



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
CURSO DE PSICOLOGIA

Amanda Rocha Pina de Carvalho

**O CAPSi COMO DISPOSITIVO DA REDE ASSISTENCIAL EM SAÚDE
MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: CAMINHOS E
DESAFIOS**

Volta Redonda
2018

AMANDA ROCHA PINA DE CARVALHO

**O CAPSi COMO DISPOSITIVO DA REDE ASSISTENCIAL EM SAÚDE
MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: CAMINHOS E
DESAFIOS**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Psicologia do Instituto de Ciências
Humanas e Sociais da Universidade Federal
Fluminense como requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em
Psicologia.**

**Orientador: Professor Doutor Ricardo
Sparapan Pena**

Volta Redonda

2018

TERMO DE APROVAÇÃO

AMANDA ROCHA PINA DE CARVALHO

O CAPSi COMO DISPOSITIVO DA REDE ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: CAMINHOS E DESAFIOS

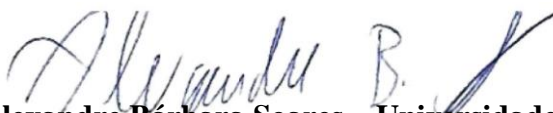
Monografia aprovada pela Banca Examinadora do Curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense – UFF.

Volta Redonda, 07 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



**Professor Doutor Ricardo Sparapan Pena – Universidade Federal
Fluminense– Orientador**



Professor Doutor Alexandre Bárbara Soares – Universidade Federal Fluminense



Professor Doutor Rafael Mendonça Dias – Universidade Federal Fluminense

Ficha catalográfica automática – SDC/BAVR

C331c Carvalho, Amanda Rocha Pina de

O Capsi como dispositivo da Rede Assistencial em Saúde Mental da criança e do adolescente: caminhos e desafios / Amanda Rocha Pina de Carvalho ; Ricardo Sparapan Pena, orientador. Volta Redonda, 2018.

41 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Volta Redonda, 2018.

1. Políticas Públicas. 2. Saúde Mental. 3. Criança e Adolescente. 4. Centro de Atenção Psicossocial. 5. Produção Intelectual. I. Título II. Pena, Ricardo Sparapan, orientador. III. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Sociais. Departamento de Psicologia.

CDD: -

Pela democracia e pela voz de nossas crianças.

A arte de ser louco é jamais cometer a loucura de ser um sujeito normal.

Raul Seixas

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Lucia e ao meu pai Reginaldo que me deram a vida. Que me ofereceram todo amor do mundo e proporcionaram o privilégio da minha formação de caráter e acadêmica. Obrigada por serem vocês.

À minha família por completo que sempre me incentivou e me cuidou. Obrigada por sempre me acolherem.

À minha companheira de vida, Camila, que alegre, dá força e ilumina todos os meus dias. Obrigada por todo amor.

Às minhas amigas de luta e irmãs do coração, que sempre acreditaram em mim e me energizaram em todos os momentos. Obrigada por trazerem o sol e toda união.

Aos meus professores e professoras, que sempre se preocuparam em proporcionar conhecimento crítico e reflexivo. Obrigada por todas as desconstruções e ensinamentos de vida.

Ao Ricardo, meu orientador, que sempre teve muita paciência comigo. Obrigada por todas as trocas e pelos abraços apertados.

A tudo que me fez sorrir e deixou a caminhada mais leve. Obrigada por ter feito parte dela de alguma forma.

E a todo o meu percurso e à minha reinvenção inspirada por ele. Esse é só o começo. Obrigada à vida.

RESUMO

A atenção à saúde mental voltada para crianças e adolescente e seu pertencimento como uma questão de saúde pública complementando o Sistema Único de Saúde (SUS) é muito recente e considerada com muitos desafios. Este trabalho tem o objetivo de trazer reflexões da caminhada de políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes até a implantação do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), entendido como principal estratégia da saúde mental de crianças e adolescente no Brasil. O presente estudo abrange o CAPSi como um dos serviços indispensáveis quando se fala sobre saúde mental de crianças e adolescentes, porém, compreendido como tardio, destacando seus desafios, melhorias e retrocessos. Ocorreram muitos avanços em relação ao cuidado da rede em saúde mental comparado ao antigo modelo manicomial, porém ainda é necessário reforçar a lógica de cuidado e integralidade no cenário atual. Pretende-se com esse trabalho, dar visibilidade de forma crítica aos cuidados a saúde mental infantil no paradigma da Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Saúde Mental; Criança e Adolescente; Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Mental health care for children and adolescents and their belonging as a public health issue complementing the Single Health System (SUS) is very recent and considered with many challenges. This work aims to bring reflections of the public mental health policy path for children and adolescents until the implementation of the Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSi), understood as the main strategy of the mental health of children and adolescents in Brazil. The present study covers CAPSi as one of the indispensable services when it is said about mental health of children and adolescents, but understood as late, highlighting their challenges, improvements and regressions. There have been many advances in mental health care compared to the old asylum model, but it is still necessary to reinforce the logic of care and completeness in the current scenario. This work intends to give critical visibility to child mental health care in the Psychosocial Attention paradigm.

Keywords: Public Policies; Mental health; Child and teenager; Center for Psychosocial Care.

SUMÁRIO

| | |
|---|------|
| 1 INTRODUÇÃO | p.11 |
| 2. O SER CRIANÇA | p.16 |
| 2.1 Considerações Iniciais | p.16 |
| 2.2 Das medidas protetivas iniciais ao Estatuto da Criança e do Adolescente | p.18 |
| 2.3 Implantação das Políticas de Saúde Mental | p.24 |
| . | |
| 3. O SER CRIANÇA DOTADO DE DIRETOS | p.28 |
| 3.1 A Rede de Atenção Psicossocial e seus Laços Setoriais e Intersetoriais..... | p.28 |
| 3.2 Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis..... | p.30 |
| 3.3 Amanhã há de ser outro dia | p.34 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | p.39 |
| REFERÊNCIAS | p.40 |

1. INTRODUÇÃO

Segundo Phillipe Ariès (1978), a infância nem sempre foi a mesma, passando por diversas fases em momentos históricos diferentes. Por muito tempo as crianças foram tratadas da mesma forma que os adultos, desconsiderando suas peculiaridades e subjetividades próprias, tidas como seres irracionais. Podiam frequentar os mesmos lugares que adultos, participar de todos os conflitos e conversas, estando sempre mais expostas a violências e abusos. Estas foram vistas apenas como sujeitos que não continham inteligência, fala e escolha, com nenhum sentimento e representações da infância. A saúde física da criança também não era tratada com importância, tendo altos índices de mortalidade infantil, inclusive das parturientes. As crianças estavam longe dos interesses principais das famílias e do Estado, tendo atenção apenas por instituições caritativas.

Ao longo do tempo, transformações foram surgindo e novas concepções do que é a infância também foram modificadas. Entendendo infância moderna como construção social, caracterizada por valores morais da época (Ariès, 1978), pode-se dizer que foi a partir da Revolução Industrial no século XVIII que uma nova maneira de enxergar a criança nasce. Surgem, então, as primeiras políticas públicas voltadas para o público infantil colaborando para um novo conceito, o de infância, e para os níveis de mortalidade infantil diminuírem. Entre o século XVIII e o XIX, a criança começa a ser reconhecida como um ser biopsicossocial (Ariès, 1978), de direitos como cidadão que demanda proteção e assistência, deixando de ser vista por um modelo apenas centrado na patologia.

Vê-se então, uma mudança drástica também no modo com que as famílias e a população lidam com as crianças e entendem seu papel junto delas. A família é o primeiro grupo social do qual a criança faz parte, sendo ele necessário para um bom desenvolvimento psíquico e físico (Ariès, 1978).

Com base no que foi exposto acima, o surgimento de políticas públicas se efetua também após reivindicações e processos históricos pensando nos direitos humanos e saúde das crianças. Neste contexto, os programas de proteção à criança foram implantados a fim de dar assistência e acompanhamento e garantir saúde de forma ampliada.

A implementação de novas políticas públicas para este segmento foi efetivamente criada após a sociedade se dar conta das situações peculiares das crianças. Tais intervenções do Estado criaram investimentos como ações educativas, preventivas e de segurança voltadas para a saúde da criança e da família. Além da atenção da própria família que, em união ao Estado, se une para promover a saúde integral da criança.

Dito isto:

A maneira como compreendemos a infância e a adolescência não se mantém constante ao longo do tempo. A compreensão das sociedades sobre potencialidades, limitações e necessidades típicas desses ciclos etários vai influenciando e oferecendo parâmetros para as organizações sociais na regulação da vida cotidiana. Assim, nossos códigos legais, institucionais e todo o ordenamento social relativo à infância e à adolescência acabam por refletir nossas intenções, perspectivas e expectativas com relação às pessoas que vivenciam esse momento (Brasil, 2010, p.17).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado em 1990, foi um importante dispositivo institucional para garantir, através da lei, direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. O acesso à saúde, educação, proteção integral, cuidados protetivos, respeito e dignidade são pontos de extrema relevância para um bom desenvolvimento (Brasil, 2010).

Assim,

Art 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (Lei 8069/90).

Através das evoluções históricas e transformações com a proteção e cuidados com a saúde da criança, pode-se perceber avanços a essa parte da população que durante muito tempo foi esquecida. Por conta dessa longa história em busca da defesa dos direitos da criança e do adolescente, muitos direitos foram acrescentados e modificados. O modelo atual de construção de redes e novas implementações de políticas públicas, como o Sistema Único de Saúde, tem dispositivos voltados especificadamente para variados aspectos da infância e família, considerando questões culturais, sociais e econômicas, não visando apenas na institucionalização como modelo de assistência. Porém, será que esse modelo se encontra de maneira completamente estável?

Pode-se perceber que mesmo com as criações de políticas públicas vigentes, restam dúvidas de que essas crianças estejam realmente sendo protegidas integralmente da forma

como o Estado, a população e as ações almejam, promovendo universalidade e integralidade de assistência.

Este trabalho, portanto, propõe-se a apresentar reflexões sobre a saúde da criança e do adolescente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), com enfoque aos Centros de Atenção Psicossociais voltados para o atendimento infanto-juvenil. Considerando as redes de atenção à saúde, é necessário que o modelo esteja capacitado e organizado para que possa realmente promover estratégias de promoção e prevenção à saúde da criança. Compreende-se que a partir do momento em que se localiza o problema alvo e seus adjacentes para que as políticas não estejam realmente acontecendo da forma desejada no real do trabalho, fica mais fácil aumentar os níveis de resolubilidade, a fim de promover mais atenção e cuidado. O referido trabalho tem a intenção de destacar o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), tendo este como foco, compreendendo-o como importante dispositivo para promoção de saúde da criança e do adolescente.

Desse modo, durante a graduação em Psicologia e como estagiária na Rede de Saúde, nasceu o interesse de compreender melhor, a partir das experiências e vivências no campo, o modo como as políticas públicas são realmente aplicadas e, principalmente, a forma e sob quais condições elas são realizadas.

Torna-se necessário, portanto, uma reflexão diante dos serviços ofertados, como e de que maneira a população está tendo acesso a estes serviços, os fatores que dificultam ou favorecem o cuidado em rede, dentro de suas necessidades específicas entre território, gestoras (es), equipe, usuárias (os) e o próprio serviço. Compreender as relações entre as ações desenvolvidas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e as ações voltadas à criança e ao adolescente na esfera intersetorial, conhecer os dispositivos que compõem a rede de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes e, analisar se essas políticas estão operando de acordo com os ideais da Reforma Psiquiátrica, são estes os objetivos que o presente trabalho visa, com intenção de abordar e dar visibilidade a estes cuidados. Também serão citados no referido trabalho os principais ganhos da atenção psicossocial para crianças e adolescentes e direitos humanos, assim como os principais desafios e caminhos para alcançar a promoção, prevenção e integralidade do cuidado em defesa dos direitos das crianças. É

importante compreender mais a fundo o dispositivo oferecido para que eles assegurem de fato o acesso universal e igualitário de qualidade.

Dito isto, também é importante destacar que toda discussão sobre saúde é imprescindível, sendo ela direito de todos (Brasil, 2010). Seja na Atenção Básica ou especializada bem como em todos os outros serviços, todos devem estar preparados para acolher e promover cuidado e saúde como um todo para a criança, o adolescente e a família.

Assim, considera-se que é de extrema importância problematizar a construção dos pontos de atenção à saúde da criança e adolescente, assim como as políticas públicas para este segmento, compreendendo como elas funcionam no real do trabalho, junto da sociedade e do território.

Serão utilizados como referências teóricas, todo o material disponível sobre o cuidado às crianças e adolescentes no SUS, utilizando artigos encontrados nas plataformas online como o Scielo e leitura das cartilhas do Ministério da Saúde, assim como as publicações referentes a outras políticas públicas setoriais, como assistência social e educação, por exemplo. É possível, através deste material, ter mais acesso aos dados e ao que é planejado pelas instâncias formuladoras de políticas públicas, compreendendo o que propõem, buscando também dar ênfase às ações para crianças e adolescentes em curso na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Do mesmo modo, a literatura que apresenta as experiências de cuidados às crianças e adolescentes no SUS, seus arranjos intersetoriais e os estudos sobre esta população, publicados em livros e artigos disponíveis nas bases de pesquisa, comparecerão para subsidiar as análises construídas neste trabalho.

Para ajudar a complementar o saber e compreender eventos sociais sobre infância e seu desenvolver, este é um rico material voltado para trabalhadores, gestoras, estudantes, usuárias e toda população. Verificar-se-ão também pontos importantes para a reflexão a respeito de certas Políticas de Saúde referentes ao público infanto-juvenil presente na Cartilha específica para esses sujeitos.

O trabalho de Conclusão de Curso se apoiará em pesquisas, livros, textos, revistas, artigos e, principalmente, em cartilhas do Sistema Único de Saúde. Embasar-se-á também na

experiência vivida em campo na rede de saúde no dispositivo infanto-juvenil durante o Estágio.

Esta pesquisa qualitativa se constituirá na compreensão e reflexão teórica, tendo também como grande potência as revisões bibliográficas a respeito do que se trata o referido trabalho, articulando com as observações feitas em campo.

Sabe-se que a visão de mundo do pesquisador influencia e está totalmente implicada ao resultado do trabalho, tratando-se esta, uma pesquisa incorporada de realidade, para trazer aproximação das vidas em sociedade com as Políticas Públicas vigentes.

2. O SER CRIANÇA

2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este capítulo tem o objetivo de apresentar brevemente algumas considerações sobre a infância como construção social, e como surgiram os primeiros movimentos em relação a proteção à criança e adolescente, seus principais desafios, e como a população obteve seus direitos.

Segundo exposto na obra de Ariès (1978), a infância não é apenas uma etapa da vida, ela é um conjunto de determinantes como a família, saúde e educação. Desde o século XII a sociedade vem criando e modificando concepções do que seria a infância, e assim, cada vez mais vem atuando em busca de promover atenção e cuidado. A infância compreendida por Ariès se dá nas camadas mais privilegiadas da sociedade. Podemos, de acordo com o autor, compreender que a desigualdade, em grande parte, é a maior culpada para que nem todos tenham acesso à saúde para um bom desenvolvimento. Assim, através dos programas sociais e políticas públicas, tenta-se diminuir a margem de erro e alcançar todos os tipos de crianças e adolescentes, independentemente de suas condições econômicas, sociais e culturais.

Dito isto, Ariès (1978) nos coloca que o sentimento de infância construído na Modernidade participou de um processo histórico dependente de fatores sociais e econômicos para que a sociedade pudesse de fato cuidar, no sentido amplo, da criança.

A partir do século XX, surge no Brasil o primeiro movimento a favor dos direitos das crianças e adolescentes, configurando em 1920, a primeira legislação que acreditava que a questão da vulnerabilidade econômica seria geradora de “*juvens delinquentes*”. Através dessa ideia, houve grande expansão das instituições filantrópicas sob uma lógica institucionalizante, focando o controle e isolamento desses sujeitos e esquecendo-se de suas reais necessidades. Por muito tempo, essa foi a lógica para “*cuidar*” das “*crianças abandonadas*”, privando a liberdade de crianças e adolescente que cometeram atos infracionais e/ transtornos mentais. Pode-se observar, que, apesar de décadas terem se passado, muito do que foi dito ainda é visto nos dias atuais (Brasil, 2014).

Através das mudanças de costumes no século XVII, a partir das preocupações em relação às taxas de mortalidade, conforme Ariès (1978), também surgem os primeiros estudos

de psicologia infantil para compreendê-las melhor e usar desse mecanismo na esfera da educação. Já com o resquício do que seria o início da educação no Brasil, no XVIII surgem os chamados Centros, antes da existência das escolas, com objetivo pedagógico, acolhendo sujeitos com faixas etárias variadas. São muitos os acontecimentos que mudam a ideia de infância da idade média até a idade moderna.

Com a chegada da Revolução Industrial no século XIX, a criança passou não apenas a ser preocupação das instituições filantrópicas ou de suas famílias, ela começou a ser uma questão política e econômica, tendo por objetivo recuperar a infância que até então estava perdida por conta da grande mão-de-obra infantil, ou seja, da exploração advinda do século XVIII. As crianças com menos condições econômicas eram completamente desvalidas de qualquer tipo de cuidado, uma vez que as desigualdades que imperam até hoje são grandes culpadas por esse episódio (Ariès, 1978).

Em “*O Infantil e a Estrutura*”, Sauret (1997) também confirma que nem sempre a criança existiu, mas sempre houve um desenvolvimento do corpo, desde a concepção até a fase adulta, de fato. Portanto, entender essa fase do sujeito como um “*ser integrante*” da vida é relativamente recente. Nomear a infância como uma fase da vida individual de cada sujeito é resultado da Ciência Moderna e da Revolução Francesa. A partir da leitura de Sauret (1997), o autor nos diz que a atenção da sociedade moderna dada à infância mudou completamente o modo de enxergar a criança, tanto nas relações sociais como um todo, quanto nas próprias relações com suas estruturas psíquicas.

Do mesmo modo, Ariès (1978) demonstra como a infância, enquanto parte e idade da vida, é caracterizada dessa forma por ser uma antecipação da vida adulta. Pode-se observar, segundo o autor, que a infância atual é uma construção social, operada pela cultura. Essas mudanças continuam acontecendo, por meio de séculos, uma vez que a humanidade continua com suas transformações e reinventando suas histórias.

Com essas mudanças, a sociedade foi deixando cada vez mais a ideia de que a criança seria um “*mini adulto*”. O governo, ao assumir a responsabilidade pela criança, configura uma das grandes conquistas para que a sociedade, as famílias e até a escola mudassem suas perspectivas em relação à infância, entendida como uma fase característica do próprio desenvolvimento, e não uma imperfeição do adulto ou incompletude, mas constituindo-se como uma fase própria com desejos e especificidades singulares. Esse novo

entendimento foi essencial para lançar um novo olhar para a criança, proporcionando valorização, respeito e garantia de seus direitos.

Para outros campos de conhecimento, como a Psicanálise Infantil, que surgiu no início do século XX, há algo do infantil que independe da idade cronológica, e diz muito mais do sentir, do ser e se entender como sujeito. O correr, o brincar, o jogar, entre muitas outras práticas e atitudes diante da vida, tem a ver com um estado psíquico que acompanha o sujeito, porque depende de sua estrutura psíquica, e não de sua idade cronológica.

Pode-se observar que são inúmeras as formas de entender o que é ser criança por conta de uma visão ampliada e multicultural. Este trabalho reconhece que existem diferentes infâncias na nossa sociedade, uma vez que esta depende muito de seu contexto histórico, social e cultural. Porém, independente dos múltiplos conceitos, esse trabalho visará em suas características em comum, que lhe são essenciais para julga-las como criança.

A implementação de Políticas Públicas voltadas para crianças foi um marco para que as crianças fossem realmente protegidas dentro de suas necessidades, repensando seu papel social. A partir do momento em que a sociedade passa a se preocupar e reconhecer sua importância, voltamos a atenção para uma sociedade mais atenta à infância através das implementações de políticas públicas.

As medidas protetivas a favor da saúde do público infantil e adolescência vem há décadas passando por normas protetivas e regras repressivas e preconceituosas. No Brasil, a história de políticas de defesa dos direitos das crianças e adolescentes tiveram como marco o Código Mello Mattos, o Código de Menores e o Estatuto da Criança e do adolescente (ECA). Passemos, então, a uma breve compreensão sobre tais medidas protetivas.

2.2. DAS MEDIDAS PROTETIVAS INICIAIS AO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Perante o exposto, o Código Mello Mattos surgiu em 1927, homenageando assim, o jurista José Cândido de Albuquerque Mello Mattos, sendo o primeiro Juiz de Menores do Brasil, voltado para uma lógica higienista e moralista, exercendo o cargo na capital federal do Rio de Janeiro. Em 1923 foi inaugurado o Juizado Privativo de Menores da Capital Federal, sendo esta a primeira instituição voltada para “*assistência*” a crianças “*desvirtuadas*”. Em 1924 foi inaugurada a casa Maternal Mello Mattos localizada no Bairro Jardim Botânico, no

Rio de Janeiro, e em seguida uma chácara, abrigando mais de 200 crianças entre 2 e 14 anos de idade. O Serviço Social também começa a ser desempenhado a partir daí, a fim de legitimar o cuidado e constituir uma nova carreira no Brasil (Brasil, 2014).

O Código Mello Mattos (CMM) - Decreto N. 17.943-A, de 12 de outubro de 1927¹ - abrigava meninos e meninas menores de 18 anos, em situação de vulnerabilidade, sendo estes abandonados, pobres ou “*delinquentes*”, como eram chamados. Este Decreto seria o primeiro, até então, com a finalidade de oferecer tratamentos humanizados, como acreditavam, à criança e adolescente através da intervenção estatal. Este Código tinha objetivo de manter a ordem social sem interessar-se por crianças em situação regular. As crianças com assistências, famílias e condições financeiras não eram alvo do direito, apenas as pobres, abandonadas ou em situação “*irregular*”. Neste período também surge o termo “*menino de rua*”, carregado de estereótipos moralistas e higienistas, onde todas as crianças na maioria negras ou em vulnerabilidade poderiam ser algum tipo de ameaça e perigosos (Brasil, 2014).

Segundo Liberati (2003, p. 113):

Antes do Estatuto, as medidas aplicadas aos menores infratores visavam, sobretudo, sua proteção, tratamento e cura, como se eles fossem portadores de uma patologia social que tornava insustentável sua presença no convívio social. O pior disso é que esses menores não eram considerados sujeitos de direitos, mas objeto de atividades policiais e das políticas sociais.

O CMM era completamente institucionalizante, operando dentro da lógica manicomial, segregador e conservador, mas não deixou de ser, de certa forma, um avanço legislativo para a época.

Anos mais tarde, o Código de Menores, que entrou em vigor em 1979, Lei N. 6.697², também visava, de forma autoritária e higienista, proteger a criança e o adolescente em situação irregular, ou seja, aquele que teria menos de dezoito anos e encontrava-se em vulnerabilidade, desassistido ou em conflitos com a lei. Para o Código de Menores, todos envolvidos na pobreza, maus tratos, vítimas da violência, abandono ou deficiências, estando desprotegido juridicamente, entrariam na porcentagem dos “*irregulares*”. Não havia interesse da legislação para a reinserção social da criança ou adolescente, visando apenas o controle e ordem social, desconsiderando-se completamente a realidade histórico-social. Neste período,

¹ Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17943-a-12-outubro-1927-501820-publicacaooriginal-1-pe.html>.

² Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6697-10-outubro-1979-365840-publicacaooriginal-1-pl.html>.

também aumentou a quantidade de estabelecimentos que ficavam responsáveis por dar abrigo e proteção, sem a adequada às crianças e adolescentes. Em 1927, surge também a expressão que estigmatiza crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, ou seja, “*de menor*” (Brasil, 2014).

Diante do que foi exposto, a partir da década de 1980, pode-se perceber a implementação da legislação. No cenário político da época, após o regime autoritário, efetivase a Constituição Federal de 1988 (CF, 1988)³, onde se cria um importante artigo baseado na Declaração Universal dos Direitos da Criança (1945) e na Declaração dos Direitos da Criança (1959), isto é, Art. 227, assegurando os valores e direitos fundamentais de crianças e adolescentes, voltados ao respeito, proteção e dignidade (Brasil, 2005).

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, a liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Ainda no Art. 228 (CF, 1988) é estabelecido que os menores de dezoito anos são penalmente imputáveis, sendo sujeito às normas de uma legislação especial. Essas e outras importantes questões sobre a infância garantidas na nova constituição contribuíram para a formulação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). Muitas garantias e avanços foram alcançados e assegurados pela lei a partir deste marco histórico.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reafirmou os direitos passados pela Constituição e se diferenciou das antigas leis, resguardando o direito à vida, à saúde, educação, liberdade, profissionalização, convivência familiar, direitos iguais para todos e responsabilização dos adolescentes de forma diferenciada, onde o delito causado fosse antes analisado, garantindo proteção (Brasil, 1990).

O ECA considera a criança e o adolescente como sujeito de direitos, sendo um conjunto de medidas de proteção que são específicas para garantir o direito de crianças e adolescentes, compreendendo que: a criança e o adolescente deverão receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; preferência na criação e execução das políticas sociais públicas; destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas à infância, juventude e sua proteção; preferência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância

³ Texto compilado disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

publica; assegurar direitos aos adolescentes que praticaram algum ato infracional (Brasil,1990).

Essa nova doutrina a favor da proteção integral da criança vem ser colocada no lugar de um assistencialismo do Estado voltado para um ideal asilar e segregado. Um dos grandes avanços foi a criação da lei número 12.594 do ano de 2012, onde estabelece diretrizes e parâmetros para a execução de medidas socioeducativas, (SINASE)⁴. Ele estabelece que as medidas a serem cumpridas sejam de modo socioeducativo e fora da lógica institucionalizante. Ele prioriza as medidas realizadas em meio aberto, como liberdade assistida e prestações de serviços à comunidade, ao contrário das medidas restritivas (Brasil, 2005).

O ECA afirma que:

Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.

O ECA impôs em forma de lei que todos os direitos fundamentais da criança e do adolescente fossem respeitados, tirando-os de perto de qualquer ameaça, opressão e discriminação. Dentro da lógica dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, fornece proteção integral onde todos os cuidados e fatores que possam promover atenção e desenvolvimento sejam resguardados. (Brasil, 1990)

Entre os direitos fundamentais, também podemos citar com grande importância o direito à saúde e a proteção à vida, visando o direito a um desenvolvimento sadio, digno e harmonioso (Art. 7). Já no Art. 11, *“É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.”* (Brasil, 1990).

Neste sentido, a ligação entre os direitos das crianças e dos adolescentes respaldados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) e o SUS são de muita importância para que os mesmos sejam respeitados, seguindo a lógica da recuperação da saúde, proteção, prevenção e acesso integralizado e equânime. O ECA atribui ao Sistema Único de Saúde SUS

⁴ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm.

a função de garantir os direitos fundamentais das crianças e adolescentes, garantindo acesso aos serviços e aos pontos diversos na rede SUS.

Desta forma, após um grande processo de formulação e criação para implementar o SUS, no início da década de 1990, o modelo de saúde adotado pelo Brasil oferta a população do país o acesso público à saúde. O SUS traz uma nova concepção de saúde, sendo um avanço para a política de saúde.

Sendo assim,

o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (Brasil, 2014, p. 18).

O SUS e seus marcos legais, Lei N. 8.080/90 e Lei N. 8.142/90, garantem ações para promoção a saúde, assistência à criança e ao adolescente e prevenção de agravos com o dever de fornecer qualidade de vida para que a criança possa se desenvolver bem psiquicamente e fisicamente.

O SUS, suas ações e serviços são voltados para todos e para crianças, caracterizados por conterem até os 12 anos de idade e adolescentes até os 18 anos (Art. 11 do ECA,1990). O SUS propicia a promoção da saúde, prevenção de doenças e outros agravos, vacinação, alimentação, amamentação, promoção do cuidado em prol de um estilo de vida saudável e também pontos de referência em saúde mental, atendendo as especificidades dentro da promoção à saúde segundo a faixa etária do sujeito (Brasil, 2014, p. 16).

Dentre as redes de cuidado da área infanto-juvenil no SUS, propõe-se dentro da saúde integral da criança: Atenção à Saúde do Recém-Nascido; Prevenção de Violências e Promoção da Cultura da Paz; Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno; Vigilância da mortalidade infantil e fetal; incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Essas ações vêm de encontro com o compromisso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com o Pacto pela Saúde, com o Programa Mais Saúde e com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Portanto, também são muitas as Políticas intrasetoriais criadas para que houvesse maior proteção para a criança e suas famílias. Em relação à saúde da criança e da mulher, por exemplo, as políticas relacionadas ao aleitamento materno que engloba outras estratégias para a promoção saúde física e psíquica tanto da criança quanto da mulher que amamenta, são

muito importantes para um bom desenvolvimento da criança e para promover cuidado também a essa mãe.

A mortalidade e morbidade infantil, também preocupantes no âmbito nacional podem ser prevenidas por conta da estratégia a favor do aleitamento materno. A estratégia para a redução de mortalidade infantil e fetal também adota medidas para a prevenção da vida através dos serviços de saúde. Essas políticas ajudam a identificar e realizar uma análise dos óbitos, para que medidas sejam tomadas para a prevenção de novas mortes (Brasil, 2010).

Entre essas e outras estratégias realizadas pelo SUS, assumem responsabilidades para com crianças, adolescentes e suas famílias. As políticas setoriais dos governos referentes à área da saúde também estão assegurando os direitos das crianças. As redes sociais, sendo elas o apoio da sociedade civil, da comunidade e realidade de cada território são de grande importância para a promoção do cuidado.

Quando se leva em conta o contexto da vulnerabilidade, como as de crianças e adolescentes em situação de rua, em situação de exploração ou violência ou em com privação de liberdade, há ainda um desafio maior para que os direitos fundamentais sejam respeitados, sendo muito difícil mantê-los, tendo muitas vezes seus direitos violados. Portanto, é de suma importância fornecer os cuidados providos pelo Estado, produzindo saúde.

A saúde de forma ampliada adotada pelo SUS entende que a produção de saúde não se faz apenas com as ações restritas no serviço. O SUS Redes de Atenção à Saúde, onde uma rede que se interconecta e onde os serviços de saúde se articulem, dentro das diferentes densidades tecnológicas, promovendo a integralidade e promoção da saúde para a população (Silva, 2013).

A saúde integral é formada por vários pontos, como a educação, lazer, cultura, moradia, bem-estar, etc. Ela é produzida por vários fatores estruturantes que demandam o cuidado na saúde, fortalecendo as redes e servindo de apoio para a produção de saúde de crianças e adolescentes. Fazem-se presente essas estratégias que beneficiam para que os sujeitos tenham autonomia nos serviços, fortalecimento das redes e estabelecimentos de vínculos.

Em vista disso, ampliar a dimensão do cuidado, compartilhando as redes intersetoriais, como os Conselhos de Direitos da Criança e Adolescentes, escolas, os CREAS e CRAS ou outros Centros de Cuidado de Referência, Especializados, e até mesmo os que

estão ligados ao sistema de Justiça fazem parte do planejamento para prevenção e intervenção de modo complementar, fortalecendo as garantias de cuidados e direitos (Brasil, 2010).

2.3. IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Até a metade do século XIX não havia nenhum atendimento voltado para sujeitos com transtornos mentais. Estes eram cometidos ao modelo asilar dos hospitais gerais e entidades filantrópicas. O Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro, criado em 1852, foi o primeiro a assessorar os “*lunáticos*”, como assim chamados, por adquirirem transtornos e comprometerem a segurança da sociedade, e eram institucionalizados em locais próprios para “*alienados*” (Mateus, 2013).

Em 1903, foi criada no Brasil a primeira lei do Atendimento em Saúde Mental, tendo o decreto nº 1.132 com o objetivo de proteger a sociedade contra esses “*lunáticos*”, estabelecendo ainda o controle social através de práticas higienistas (Mateus, 2013).

Em 1934 surge o decreto n 24.559 que: “*Dispõe Sobre a profilaxia mental, assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e de outras providencias.*” Este novo decreto perpetua a mesma lógica da legislação de 1903, acrescentando propostas para atendimento dos toxicômanos, aumentando a complexidade de serviços de internação psiquiátrica. Nesta mesma época, são criados os termos “*higiene preventiva*”, sendo implantado um exame “*neuro-mental*” para imigrantes de naturalidade brasileira, de caráter preconceituoso e excludente. O estrangeiro que não tivesse vínculo congênito ou filhos retornaria ao seu país de origem (Mateus, 2013).

Na segunda metade do século XX, é formado a Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsan), no ano de 1974. Nesse período problemático do governo autoritário, não ocorreram grandes mudanças dessas propostas de assistências. Em 1980 cria-se o Programa De Reorientação de Assistência Psiquiátrica no domínio da previdência social. Todas essas circunstâncias influenciaram para que surgissem novos movimentos a favor da saúde Mental (Mateus, 2013).

Assim, alguns movimentos relacionados à assistência psiquiátrica já haviam aparecido no período da Reforma Sanitária (anos 1970) durante o regime autoritário. É nesse cenário contra a ditadura e de luta que aparecem outros atos contra a violência psiquiátrica, os

maus tratos, abusos e violência contra o sujeito portador de transtorno mental, sendo denominado: Movimentos dos Trabalhadores de Saúde Mental.

Em 1987, o Movimento se incorporou reunindo os familiares, usuários e profissionais da área de Saúde Mental, intitulando-se como Movimento da Luta Antimanicomial.

No Brasil, a implantação dos princípios do SUS na Constituição de 1988, promove uma nova perspectiva a respeito das políticas de saúde. Após a criação da Lei nº 10.216, em 2001, que assegura os direitos à população com transtornos mentais (Brasil, 2001), é instituída a Reforma Psiquiátrica como a política que iria guiar as diretrizes para as Políticas em Saúde Mental. Foi determinado que esse movimento priorizaria os modelos de atenção, garantindo liberdade e autonomia aos usuários.

A Lei nº 10.216 estabelece:

Art. 3.º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde dos portadores de transtornos mentais (Brasil, 2001).

Dito isto, a Reforma Psiquiátrica é mais um dos desafios do SUS, priorizando que os direitos do sujeito sejam respeitados dentro da lógica dos Direitos Humanos, tendo como um dos princípios respaldados pela ONU: “*A proteção de pessoas com transtornos mentais e a melhoria do cuidado em saúde mental*”, de 17 de dezembro de 1991 (Mateus, 2013). Toda política brasileira se basearia, então, através dos princípios da dignidade e liberdade da pessoa humana. Os serviços de saúde, com a Reforma Psiquiátrica, deveriam manter os direitos do portador de algum transtorno mental baseando-se no respeito aos seus direitos, com objetivo de diminuir a lógica psiquiátrica tradicional excludente (Brasil, 2005).

A Reforma Psiquiátrica se instala atribuindo importantes estratégias ao lado de outros movimentos sociais, com o objetivo de assegurar direitos, universalização das ações e um modelo assistencial voltado para a integralidade e da equidade (Brasil, 2005).

Por conseguinte, a Luta Antimanicomial é também um movimento social que caminha para a promoção de novas práticas de trabalho, mais humanização, garantia de cidadania, respeito à individualidade e à desinstitucionalização, procurando dar uma nova chance e um novo lugar social para a loucura (Brasil, 2005).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 2001, contando com a participação dos usuários, movimentos sociais e profissionais, alinha-se com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do ECA, ganhando mais força e visibilidade. A construção da atenção em Saúde Mental da Criança e do Adolescente (SMCA), então, propõe que a política de saúde mental seja de base territorial, de caráter intersetorial, respeitando as especificidades de cada região (Brasil, 2005).

Até o século XXI, o período que o antecedia tinha a assistência à saúde mental como inexistente, tratando-se de um método higienista e excludente. Sendo assim, novas práticas de cuidado são criadas para consolidar a Reforma Psiquiátrica. Em lugares e regiões em que o exercício do cuidado era voltado para a lógica psiquiátrica e completamente hospitalocêntrico⁵, fez-se necessário a criação de uma assistência para que houvesse, então, o processo de desinstitucionalização. Foram criados, então, através do Ministério da Saúde, serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (Brasil, 2015).

A resolução de Caracas em 1990 também foi um documento a favor da reestruturação da atenção psiquiátrica, sendo a favor de uma nova política em Saúde Mental e atenção primária. Os primeiros conceitos de Atenção Primária em Saúde e outros dispositivos de assistência, a constituição de redes e apoio social se deu através das resoluções dessa Declaração, onde se encontram os seguintes conceitos:

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais.
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços.
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário.
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento.
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação (Mateus, 2013, p. 25).

Segundo Borges e Baptista (2008), há de se fazer uma crítica, tendo em vista que a Declaração de Caracas não se preocupou o bastante em relação à desconstrução do saber psiquiátrico no novo sistema de atenção à saúde.

⁵ Modelo onde o hospital funciona com o centro do sistema de saúde; médico principal protagonista.

Apesar disso, foi um grande avanço para a ampliação do acesso aos cuidados em Saúde Mental e para a articulação entre os dispositivos oferecidos. A Atenção Primária e seus serviços substitutivos contribuíram para que o usuário não fosse diretamente para o nível terciário de atenção, o hospital (Dimeinstein et al., 2005).

Diante do exposto, após a publicação da Lei Paulo Delgado em 2001, o documento que representaria a ruptura do sistema Psiquiátrico seria o Relatório Final da III Conferência Nacional da Saúde Mental, com quatro temas essenciais: direitos e cidadania, Acessibilidade e Controle Social, Financiamento e Recursos Humanos (Mateus, 2013).

Após tantas propostas aprovadas, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política a ser seguida, defendendo a implantação de uma política de saúde mental para todos. Geram-se novos dispositivos para a Atenção Primária, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tendo suas propostas ainda equiparadas com os ideais da Reforma Psiquiátrica. Em 2003 é posto em funcionamento o Programa de Volta Para Casa, dando auxílio à reabilitação psicossocial, e tornar o processo de reinserção na sociedade de pessoas hiper institucionalizadas por longas internações (Brasil, 2002).

Portanto, o que se busca para a substituição do modelo hospitalizado⁶ é a desconstrução teórica e prática excludente e uma nova perspectiva a respeito da Saúde Mental, proporcionando novos modos de cuidado dentro dos princípios da integralidade (Dimenstein et al., 2005). E nessa perspectiva, o movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe muitos avanços para o cuidado na área da saúde mental.

Dito isto, as lutas sociais foram, são e continuarão sendo importantes para que seja possível conquistar mais espaços, tendo muitos ainda a serem preenchidos, estando em constante movimento para seu aperfeiçoamento, sendo um processo social e político apoiado na perspectiva do cuidado à saúde, à integralização e humanização. De acordo com Vasconcelos (2010), refazendo-se a todo instante, compondo o saber com novas formas e atuações.

Dando sequência, no próximo capítulo serão abordados os tipos de políticas de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil, dando maior ênfase ao Centro de Atenção Psicossocial Infância Juvenil (CAPSi) como o objeto de estudo deste trabalho.

⁶ Modelo caracterizado como medicalizante, verticalizado e individualista com ação curativa, tendo pouca resolutividade de demanda.

3. O SER CRIANÇA DOTADO DE DIREITOS

3.1 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS LAÇOS SETORIAIS E INTERSETORIAIS

O presente estudo parte do argumento que a mudança da lógica do Hospital Psiquiátrico para a rede de atenção em saúde passou por muitos desafios e mudanças ao longo do tempo, e não apenas a substituição de um lugar para outro de cuidado. O movimento da luta antimanicomial ainda combate nos dias de hoje, não somente a extinção dos hospitais psiquiátricos e seu modelo de isolamento e violência, mas também, uma mudança de olhar sobre quais espaços a loucura e suas adjacências deve ocupar. Espera-se uma nova perspectiva subjetiva para com as diferenças e todas as diversidades, através da, e tão importante quanto às desinstitucionalizações: a libertação de nossos “*manicômios mentais*”.

Segundo Merhy e Malta (2010), o modelo assistencial do SUS consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade.

Sobre as políticas de saúde oferecidas às crianças e adolescentes, entende-se que há de se falar sobre proteção integral e longitudinalidade, ou seja, onde todos os pontos de atenção disponíveis na rede de saúde tenham o objetivo de promover a recuperação, proteção e saúde da população e articular todos os serviços disponíveis através da continuidade da relação de cuidado e criação de vínculos de maneira permanente (Brasil, 2010).

Dito isto, a implantação da rede assistencial em Saúde Mental demonstra a mudança nos processos de trabalho e a inserção de equipes e profissionais a partir de novos modos de pensar saúde, criando-se a continuidade na assistência e vínculos, como uma rede.

A rede de atenção à saúde mental propõe-se promover autonomia e cidadania às crianças com transtornos mentais. De base territorial, não apenas pela demarcação geográfica, ela se dá como uma referência de serviço para os usuários, pelas relações, vínculos e saberes da comunidade, construindo com a população os cuidados em saúde.

Os serviços em saúde mental ao atendimento à infância e adolescência, planejado a partir no número populacional nas suas respectivas bases territoriais são: os ambulatórios de

saúde mental; os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – sendo, I, II, III, Infanto-juvenil e Álcool/ Drogas.

Na saúde Geral é representada pela Atenção Básica, pela estratégia de Saúde da família (PSF), estratégico com ações para prevenir e detectar questões ligadas à saúde mental de crianças e adolescentes.

A Educação também é representada pelas instituições públicas de educação básica, incluindo a educação infantil, ensino fundamental e médio. As instituições filantrópicas oferecem muitos estabelecimentos de ações educacionais pela reabilitação de alunos especiais, como por exemplo, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, conhecido como APAE.

Na assistência social, encontram-se os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), com objetivo de desenvolver ações protetivas em áreas de vulnerabilidade social. E na defesa de Direitos, pode-se encontrar os Conselhos Tutelares, a fim de cumprir os direitos da criança e do adolescente determinados pela ECA.

O modelo hospitalocêntrico não se faz incluso quando se diz sobre garantia de acessibilidade, por isso, é necessária a potencialização da rede de atenção primária de saúde, incluindo a abordagem de saúde mental (Brasil, 2005).

Calcula-se que grande parcela da população necessita de cuidados em saúde mental, sendo eles transtornos severos, que necessitam de tratamentos contínuos em saúde. Outra grande parcela da população necessita de cuidados na forma de acompanhamento psicológico, grupos terapêuticos e outras formas efetivas para a produção de saúde mental. Necessita-se de uma rede de cuidados efetiva, eficaz e densa para (Brasil, 2005).

Na atual conjuntura, faz-se importante falar também de uma grande parcela da população infanto-juvenil que estão associadas ao consumo de álcool e outras drogas. É importante que haja uma articulação da rede intersetorial voltadas para a prevenção e recuperação, através de políticas setoriais como segurança pública, educação, ações sociais (Brasil, 2005).

A Política Nacional de Saúde Mental definiu que a assistência à criança e ao adolescente deveria acontecer de forma ampla, articulados aos serviços de diferentes níveis. A atenção básica, assistência social e a educação são pontos estratégicos para o cuidado em Saúde Mental, sendo estes acessíveis a população sem uma relação estigmatizante.

A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída em 2011 (Portaria GM/MS nº 3.088), com o objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial à população e criar diferentes níveis de dispositivos a fim de alcançar todos os tipos de complexidades, por exemplo, promover acesso das pessoas que abusam de álcool e outras drogas, assim como suas famílias; acesso ao portador de transtorno mental com necessidades advindas do uso do crack; garantir a articulação dos dispositivos de atenção das redes de saúde do território; uso do acolhimento como parte do cuidado em saúde e acompanhamento permanente.

Na RAPS encontram-se os seguintes dispositivos que o compõe: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Os Centros de Convivência e Cultura; as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos em Hospitais Gerais nos CAPS III como atenção integral (Brasil, 2013).

Na Atenção Básica a RAPS está presente nas Unidades Básicas de Saúde, nos Núcleo de Apoio a Saúde da Família, nos Apoios aos Serviços de Atenção Residencial em Caráter Transitório e nos Centros de Convivência e cultura (Brasil, 2013).

Faz-se mister a criação da RAPS, tornando o cuidado em saúde mental um componente de uma rede, onde todos os pontos de atenção fazem parte dessa promoção de saúde, de modo que os mesmos se integrem e se compõe, a fim de atender todas as populações acometidas por demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas, de transtornos mentais ou de pessoas em sofrimento.

A rede é composta por diversos recursos que compõe o território, sendo eles intra e intersetoriais, relações afetivas através das famílias, amigos e outros vínculos; por questões culturais, econômicas, relações com instituições religiosas e lazer. Toda rede faz parte para ajudar a compor o cuidado psicossocial.

Neste trabalho, será apresentado um dos dispositivos que compõe essa rede complexa, assumindo uma posição estratégica com objetivo de fornecer assistência direta à população em sofrimento.

3.2 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS INFANTO-JUVENIS

É recente o reconhecimento de que a saúde mental de crianças e adolescentes é uma questão de saúde pública e deve fazer parte do conjunto de ações que o SUS propõe. Como

visto anteriormente, Couto et al. (2008) confirma que, durante muitas décadas o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes foi assunto de setores filantrópicos e educacionais. A efetivação dos Centros de Atenção Psicossociais e as estratégias construídas para haver articulações intersetoriais foram pontos essenciais visando a integralidade do cuidado para o novo modelo de cuidado em saúde mental. Com o intuito de superar os problemas assistenciais à saúde mental infanto-juvenil, as ações são criadas para efetivar uma rede de atenção em saúde mental, cumprindo as necessidades reais dessa população.

Dito isto, o foco nas desinstitucionalizações do usuário e dos serviços de assistência é a grande proposta para que haja uma reestruturação no ato de cuidar em saúde mental. Contra a lógica de hospitais psiquiátricos, muitas vezes ocorrendo violações de direitos humanos, a nova rede em saúde mental é composta por serviços descentralizados e por pontos de cuidados que abordam outras dimensões da vida como produtores de saúde mental, como o trabalho, lazer, família e outros laços sociais de forma articulada com toda a rede.

Teixeira et al. (2015) demonstra como a importância da rede em saúde mental se faz no território, ampliando o acesso em saúde mental da população infanto-juvenil, em parceria com os outros dispositivos de saúde intersetoriais.

Assim, o foco agora seria o próprio meio social como dispositivo de cuidado e, nas palavras de Couto e Delgado (2010, p. 275), “*a capacidade de promover condições para uma existência mais favorável do usuário*”, como ficou explícito no artigo dos autores em: “*Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial.*”.

Com a implantação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) outros dispositivos são criados, como os Hospitais-Dia, Centros de Referência, Oficinas Terapêuticas, Centros de Convivência e Cultura, Consultório de Rua entre outros, representando essa nova rede de atenção à saúde mental em detrimento do modelo psiquiátrico anterior.

A criação de Residências Terapêuticas também foi um dispositivo responsável pelo processo de desativação dos leitos psiquiátricos, através de um trabalho terapêutico com sujeitos hiper-institucionalizados, que já haviam estado em internações psiquiátricas por longo tempo antes, provendo a readaptação do sujeito à sociedade (Brasil, 2007).

Articulado com a reforma psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) deveriam operar segundo seu modelo. Ou seja, abordar o sofrimento psíquico ligado ao

aspecto social, com o objetivo de garantir assistência em saúde mental, a fim de, durante um longo processo de mudança teórica e subjetiva, desinstitucionalizar as práticas manicomiais.

Os CAPS e, em especial o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), no qual o referido trabalho enfoca, são caracterizados por efetivar a reinserção social das crianças e adolescentes e ampliar suas parcerias com as políticas setoriais, garantindo universalidade, equidade e integralidade.

Apenas em 2002, muito recentemente, o SUS dispôs de recursos financeiros para a implantação dos CAPSi. Eles foram criados a partir da Portaria GM 336/021, através

da referência da população de cerca de 200.000 habitantes, ou por outros critérios epidemiológicos e devem assistir o usuário em diversas atividades, como oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimentos em grupos, à família, ou apoio em qualquer forma de inserção sociais. Atende crianças e adolescentes em sofrimento, com transtornos e com uso pertinente de crack, álcool e outras drogas (GM 336/02).

Assim, o CAPSi é voltado para atendimentos em saúde mental considerados de média a alta complexidades, envolvendo o atendimento a transtornos mentais severos, com grande comprometimento psíquico e emocional. Delfini e Reis (2012) compreendem os CAPSi como um dos maiores desafios do processo da Reforma Psiquiátrica.

Configurados por bases territoriais e comunitárias, sem estar voltado ao modelo de saúde-doença, compreendendo o sujeito como ser biopsicossocial, compreende-se a mudança do modelo assistencial como um processo social com objetivos estratégicos para a criação das ações em saúde mental no território, compreendendo que ele foi fundamental que houvesse humanização nos serviços e atenção à saúde mental.

Pode-se perceber, quando entramos em contato com o trabalho e as práticas reais do trabalho em saúde mental de crianças e adolescentes que, ainda há muita coisa a ser feito de acordo com as diretrizes que o SUS propõe. Se o modelo não estiver qualificado e de fato ocorrendo, de modo a promover acolhimento e universalização do cuidado, o sistema ficará desfalcado e heterogêneo.

O trabalho com o público infantojuvenil se dá no encontro com muitas facetas do sujeito. Pode-se encontrar transtornos mentais, psicopatologias e jovens em conflitos com a lei. A equipe multiprofissional deverá estar qualificada o suficiente para compreender e lidar com essas crianças de maneira ampla, sem preconceitos ou ideais higienistas.

Tanaka et al. (2010) compreende que todos os setores de saúde devem promover cuidado em saúde mental e não só os serviços especializados. Considerando a

intersetorialidade como grande estratégia da rede de atenção em saúde mental, diferentes profissionais, de modo multiprofissional, deveriam estar qualificados para lidar, encaminhar e cuidar no sentido amplo da palavra, de crianças com transtornos. A articulação com a atenção primária e todos os outros pontos de cuidados do serviço, ampliar supervisões, matriciamentos e treinamentos. No SUS há de haver também ampliação do acesso aos serviços, articulando a rede com todos os serviços setoriais e maior planejamento de gestão e recursos financeiros (Tanaka et al., 2010).

Goulart e Chiari (2010) ainda acrescentam que é de extrema importância os atendimentos em saúde estarem ligados à humanização no contexto atual. Uma vez que os atendimentos e participação social do usuário demandam revisão das práticas visando serviços menos alienantes, através do trabalho maçante, burocrático e mecanizado. Tudo isso implica uma limitação para com o usuário, integrando o trabalhador e o usuário na realidade do trabalho vivo.

Quando se fala sobre saúde mental da criança e adolescente, a participação da rede intrasetorial e intersetorial se faz mais do que fundamental para articular todos os cuidados de forma integral. No estado do Rio de Janeiro, por exemplo, o Novo DEGASE (Departamento Geral de Ações Sócio-Educativas) que acolhe – não no real sentido que a palavra deveria caber aqui – jovens em conflito com a lei, por exemplo, deveria operar dentro do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e Adolescente, focado no atendimento socioeducativo, como está descrito no ECA/1990, respaldados pela Constituição Federal e pelo SINASE (Abdala e Silva, 2013).

O DEGASE é um dos serviços disponíveis na rede intersetorial propondo-se entender o adolescente acometido pela lei como sujeito de direitos e desejos. Na perspectiva da desinstitucionalização, faz-se muito difícil compreender a forma como algumas dessas instituições operam, de modo que, é um espaço para viabilizar novas possibilidades e caminhos através de assistência (Abdala e Silva, 2013). Porém, ainda nos tempos de hoje, demanda muita desconstrução para que essas crianças sejam respaldadas de forma como a lei manda, compreendendo que muitas vezes os próprios direitos humanos são feridos nessas instituições, sem articular com outros serviços, e voltados para uma lógica tutelar, de isolamento e higienista.

Dito isto, os CAPSi também são destinados à crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), estando destacado no serviço por ser muito importante para este

público, por mais que não haja dados relevantes sobre os cuidados ofertados no dispositivo em relação ao TEA. Porém, o cuidado individual, a participação de grupos terapêuticos, o atendimento domiciliar, o atendimento familiar, e outros cuidados ofertados que precisariam acontecer no CAPSi, devem ser incorporados ao dia-a-dia da equipe, sendo a mesma capacitada para promover cuidado e não de forma burocrática (Lima et al., 2017).

Contudo, a ligação entre todos os dispositivos contidos no território, como os exemplos citados acima, devem prover de fato o cuidado necessário, articulando com o CAPSi quando houver crianças e jovens em sofrimento psíquico ou com transtornos, acolhendo as demandas e relacionando-as com as escolas, famílias, outros setores de diferentes níveis para consultas médicas, as próprias Unidades Básicas do território e outros. Teixeira et al. (2015) confirma que, para as redes de atenção proporcionarem atendimentos e acessos de qualidade, faz-se necessária a articulação intersetorial.

De acordo com Tanaka e Ribeiro (2016), as demandas que chegam até o CAPSi advindas de crianças e adolescentes são um desafio para a equipe e necessita que a mesma promova saúde através da equipe multiprofissional, criando-se vínculos responsabilizações e incorporação efetiva de todas as tecnologias leves.

Por fim, durante décadas essa população não era vista apenas institucionalizada. E a luta é diária para que essas lógicas mudem e garantam os direitos necessários às crianças e adolescentes. Ainda há muito caminho pela frente e as práticas de desinstitucionalizações são trabalhos diários para o novo modelo atender toda a população de maneira universal e qualificada.

3.3 AMANHÃ HÁ DE SER OUTRO DIA

Diante do que foi exposto, fica claro que o CAPSi deve proporcionar atendimentos de qualidade, pautados na humanização, respeito, criação de vínculos entre os usuários e profissionais, na ética, na escuta qualificada, gerando tecnologias leves e, conseqüentemente, resgatando os direitos das crianças e adolescentes.

Este trabalho não tem intenção de generalizar todos os dispositivos por não serem provedores de cuidado da forma como realmente deveriam atuar em relação à atenção em saúde mental, compreendendo que cada CAPSi contém sua própria gestão com implicações

que cada território demanda, sendo impossível enquadrá-las em uma só problemática. Sabe-se também que não é possível culpabilizar apenas a equipe, pois há muitos anos que os investimentos à saúde já estão sendo sucateados e a rede em saúde mental já sente seus efeitos, ficando muito difícil promover o cuidado sem as necessidades básicas que uma equipe e o usuário precisariam ter, desprovidas pelo Governo.

Mesmo com toda dificuldade aparente, a singularização, a transformação dos processos de trabalho e as reflexões em relação à nova forma de cuidar, deveriam estar sempre presentes nas equipes. Faz-se mister que não haja uma massificação desses movimentos subjetivos nos profissionais que compõe a equipe, proporcionando visão crítica contra o antigo modelo psiquiátrico, aproximando-se da escuta, respeito e práticas de cuidado que são realmente transformadoras (Giovanella, 2012). A formação de profissionais capazes de proporcionarem uma visão crítica em relação ao modo operante do serviço acontece através de boas qualificações e educação permanente em saúde.

Contudo, isso implica também na falta de articulação em rede, sendo um fator perigoso para a falta de promoção da atenção e cuidado em saúde mental. Como já foi dito anteriormente, muitas ações intersetoriais são capazes de ampliar o cuidado, os vínculos e permanência através das escolas e outros serviços, ampliando o cuidado com as crianças e adolescentes. A reinserção da criança e do adolescente na comunidade através da recuperação e restauração de vínculos, potencializa o sujeito para produção de subjetividades e sociabilidade, oferecendo atendimento integral a esses sujeitos em sofrimento psíquico. A intersetorialidade deve considerar as especificidades que compõe cada território e compreender como a rede deve operar com reponsabilidade compartilhada naquela região (Giovanella, 2012).

Souza (2006) confirma que as ações entre saúde mental e os outros dispositivos que compõe um território, aumentariam a capacidade de prover cuidado o integral, compartilhando as responsabilidades e qualificando a saúde do territorial, tornando-os mais acessíveis.

As redes devem se integrar o máximo possível para que haja resolutividade nos serviços, garantindo integralidade e longitudinalidade. Em concordância com Gomes et al. (2015), a longitudinalidade do cuidado é fundamental para que se possa constituir vínculos de cuidado, incorporando uma relação terapêutica com sua história, seus contextos e no caso de

crianças, buscar em conjunto com toda a família uma nova maneira de compor com as questões do usuário.

Ainda compreendendo os desafios enfrentados pelos CAPSi, pode-se observar nos dias de hoje, certo enrijecimento das práticas dos profissionais para com os usuários de saúde mental. É de suma importância que os profissionais trabalhem na lógica da humanização, acreditando que esse termo vai muito além de apenas “*tratar amigavelmente*” o usuário. Ele se compõe através da busca ativa dos usuários, do acolhimento, capacitação dos técnicos e funcionários do serviço, propor práticas educativas à comunidade e aos usuários, disponibilizar informações à comunidade e familiares sobre a promoção da saúde e muitos outros.

Outro desafio são as práticas de acolhimento sendo confundidas com triagens ou a não execução desse grande potencializador de cuidado se transformando em realidade. O acolhimento, como é demonstrado na Cartilha do Humaniza SUS, do Ministério da Saúde (2010), deixa explícito que é uma postura ética e não um local ou espaço. Para que ele aconteça, não é necessário marcar hora ou profissional certo para isso. O acolhimento se dá através do compartilhamento e trocas de angústia, sofrimentos, necessidades e possibilidades. Ainda se encontram profissionais que confundem acolhimento com outros procedimentos, mas o acolhimento não acontece como se fosse uma etapa, mas sim, uma ação espontânea que deve ocorrer nos serviços de saúde (Brasil, 2013).

Talvez uma das maiores críticas ao CAPS em geral e ao CAPSi, seja a falta de ambiência⁷ causadas pelo engessamento do serviço por conta da grande quantidade de demanda, escalas com muitos pacientes, gerando uma burocratização do cuidado, de modo que ele não seja efetivo (Ronchi e Avellar., 2013).

Outro ponto importante, é compreender que o CAPSi oferece o serviço à crianças e adolescentes em seus diferentes contextos, devendo tratar de um dispositivo sem pré-conceitos, de qualidade, acolhedor e humanizado, reforçando a atenção à saúde como direito da criança ou do jovem. Incluir a família nos projetos terapêuticos, integrar os laços sociais, com apoio dos serviços setoriais inclusos no território, também se tornam essenciais para a atenção em saúde mental (Brasil, 2013).

⁷ Todo ambiente terapêutico do CAPS criado através dos vínculos, convivências e atividades.

As propostas para a RAPS e em especial ao CAPS participam de um processo de construção que contém potencialidades, lutando diariamente contra o modelo psiquiátrico anterior, porém, aguardando investimentos financeiros para qualificação de profissionais para aprimorar sempre novos modos de cuidar de crianças e adolescentes em todos os tipos de sofrimento.

Dito isto, nem só de dificuldades são feitas as Redes de Atenção em Saúde Mental. Com sua implementação, o número de leitos psiquiátricos caiu drasticamente em relação ao passado, e foram realizados investimentos nos serviços de atenção psicossociais mesmo que por uma comparação mínima aos gastos com hospitais gerais, porém, já é possível considerar uma diminuição dos investimentos somente à atenção terciária através do aumento dos gastos com os CAPS.

Pode-se considerar também, ainda de acordo com Amarante e Nunes (2018), que o número de registros nas Residências Terapêuticas aumentou consideravelmente de pessoas que vieram de longas internações em instituições psiquiátricas. O Programa de Volta Para Casa também aumentou seu número de beneficiários, compondo-se com as iniciativas de geração de renda que também aumentaram.

Contudo, todo o esforço de décadas pela construção de cuidado dentro do viés da Reforma não está sendo valorizado. Já em 2015, o SUS vira alvo de negociação política. Assim, os gastos e investimentos diminuem e os usuários, técnicos e a população já começam a perceber as mudanças e a falta de assistência no seu cotidiano (Amarante e Nunes, 2017).

Com esperanças de que a situação não piorasse, a Comissão de Intergestores Tripartite, em dezembro de 2017, aprova uma resolução que retoma o modelo antimanicomial, com uma visão higienista e conservadora, participando do processo de sucateamento do SUS, afetando a população mais vulnerável que necessita dessas políticas de saúde (Amarante e Nunes, 2017).

E como se fosse impossível retroceder mais, a partir de 2019, o novo presidente do Brasil, com seu caráter conservador e neoliberal, indica como Ministro da Saúde, alguém que não acredita na resolubilidade dos CAPS que foram planejados no plano da autonomia, liberdade, integralidade dentro dos preceitos da Reforma. Ele ainda acredita que as instituições religiosas poderiam ser mais capacitadas para atender dependentes químicos, com uma visão que remete os tempos de lógicas e instituições manicomiais, sendo um grande retrocesso para as políticas de saúde mental.

Diante do que foi exposto, é importante reconhecer os avanços gerados pela Reforma em relação ao cuidado em saúde mental no Brasil através da desinstitucionalização que ainda está em processo. E faz-se necessário também compreender que a precarização dos serviços de saúde é um retrocesso que afetará a todos, principalmente a população mais carente financeiramente.

Por fim, não são apenas as instituições que devem acabar, mas, principalmente, as lógicas excludentes. Portanto, é todo um contexto social e político que implica para que a sociedade tenha dificuldades em relação a desconstruções de seus manicômios mentais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho compreendeu o período da infância como um fenômeno social que se faz através de práticas sociais que determinam um período histórico, as implicações e importância para a criação de serviços de atenção e cuidado em saúde mental para o público infanto-juvenil.

Também permitiu analisar através de um breve relato histórico todo o percurso para a implementação da Rede de Atenção à Saúde Mental, até a implementação do CAPSi, dando visibilidade aos seus avanços e, atualmente, aos seus retrocessos.

O trabalho destaca que há muitos desafios e obstáculos para a efetivação do cuidado e atenção em saúde mental, em especial no CAPSi. Os desafios que foram descritos nesse trabalho foram encontrados nas literaturas e escritos de forma subjetiva da autora, que obteve um percurso que a movimentou enquanto estagiária na rede de atenção à saúde mental no CAPSi.

Assim, há um desafio ainda maior quando se diz sobre as qualificações dos CAPSi e tudo que o compõe, voltando-os para um pensar através do modelo da atenção e do cuidado, por mais que o futuro só nos mostre um caminho com muitas pedras. É complexo imaginar o que a rede em saúde mental aguarda pela frente, já que a atual conjuntura deixa claro que irá diminuir os investimentos e o compromisso com a saúde mental, colocando em risco tudo que foi construído até hoje, em função de um modelo medicalizante, robótico, manicomial e pouco resolutivo.

É necessária uma reformulação subjetiva a respeito das práticas higienistas do passado, para que o retrocesso não aconteça e o direito à saúde de todas as crianças e adolescentes sejam garantidos de acordo com a Reforma, constituídos pela ampliação, qualificação e humanização a atenção integral à saúde mental.

Ainda há muito para ser explorado em relação à produção de leituras e práticas sobre os serviços oferecidos à saúde mental de crianças e adolescente, a fim de acompanhar os próximos passos, e atualizar a população, usuários e profissionais da área da saúde sobre o que está em jogo, lutando para que nenhum direito a menos -apesar de você- seja perdido.

REFERÊNCIAS

ABDALA, J.F.S.; SILVA, S.P. Ações socioeducativas, saberes e práticas: formação dos operadores do sistema socioeducativo de estado do Rio de Janeiro – RJ: **DEGASE**, 2013.

AMARANTE, P.; NUNES, M.O. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. – **Ciência e Saúde Coletiva**, 2018.

AMARANTE, P. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: Fleury, S (org.). **Saúde e Democracia – a luta do Cebes**. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.

ARIÈS, P. **História social da infância e da família**. Tradução: D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 1978.

ASSIS, J.T; BARREIROS, C.A. et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. In: **Redes de Atenção à Saúde: construindo o cuidado integral**. Revista Divulgação em Saúde para Debate. Número 52 - Rio de Janeiro, outubro 2014, p.88-113. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao/revista-divulgacao-em-saude-para-debate-no52-redes-de-atencao-a-saudeconstruindo-o-cuidado-integral/>. Acesso em: 08/09/2017.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. “O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004”. **Cad. Saúde Pública.**, 2008 - 456-468.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília-DF: **Presidência da República**, 1990.

_____. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 abr. 2001.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília - **Ministério da Saúde**, 2005.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. 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 - DF: **Ministério da Saúde**, 2014.

CONHEÇA a RAPS: Rede de atenção psicossocial. **Ministério da Saúde**. Brasília – DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf.

COUTO, M.C.V.; DUARTE, C.; DELGADO, P.G. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: situação atual e desafios. **Rev Bras Psiquiatr**. 2008; 30 (4): 390-398.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. (Organizadores). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 271-279.

DELFINI, P.; REIS, A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cad. Saúde Pública** 2012; 28 (2): 357-366

DELFINI, P.; REIS, A. O cuidado da criança e do adolescente em sofrimento psíquico: articulações entre CAPSi e a Estratégia de Saúde da Família. In: REIS, A.O.A., FONSECA, F.L., ROLIM NETO, M.L., DELFINI, P.S.S. (Organizadores). **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil**. São Paulo: Schoba; 2012. p. 241-258.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, F.Y.; BRITO, M.; SEVERO, K.A.; MORAIS, C. **Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família**. Mental n 5 -p.33-42. Barbacena, 2005.

DUARTE, C.D.; COUTO, M.C.V.; GRAEFF-MARTINS, A.S.; PEGORARO, R.; DAHL, C.M. CAVALCANTI, M.T. A rede pública ampliada de atenção à saúde mental da criança e do adolescente: estudo-piloto em quatro localidades do estado do Rio de Janeiro. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E; TANAKA, O. (organizadores). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 280-302.

FERREIRA NETO, J.L. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2010, vol.30, n.2 pp. 390-403. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932010000200013&lng=en&nrm=iso>. Documento eletrônico acessado em: 27/08/2016.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. 1100p.

GOMES, F.; CINTRA, A.; RICAS, J.; VECCHIA, M. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde Soc.**, 2015; 24 (1):244-258.

GOULART, B.N.G.; CHIARI, B.M. **Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.1, pp.255-268. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>.

LIBERATI, W.D. **Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente**. São Paulo: Malheiros, 2003.

LIMA, R.C.; COUTO, M.C.V, SOLIS, F.P.; OLIVEIRA, B.D.C.; DELGADO, P.G.C. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Saúde Social*. São Paulo, v 26, n1, p. 196 a 207, 2017.

MATEUS, M.D. (Org.). **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p.

MERHY, E.E.; MALTA, D.C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: Compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (organizador). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: UFPE; 2004. p. 45-76.

PENELLO, L.M. Ambiente emocional facilitador à vida: de conceito a princípio orientador de políticas saudáveis - em destaque a atenção integral à saúde da criança. In: PENELLO, L.M.; LUGARINHO, L.P. (ORG.). **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança**. Rio de Janeiro - Instituto Fernandes Figueira, Ministério da Saúde, 2013, pp 28 -48.

RIZZINI, I. A internação de crianças em estabelecimentos para menores: alternativa ou incentivo ao abandono? In: **O MENOR em Debate**. Rio de Janeiro: USU, 1985.

RONCHI, J.P.; AVELLAR, L.Z. Âmbiência na Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil no CAPSi. *Saúde Social*. São Paulo. V 22, nº 4, p. 1045-1085, 2013.

SAURET, J.M. **O Infantil e a Estrutura**. Escola Brasileira de Psicanálise – Seminários de Psicanálise com Crianças – São Paulo, 1997.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SILVEIRA, R.C.C. Adolescência e Ato Infracional. Acadêmica do curso de Direito da Escola de Relações Internacionais das Faculdades Integradas do Brasil: Unibrasil, 2008, p. 5-10.

SOUZA, A.C. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. **Esc Ana Nery Enferm**, 10940, 703-710, dez, 2006.

TANAKA O.Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Cien. Saúde Colet.**, 2009; 14(2), p. 477-484.

TEIXEIRA, M.R; COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006 - 2011). **Rev. Estud. psicol.** Campinas, 2015; 32 (4): 695-703.

YASUI, S. **A Construção da Reforma Psiquiátrica e Seu Contexto Histórico**. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “*Júlio de Mesquita Filho*”, Campus de Assis, para a obtenção do título de mestre em Psicologia. Assis, 1999. Pagina 36.