudo, pode-se identificar pela análise estatística dos dados e pela

análise temática dos extratos de fala de gestores e profissionais da saúde, a importância de efetivar essa diretriz, ultrapassando barreiras de articulação e corresponsabilização dos diferentes equipamentos e profissionais que atuam no território de origem dos usuários. Todos os profissionais e gestores (Tabela 4), atribuíram 100% de importância em reconhecer os parâmetros do desenvolvimento infantojuvenil e desta forma identificar possíveis alterações e defasagens que venham a indicar risco para um transtorno mental.

Considerando-se o Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

O PTS é definido como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2007, p.40).

Os profissionais e gestores participantes da pesquisa, destacaram que por meio da responsabilização de um profissional pelo caso – técnico de referência – TR, toda a equipe constrói o PTS, considerando a real demanda dos usuários, famílias e demais profissionais dos intersetores.

O acolhimento e os primeiros atendimentos são balizadores das necessidades individuais, como também coletivas de cada usuário.

A partir do planejamento dos atendimentos que permeia todo o tratamento deste, são traçados objetivos a serem alcançados, construídos conjuntamente, preservando a autonomia, a capacidade de compreensão de seu processo e a corresponsabilização com os demais atores envolvidos em benefício do usuário.

O trabalho em equipe é crucial para se alcançar essa diretriz, pois só através de um olhar coletivo e interdisciplinar se pode compreender a real demanda dos usuários e com eles construir projetos de vida e inserção social, como direito de todos.

A quarta temática: Promoção de estratégias e participação em educação permanente, contempla a décima primeira diretriz da RAPS, nela se destaca a capacitação profissional, por meio de ações de educação, especialização e atualização de conceitos, políticas, que venham fortalecer a prática profissional. A promoção de estratégias de educação permanente, com base na PNH do SUS, atua com o princípio da transversalidade em saúde, utilizando de ferramentas e dispositivos que consolidem redes, vínculos e corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

Direciona-se, assim, as estratégias e métodos para articular ações, saberes, práticas e os sujeitos de uma atenção integral à saúde garantida, resolutiva e humanizada (Brasil, 2007).

Tal princípio está em acordo com a demanda em capacitar e atualizar os profissionais e gestores dos CAPSij Para a plena atuação no campo da saúde mental infantojuvenil.

A necessidade da Educação Permanente, viabiliza aos profissionais e gestores ferramentas de intervenção e transformação dos contextos de vida dos usuários e seus familiares. Seja pela especificidade profissional, que enquanto ciência se atualiza por meio de pesquisas e novos estudos, ou pela ação interdisciplinar que promove a troca de saberes e corrobora a favor das necessidades de cada usuário.

Há que evoluir sempre, as políticas públicas não podem retroceder e se torna fundamental preparar e reciclar o conhecimento dos agentes transformadores desse processo de cuidar.

Considerando as análises estatísticas dos dados – ordinal e nominal – e a análise temática do discurso dos gestores e profissionais da saúde, observa-se que há um distanciamento entre a caracterização da população assistida, as modalidades de trabalho e a implementação das diretrizes da RAPS.

A política pública não se aplica paralelamente aos cenários da atenção psicossocial infantojuvenil, são pilares a serem construídos de forma a se complementarem enquanto culturalmente se estabelecem no cotidiano de um município respeitando a singularidade de seus territórios, de seus intersetores, seus profissionais e gestores e principalmente respeitando e acolhendo as demandas de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico.

E por fim, identificou-se neste estudo uma limitação, caracterizada pela baixa adesão de profissionais de saúde na participação das entrevistas, apesar das equipes encontrarem-se em número reduzido de profissionais de saúde, no período de realização, percebeu-se uma maior implicação de gestores, e algumas categorias profissionais não puderam contribuir. A Pandemia do COVID 19 foi um limitador da coleta, porém apenas no período em que o último dos 3 serviços participou do estudo.

## 6 CONCLUSÃO

Enquanto linha de cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil, observou-se por meio da análise de conteúdo dos relatos de gestores e profissionais de saúde, uma limitação frente a compreensão das diretrizes da RAPS.

Ao enfatizar o processo de trabalho em gestão e assistência, a prática profissional evidenciou que o cuidado em serviço e no território enfrentam barreiras e que também se apresentam muitas restrições no cotidiano de gestores e profissionais de saúde para efetivar essas diretrizes, sendo estas: a acessibilidade aos serviços, adesão e frequência dos usuários aos CAPSij, corresponsabilização de familiares e cuidadores, e principalmente as ações de articulação em rede com os intersetores.

Foi possível identificar o engajamento profissional para garantir e assegurar as diretrizes propostas pela RAPS, enquanto política pública e direito de seus usuários e considerar a visão crítico reflexiva dos entrevistados constando-se como positiva a oportunidade de revisitar suas práticas e se apropriar destas, enquanto lugar de fala sobre esse desafiador contexto.

Destaca-se também, que as especificidades profissionais acabam restringindo as ações interdisciplinares, por vezes ocupando uma carga horária maior durante o cotidiano dos profissionais de saúde, o que constata que questões administrativas se interpõem as estratégias previstas nas ações interdisciplinares dos profissionais.

Para além de diretrizes e conceitos, observa-se que as diretrizes da RAPS, nem sempre se evidenciam nos CAPSij; as políticas públicas não se aplicam em suas totalidades, por mais que gestores e profissionais de saúde busquem experimentá-las, vivenciá-las dentro de suas possibilidades em compreendê-las.

Pode-se concluir por meio deste estudo que a política pública se processa aos poucos, enquanto tempo de aplicabilidade ao município, mas o cenário está em constante transformação, promovendo a saúde mental infantojuvenil, alicerçada a direitos, escuta qualificada e transformação de cotidianos.

A conscientização da população assistida sobre direitos ao tratamento equitativo e o acesso aos serviços de qualidade são objetivos em constante construção junto à população, profissionais e gestores dos CAPSij do município de Curitiba.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental infantojuvenil é um tema que ao mesmo tempo que discutido, torna-se preocupante. As estatísticas apresentadas nos estudos base desta pesquisa corroboram com essa preocupação.

O cenário da saúde mental infantojuvenil brasileira se veste da vulnerabilidade socioeconômica e cultural, assim como uma incidência de diagnósticos de Transtorno Mental e uso e abuso de substâncias.

As políticas públicas voltadas a infância e adolescência se baseiam em direitos dessa população, porém no cotidiano desses usuários do SUS, ainda há muito a se construir para atingir este direito.

Atuar em rede ultrapassa geograficamente o território, e constata-se que recursos ligados ao lazer e cultura, nem sempre são encontrados no território de origem dos usuários. Assim, busca-se promover o acesso a outros espaços mais próximos de seus locais de moradia e também mais próximos aos equipamentos CAPSij, desta forma favorecendo a inclusão e participação social dos usuários, mesmo que a princípio de forma mediada pelos profissionais, mas com o intuito de integrar e promover as habilidades necessárias a socialização e o reconhecimento das possibilidades de inclusão nas ofertas que o município de Curitiba dispõe.

Quanto ao combate aos estigmas e preconceitos, essa diretriz necessita constante problematização junto a equipe, usuários, familiares e sociedade em geral. Historicamente a saúde mental carrega estigmas e preconceitos, mas não se pode permitir que estes conceitos se mantenham arraigados as concepções das pessoas e tampouco aos usuários e familiares que passam por essa discriminação social.

Enquanto promoção de direitos e participação, constatou-se que muitas vezes essas experiências são únicas e também acolhedoras. Respeitando a singularidade dos usuários, seu conhecimento e reconhecimento de espaços que produzem a saúde mental e não visam gerar estigmas e preconceitos caminham para a verdadeira inclusão.

Não se pode caracterizar privação se a experiência não é vivida, este dado corrobora com o pensamento e exercício profissional de gestores e profissionais da saúde, como pontos de entrelaçamento da rede de atenção psicossocial.

Em contraponto compreende-se que a extensão territorial desfavorece o alcance de muitas dessas diretrizes, o que sinaliza para a ampliação de equipamentos

voltados à atenção psicossocial infantojuvenil, ao mesmo tempo que desafia gestores e profissionais da saúde à uma reinvenção de pensares, fundamentação e práticas Para se realizarem no exercício de seu cotidiano profissional.

Percebeu-se que a pesquisa contribui muito para o campo de prática, momento oportuno aos gestores e profissionais da saúde revisitarem seus conceitos e práticas e dessa forma renovar suas motivações e desempenharem seu papel transformador de contextos como profissional politizado.

As políticas públicas se estabelecem pelo Controle Social, porém esta ferramenta tem sido pouco utilizada por usuários e seus familiares, o que denota a frequência deste espaço comunitário alicerçada a gestores e profissionais da saúde, e os grandes atores desse cenário, ficam dependentes muitas vezes dessas decisões tomadas.

Esclarecer e promover esse direito aos usuários e seus familiares, está pautado na rotina dos CAPSij, como espaço de reflexão e também como proatividade na conquista de direitos da população, promovendo a inclusão da melhor assistência as suas necessidades.

Quanto mais precoces forem as intervenções, mais subsídios serão gerados para ampliação de políticas públicas, caracterizando assim o respeito merecido a Infância e Adolescência, propiciando a esta população o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas para a tão desejada inclusão dos considerados divergentes.

Anseia-se que este estudo possa ser replicado em diferentes municípios e regiões do país, para que se possa ter uma leitura de realidade tão abrangente como a sua diversidade política, cultural, de serviços e demandas voltadas à saúde mental infantojuvenil.

Recomenda-se que mais estudos loco regionais contemplem a temática da Saúde Mental Infantojuvenil, favorecendo a compreensão de diferentes territórios, processos de gestão e assistência, considerando ações de promoção à saúde e prevenção de agravos.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, março 2010.

BERGMANN, D. S.; ZAVASCHI, M. L. S.; BASSOLS, A. M. S. O perfil das crianças e dos adolescentes atendidos. In ZAVASCHI, M. L. S e Cols. **Crianças e adolescentes vulneráveis: o atendimento interdisciplinar nos Centros de Atenção Psicossocial**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte. v. 5, n. 11, 2011. p. 121-136. Disponível em: <<http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/viewFile/1220/90>>. Acesso em: 21 dez. 2015.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

BRASIL. **Lei Federal nº 8069, de 13 de julho, de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em 21 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.<sup>a</sup> edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília DF. 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf007](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf007)>. Acesso em: 05 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSij e CAPSad. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/Portaria\\_n336.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/Portaria_n336.htm)>. Acesso em 21 dez. 2015.

BRASIL. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 21 dez. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Portaria 615, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF. 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615\\_15\\_04\\_2013.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.htm)>. Acesso em: 21 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil**: recomendações 2005 a 2012. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília; Ministério da Saúde. Dez. 2014. 60 p. Disponível em <<http://bvssalud.org>>. Acesso em agosto de 2024.

BRASIL. Humaniza SUS. **Área Temática da Humanização na Biblioteca Virtual em Saúde**. 1ª ed. 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em: 07 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos**/Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf)>. Acesso em: 21 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria gm/ms nº 522, de 26 de abril de 2023. Disponível em <[https://cosemspi.org.br/wp-content/uploads/2023/07/PORTARIA-GM\\_MS-No-522-DE-26-DE-ABRIL-DE-2023-PORTARIA-GM\\_MS-No-522-DE-26-DE-ABRIL-DE-2023-DOU-Imprensa-Nacional.pdf](https://cosemspi.org.br/wp-content/uploads/2023/07/PORTARIA-GM_MS-No-522-DE-26-DE-ABRIL-DE-2023-PORTARIA-GM_MS-No-522-DE-26-DE-ABRIL-DE-2023-DOU-Imprensa-Nacional.pdf)> . Acesso em 30/09/2024

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia Para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.2. Rio de Janeiro, 2007.

CARDOSO, L.C.B.et al. Mental health assistance in Primary Care: perspective of professionals from the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm**. 2022; 75(Suppl 3):e20190326. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/revben/a/zShc4kn9L5ZJv4wF8K9Mp5w/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em julho de 2024.

CLINICAL Update: Child and Adolescent Behavioral Health Care in Community Systems of Care” **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**,v.62 n.4..p367-384. April 2023. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35690302/>>. Acesso em: 05 fev. 2024.

COSEMS/SC – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina. Linha de cuidado para atenção à saúde mental. Secretaria de estado da saúde. Superintendência de planejamento em saúde. Diretoria de atenção primária à saúde. Dez. 2019. p. 1 – 33, Santa Catarina.Disponível em <<http://linha.de.cuidado.para.atencao.a.saude.mental.PDF>>. Acesso em julho de 2024.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A Saúde Mental Infantil na Saúde Brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 30, n. 4, 2008. p. 390-398. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2015.

DIAS, P. F. et al. Concept formation of ambience for labor and normal institutionalized delivery. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**. V.72. s.3, 2019. p.:348-59. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3zktZpGznsL4zTMnsLbN-bxF/?lang=en>. Acesso em: 05 fev. 2024.

DISTRITO FEDERAL. **Portaria nº 1.062, de 17 de outubro de 2023**. Institui o Programa de Saúde Mental no Trabalho, da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, para os Profissionais da Educação da Rede Pública de Ensino do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. DF. n 191. 10/10/2023. P.6. Disponível em: <https://www.educacao.df.gov.br/secretaria-de-educacao-institui-programa-de-saude-mental-no-trabalho>. Acesso em: 10 jan. 2024.

FELVER-GANT, J. C; LEVI G.; GAYLE. L. M. **Evidence-based school mental health services: Affect education, emotion regulation training, and cognitive behavioral therapy**. New York: Springer, 2011.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**. v.6, n.1 p. 31 – 44. 2007. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/PSganex/sabrinaferigato2007oatendimentoacrise.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2023.

FIGUEIRÊDO, A. A. F. O uso do(s) conceito(s) de “estigma” no campo da Saúde Coletiva. **Revista Saúde em redes**, v.7, n1, p 87 a 97. 2021. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/67>. Acesso em: 16 nov. 2023.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 1975.

GREEN et al. **Mental Health of children and Young people in Great Britain**. New York: Palgrave Macmillan, 2005.

HAGELL A, COLEMAN J and BROOKS F. **Key Data on Adolescence**. London: Association for Young People’s Health, 2015.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 1, 2009.p. 297 – 305. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxkK9HXvfl39Nf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2015.

JANUÁRIO, S.S. et al. Mental health and public policies implemented in the Northeast of Brazil: A systematic review with meta-analysis. **International Journal of Social**

**Psychiatry**. V.63, n.1, 2016. p. 21 – 32. Disponível em: <<https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/28135996/>>. Acesso em 05 fev. 2024.

KELLY, B.D. Mental health, mental illness, and human rights in India and elsewhere: What are we aiming for? **Indian J Psychiatry**. V. 58, S.2, dezembro 2016. P.168 – 174. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5282611/>>. Acesso em: 05 fev. 2024.

LIRA, G.F.C. et al. Construindo Caminhos para um cuidado coletivo e ampliado: uma interface entre violência e saúde mental. In Garcia Jr, C.A.S; Ceccon, R. F. **Narrativas de violência e saúde mental: experiências e territórios**. Editora Rede Unida. ed. Porto Alegre. V. 11, 1ª ed. 2024. P 19 -36.

LUZIO, C. A., & YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**. V.15, n.1, p.17-26. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPfptHsJZCs5H5Vhpr/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 18 nov. 2023.

MELTZER H et al. Mental health of children and adolescents in Great Britain. **Int Rev Psychiatry**. 2003 Feb-May;15(1-2):185-7. doi: 10.1080/0954026021000046155. PMID: 12745331.

MERÇOM. L. N.; CONSTANTINIDIS, T. C. Processos de Trabalho e a Saúde Mental dos Trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. **Contextos Clínicos**, v. 13, n. 2, mai./ago. 2020. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v13n2/v13n2a15.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2023.

MINAYO, M, C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MOURA, B.R.; MATSUKURA, T. S. Atenção a crise de crianças e adolescentes: estratégias de cuidado dos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis sob a ótica de gestores e familiares. **Revista Physis**. v.32, n.1, 2022.

NASCIMENTO, Y. C. M. L. *et al.* Perfil de crianças e adolescentes acompanhados por um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, v.8, n.5, maio 2015, p1261-72. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../9067>>. Acesso em 20 dez. 2015.

PITTA, A. M. F.; COUTINHO, D. M.; ROCHA, C. C. M. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights – WHO. **Rev. Saúde debate**. v. 39, n. 106, p. 760-771, Rio de Janeiro jul-set 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zqy4dxc8v5Qm8T5SvTk9PrP/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 25 nov. 2023.

POLANCZYK, G. V. et al. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 56, n. 3, p. 345-365, 2015 Tradução . . Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12381/epdf>. Acesso em: 28 jan. 2025.

TAÑO, B. L., MATSUKURA, T. S., & MINATEL, M. M. (2021). Atenção psicossocial e intersetorialidade: entre o lugar do saber e o saber do lugar. In A. D. S. A. Fernandes, B. L. Taño, M. F. B. Cid & T. S. Matsukura (Eds.), **Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial** (p. 2-20). São Paulo: Manole.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos da acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. V.20, n. 2, 2004, p S190-198. 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJ-PbbXtQ/?lang=pt#:~:text=Referen%C3%A7%C3%A3o%20de%20us%C3%A1%20dos,da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20de%20us%C3%A1%20dos>. Acesso em: 29 jul. 2024.

WOODWARD LJ, FERGUSON DM. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. 2001 Sep;40(9):1086-93. doi: 10.1097/00004583-200109000-00018. PMID: 11556633.

YASUI, S.; LUZIO, C.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis e psique**, v.8, n.1, 2018, p. 173-190. Disponível em: < <http://www.pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v8n1a11.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2023.

## PROFISSIONAIS E GESTORES DO SERVIÇO CAPSij

### ENTREVISTA

Código de Identificação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_.

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Formação: \_\_\_\_\_

1) Qual seu tempo trabalho neste CAPSij?

( ) menos de um ano. Quantos dias/meses?

( ) mais de um ano. Quantos anos?

2) Seu trabalho diário neste CAPSij, envolve atenção direta à:

( ) crianças e adolescentes

( ) apenas crianças

( ) apenas adolescentes

( ) familiares (família natural e/ou substitutiva)

( ) unidades de acolhimento

( ) equipamentos de Saúde no território. Qual(quais)?

( ) equipamentos de Educação no território. Qual (quais)?

( ) equipamentos da Assistência Social no território. Qual (quais)?

( ) Outros equipamentos e/ou serviços. Qual (quais)?

3) Dentre diretrizes previstas pela Portaria da RAPS (Nº 3.088 de 23/12/2011):

A - Assinale as que estão mais voltadas ao seu dia-a-dia no CAPSij.

( ) I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

( ) II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

( ) III - combate a estigmas e preconceitos;

( ) IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

( ) V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

( ) VI - diversificação das estratégias de cuidado;

( ) VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

( ) VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

( ) IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

( ) X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

( ) XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

B- Destaque e justifique qual (quais) considera efetivada (as) no seu serviço e qual(quais) ainda necessitam aprimoramento.

4) Quais aspectos do perfil psicossocial das crianças e adolescentes atendidos no seu local de trabalho que você identifica e considera como relevantes mediante as diretrizes da RAPS?

(Gênero, faixa etária, inserção escolar/escolaridade, hipótese diagnóstica, vulnerabilidade social, origem do encaminhamento, motivo da consulta/procura do serviço, configuração familiar)

5) Ao considerar a operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, descreva quais os facilitadores e barreiras do território adstrito ao seu CAPSij.

6) Considerando a Portaria da RAPS (Nº 3.088 de 23/12/2011), sob as diretrizes, identifique nas questões abaixo os conceitos e exemplifique-os nas ações do seu cotidiano de trabalho Para com esta população:

I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas. Qual sua compreensão acerca desta diretriz? Na sua visão qual o objetivo desta diretriz, enquanto uma política pública de atenção psicossocial? Exemplifique a partir do seu cotidiano profissional.

II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde. Qual sua compreensão acerca desta diretriz? Na sua visão qual o objetivo desta diretriz, enquanto uma política pública de atenção psicossocial? Exemplifique a partir do seu cotidiano os determinantes sociais de saúde.

III - Combate a estigmas e preconceitos. Qual a sua compreensão de estigma e preconceito? Por que essa diretriz foi estabelecida na política? Qual o maior desafio que você considera para o combate ao estigma e preconceito? E para usuários, qual o maior desafio para combater estigmas e preconceitos?

IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar. Qual sua avaliação da logística do acesso ao serviço? Como se dá a assistência pela equipe? Você considera o trabalho da equipe na forma multiprofissional e interdisciplinar? Qual sua definição para este modelo de trabalho em equipe? Exemplifique no seu cotidiano.

V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas. Qual a sua definição para atenção humanizada? Como ela ocorre no seu cotidiano profissional?

VI - Diversificação das estratégias de cuidado.

Como você compreende a diversificação de estratégias de cuidado? Exemplifique a partir do seu cotidiano profissional.

VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. As atividades que acontecem a partir do CAPSij ou Para o CAPSij no território, na sua percepção possibilitam a inclusão social dos usuários e seus familiares? O que é promoção de autonomia e exercício da cidadania para você? Exemplifique a partir do seu cotidiano profissional.

VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos.

No trabalho com a população infantojuvenil quais são as estratégias utilizadas no CAPSij Para redução de danos? Como você compreende a Redução de danos?

IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. Qual a sua concepção de território? Como o controle social auxilia a assistência aos usuários de CAPSij? Você identifica a efetividade desta estratégia no seu cotidiano profissional e a compreensão dos usuários e seus familiares? O controle social é um facilitador da sua prática profissional?

X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. Como se estabelece a rede de atenção no seu território? A intersetorialidade decorre de forma a potencializar a integralidade do cuidado aos usuários e familiares? Qual sua concepção de integralidade do cuidado, exemplifique no seu cotidiano profissional.

XI - Promoção de estratégias de educação permanente. Qual o seu conceito de educação permanente? Você participa de ações de educação permanente ou as promove no seu cotidiano profissional. Exemplifique.

XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Como se estrutura um Projeto Terapêutico Singular - PTS no/neste CAPSij? A lógica do cuidado aos usuários parte da concepção do transtorno enquanto diagnóstico clínico ou há um acolhimento da demanda dos usuários para que se estabeleça esse cuidado? A construção do PTS promove a participação efetiva de usuários e familiares? Exemplifique por meio de ações cotidianas.

## APENDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Regina Célia Titotto Castanharo, aluna do Programa de pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente - da Universidade Federal do Paraná, estou convidando [o senhor | a senhora | você], profissional e/ou gestor do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - [nome do CAPSij] a participar de um estudo intitulado: **“Perfil psicossocial de crianças e adolescentes de CAPSij: análise da estruturação e organização da RAPS no município de Curitiba”**.

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de compreender a estruturação e organização dos serviços de atenção psicossocial infantojuvenil e contribuir com a implementação e efetivação dos pressupostos da RAPS no município de Curitiba.

A pesquisa tem como objetivo compreender a estruturação e organização da RAPS a partir do perfil psicossocial de crianças e adolescentes atendidos em CAPSij no município de Curitiba.

Caso [o senhor | a senhora | você] aceite participar desta pesquisa será necessário, assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responder uma Entrevista com questões fechadas e abertas acerca da sua compreensão da estruturação e organização da RAPS, no equipamento CAPSij no qual desempenha suas funções profissionais, considerando o perfil psicossocial de crianças e adolescentes atendidos neste equipamento. Suas respostas serão organizadas em dados estatísticos e seus significados serão analisados, preservando sua identidade por meio de códigos, favorecendo assim a não identificação de sua pessoa.

Para tanto, [o senhor | a senhora | você] precisará de cerca de uma hora (60 minutos) Para responder as questões, tendo liberdade para agendamento da entrevista em seu próprio local de trabalho, mediante disponibilidade de horário e consentimento de seu gestor e/ou supervisor direto.

Rubricas:

Participante da Pesquisa \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Orientador \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

É possível que [o senhor | a senhora | você] experimente algum desconforto, principalmente relacionado a descrever sua compreensão sobre o processo da estruturação e organização da RAPS a partir do perfil psicossocial de crianças e adolescentes atendidos neste equipamento, para tanto, como pesquisadora me coloco a disposição de

esclarecer quaisquer dúvidas, assim como retirar ao final da entrevista alguma resposta que venha a lhe causar incômodo ou dilema ético.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são poder contribuir com a efetivação e qualificação dos pressupostos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e auxiliar no processo multiprofissional e interdisciplinar do seu local de trabalho. Com o resultado da pesquisa, visa-se também poder contribuir para o avanço científico na área da Saúde Mental Infantojuvenil.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será disponibilizado em duas vias, permanecendo uma cópia com você e a outra com a pesquisadora, devidamente assinada.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.

Pela sua participação na pesquisa, você não receberá qualquer valor em dinheiro ou outro benefício.

Você poderá entrar em contato com a pesquisadora Regina Célia Titotto Castanharo, Terapeuta Ocupacional, RG 14.856.076-3 SSP/SP, e-mail [prof.retitotto@ufpr.br](mailto:prof.retitotto@ufpr.br), na Avenida Prefeito Lothario Meissner nº. 632, Bloco Didático II, 4º andar - Jardim Botânico CEP: 80210-170, na cidade de Curitiba, de segunda a sexta-feira, das 8hs às 17hs, pelo telefone (41) 33613794, para esclarecer eventuais dúvidas a respeito dessa pesquisa.

As informações relacionadas ao estudo serão de conhecimento da pesquisadora Regina Célia Titotto Castanharo. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sobre forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

Rubricas:

Participante da Pesquisa \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Orientador \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

Será comunicado a finalização do estudo, data da defesa de tese, além de informar o endereço eletrônico onde a mesma estará disponível, sendo disponibilizada mídia digital caso você tenha interesse.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa do qual fui convidado a participar. A explicação que

recebi menciona todos os quesitos necessários para a realização da pesquisa. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que essa decisão afete minha vida profissional ou pessoal. Eu concordo voluntariamente em participar, fornecendo as respostas que considero adequadas à entrevista realizada.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do pesquisador responsável

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016.

Rubricas:

Participante da Pesquisa \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Orientador \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.

## ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estrutura e organização da rede de atenção psicossocial infantojuvenil no município de Curitiba a partir do perfil psicossocial

**Pesquisador:** Gustavo Manoel Schier Dória

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 61744516.4.0000.0102

**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.858.491

#### Apresentação do Projeto:

- PESQUISADOR COLABORADOR e CO-ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR MILTON CARLOS MARIOTTI

- ALUNA DE DOUTORADO: REGINA CÉLIA TITOTTO CASTANHARO

Ao considerar o cenário atual da Atenção psicossocial voltada à crianças e adolescentes, embasados por Políticas Públicas advindas da reforma Psiquiátrica e buscando a humanização, resolutividade e efetividade da assistência, os equipamentos de atenção psicossocial infantojuvenil – CAPSi do município de Curitiba, tem buscado incessantemente o trabalho em rede, considerando-se uma reestruturação na assistência prestada pelos profissionais de saúde, articulando ações específicas e intersetoriais, visando a qualidade na atenção à essa população.

O trabalho em rede tem como principal objetivo o trabalho da clínica ampliada, envolvendo a intersetorialidade no território, pois é no território que se estabelece o cotidiano dessas crianças e adolescentes, assim como de seus familiares.

Para tanto este projeto de pesquisa busca colaborar com a área da Saúde Mental da Infância e adolescência, visando elucidar se na assistência à população infantojuvenil do município de

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.858.491

Curitiba, existe uma correlação do perfil psicossocial com a estrutura e organização da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. A pesquisa se justifica em razão da importância de articular ações territoriais pelos profissionais dos equipamentos de atenção psicossocial infantojuvenil com o objetivo de ir ao encontro dos pressupostos e diretrizes da RAPS.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral:

- Identificar no perfil psicossocial de crianças e adolescentes atendidos em CAPSi no município de Curitiba a relação com a estrutura e organização da RAPS neste município.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa será monitorada pelo pesquisador durante todo o período de coleta de dados. Poderá contar com a participação de colaboradores na coleta dos dados psicossociais e para a transcrição das entrevistas, sendo estes alunos de Iniciação científica ligados ao projeto, porém toda a análise e interpretação dos dados estarão sob a responsabilidade do pesquisador. As possíveis mudanças ocorridas nos serviços ou mesmo nas diretrizes das Políticas Públicas que norteiam a investigação serão consideradas e integradas ao projeto, quando se mostrarem necessárias ao projeto.

Serão considerados como riscos a exposição de qualquer dado da pesquisa, sem critério de análise e princípio ético, para tanto todo material da pesquisa será resguardado sob sigilo dos pesquisadores envolvidos e todo dado coletado terá um código de identificação sendo os participantes da pesquisa protegidos de qualquer exposição pessoal ou institucional, sendo prevalente a retirada de qualquer participante da pesquisa quando este sentir-se constrangido após a coleta de dados, obedecendo assim os princípios éticos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Serão considerados como benefícios a contribuição aos gestores e profissionais dos serviços e instituições coparticipantes envolvidas a leitura da realidade das práticas assistenciais em correlação com as previstas pelas Políticas Públicas vigentes, visando assim uma análise reflexiva desses profissionais e gestores.

Considera-se também a contribuição do estudo para o despertar da formação universitária para uma prática baseada em problemas, alicerçada em Políticas Públicas, porém de forma regionalizada e resolutiva à problemática apresentada pelos usuários dos serviços de Saúde Mental

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer: 1.858.491

voltados à população infanto-juvenil, assim como seus profissionais de saúde, gestores e acadêmicos em formação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo observacional analítico transversal não comparado ambispectivo, de abordagem qualitativa e quantitativa, estruturado metodologicamente por um Estudo de caso, intitulado: “Estrutura e organização da rede de atenção psicossocial infantojuvenil no município de Curitiba a partir do perfil psicossocial”, a realizar-se no período de dezembro de 2016 à dezembro de 2020.

O estudo proposto será embasado em análise estatística e pesquisa documental acerca da temática estrutura e organização da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS no município de Curitiba, considerando a análise da reestruturação do serviço para a assistência da população infantojuvenil no município. Para análise qualitativa do estudo propõe-se o método - Estudo de caso. Os fenômenos a serem estudados são a estruturação e organização da RAPS nos serviços de atenção psicossocial infantojuvenil do município de Curitiba, e a relação com do perfil psicossocial de crianças e adolescentes atendidos em CAPSi.

Para aporte teórico acerca da temática pesquisada será realizada uma revisão narrativa de literatura.

Para complementar o referencial teórico utilizar-se-á a pesquisa documental em relatórios mensais e anuais – RAS, a fim de se obter dados do perfil psicossocial dos usuários dos equipamentos de atenção psicossocial infantojuvenil do município de Curitiba, no período de janeiro de 2012 até julho de 2017, considerando a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Estes dados coletados passarão por análise estatística, submetidos ao programa SPSS.

A pesquisa será realizada nos três Centros de Atenção Psicossocial – CAPSi do município de Curitiba: CAPSi Pinheirinho e CAPSi Boa Vista, coordenados pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba – FEAES em convênio com a Secretaria Municipal de Curitiba – SMS e o CAPSi Centro Vida sob gestão da SMS.

O período previsto para a pesquisa compreende os anos de 2016 à 2020.

A população-fonte se compõe por dois grupos: Gestores e Profissionais de Saúde. No Grupo1 os

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.858.491

participantes da pesquisa serão 3 gestores/coordenadores dos CAPSi do município de Curitiba e o Grupo 2, será composto por profissionais de saúde que compõem as equipes interdisciplinares dos três serviços, compreendendo em média 50 profissionais entre eles Assistente Social, Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem, Médicos Psiquiatras, Pediatras, Neuropediatras e Neurologistas, Fonoaudiólogos, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais e Nutricionistas que atuam nos três locais da pesquisa. A população em estudo encontra-se na faixa etária acima de 18 anos de idade, composta por ambos os sexos e que aceitem participar voluntariamente da pesquisa.

Recrutamento: os participantes serão convidados por meio de comunicação impressa (cartaz) afixada no local de trabalho, mediante contratualização com os gestores/coordenadores do serviço e após aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa. A relação dos participantes interessados será informada pelo gestor, sendo estabelecidos data e local de acordo com a disponibilidade dos profissionais participantes da pesquisa. Os participantes que manifestarem interesse e disponibilidade, serão convidados a participar, sendo entregue o TCLE e na sequência o agendamento da entrevista. As entrevistas serão realizadas na própria instituição, em local onde não haja interferência de outras pessoas.

O recrutamento dos participantes para compor a amostra estará condicionado a aceitação e participação livre dos entrevistados pesquisados e restrito aos dois primeiros anos do estudo (2017-2018), sendo impossibilitada uma nova coleta mediante a entrada de novos profissionais ou gestores nos serviços após esse período de tempo.

O material obtido – entrevista e gravações – serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão destruídos/descartados (incinerados e/ou fragmentados e apagados) ao término do estudo, dentro de 4 anos e/ou 48 meses.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto traz todos os documentos exigidos pelo CEP/SD.

**Recomendações:**

Ver recomendações finais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.858.491

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_809249.pdf	03/12/2016 11:41:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_Livre_Esclarecido_TCLEcorrigidoCEPSD.docx	03/12/2016 11:41:22	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisador_adequacoes_TCLE_posCEPSD.pdf	03/12/2016 11:40:40	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficio_pesquisador_cep_sd.pdf	04/11/2016 17:53:53	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_uso_especifico.pdf	03/11/2016 19:46:25	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_coparticipante_e_coordenacao_servico_FEAES_CapsPinheiroBoaVista.pdf	01/11/2016 11:03:20	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_coparticipante_SMSCuritiba_CAPSiCentroVida_parceriaFEAES.pdf	01/11/2016 10:59:07	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Outros	check_list.pdf	01/11/2016 10:55:24	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisador_ao_CEP.docx	01/11/2016 10:54:04	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Termo_de_consentimento_Livre_Esclarecido_TCLE.docx	31/10/2016 13:49:43	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR **Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.858.491

Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_Livre_Esclarecido_TCLE.docx	31/10/2016 13:49:43	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_detalhado.docx	31/10/2016 13:09:49	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_uso_coleta_de_dados.pdf	31/10/2016 13:01:50	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_ENTREVISTA_GESTOR_PROFSSIONAIS.pdf	20/10/2016 23:53:24	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Outros	FICHA_DO_PERFIL_PSICOSSOCIAL.pdf	20/10/2016 23:51:53	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Outros	analise_de_merito.pdf	20/10/2016 23:41:05	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Outros	ata_do_programa_de_pos.pdf	20/10/2016 23:40:15	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_tornar_publicos_os_resultados.pdf	20/10/2016 23:37:21	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_inicio_pesquisa.pdf	20/10/2016 23:36:02	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_confidencialidade.pdf	20/10/2016 23:35:04	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_responsabilidade.pdf	20/10/2016 23:34:27	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/10/2016 23:25:01	Gustavo Manoel Schier Dória	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 09 de Dezembro de 2016

Assinado por:  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR **Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br