

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ESPECIFICIDADES E
DESAFIOS DA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA (2001-2010)**

Maria Cristina Ventura Couto

RIO DE JANEIRO

2012

Maria Cristina Ventura Couto

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ESPECIFICIDADES E
DESAFIOS DA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA (2001-2010)**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Pedro Gabriel Godinho Delgado

Rio de Janeiro

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

C871 Couto, Maria Cristina Ventura.

Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010). Maria Cristina Ventura Couto. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), 2012.

178 f

Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, 2012

Orientador: Pedro Gabriel Godinho Delgado

1. Política de Saúde Mental. 2. Criança e Adolescente. 3. Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes. 4. Rede Ampliada de Atenção. I. Título. II. Delgado, Pedro Gabriel Godinho. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Cristina Ventura Couto

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ESPECIFICIDADES E
DESAFIOS DA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA (2001-2010)**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Mental.

BANCA EXAMINADORA

.....
Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado – Orientador – Presidente

.....
Prof. Dra. Edith Lauridsen-Ribeiro – Examinadora

.....
Prof. Dra. Irene Rizzini – Examinadora

.....
Prof. Dra. Maria Tavares Cavalcanti – Examinadora

.....
Prof. Dr. Octávio Domont de Serpa Jr. – Examinador

.....
Prof. Dra. Rosana Onocko Campos – Examinadora/Suplente

.....
Prof. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes – Examinadora/Suplente

.....
Prof. Dr. Marcelo Cruz – Examinador/Suplente

DEDICATÓRIA

Às crianças e adolescentes que ao longo do meu percurso na clínica e na construção política da saúde mental me ensinaram a ouvir sobre seus sofrimentos e sobre suas tentativas de se virar melhor com a vida.

AGRADECIMENTOS

A equipe do CAPSi CARIM/IPUB, profissionais, residentes, especializando e estagiários que lá estão, ou que por lá passaram desde 2005, pelo trabalho conjunto, pela coragem de transformar o modo de cuidar e pela parceria na defesa da atenção psicossocial para crianças e adolescentes, em especial à Nathália Armony;

A toda equipe do NUPPSAM/IPUB, pela decisão de não recuar frente ao desafio de articular política e clínica na pesquisa e na produção de conhecimento em saúde mental;

Aos Prof. Octávio Serpa e Edith Lauridsen, pelas valiosas contribuições na banca de qualificação;

À Cristiane Duarte e a toda equipe da pesquisa Rede Ampliada, pelo ensinamento sobre alguns caminhos da pesquisa em saúde mental de crianças e adolescentes;

A todos os meus amigos e amigas, que entenderam o meu recolhimento e torceram pelo sucesso dessa tese, especialmente a Paula Kleve, Heloísa, Solange, Marcinha, Gloria Maron, Vera Lima, Vera Martins;

À Socorro Diniz, amiga de longa data, pela ajuda em um momento-chave da escrita da tese;

Ao Luciano Elia, meu amigo e parceiro nos caminhos da saúde mental e da psicanálise, pela tenacidade em seguir adiante; ao Rodrigo Chaves e Cristina Hoffmann pelo tempo em que trabalhamos juntos por esse Brasil afora, os quatro, acreditando ser possível uma política de saúde mental sensível ao que há de singular em uma criança e adolescente;

À Renata Weber, pela amizade construída e pela parceria nesta tese, sem a qual eu não teria conseguido chegar ao fim;

À Paula Cerqueira, por tudo o que me ensinou sobre os árduos caminhos da gestão pública em saúde mental;

A todos os que participaram da experiência do *Fórum Estadual de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes do RJ*, pelo entusiasmo, disposição ao debate e compromisso com a transformação;

À Karina Fleury, promotora da infância e adolescência, pelo que me fez entender sobre os possíveis e os impossíveis na relação saúde mental e justiça;

Aos profissionais, crianças, adolescentes e famílias dos CAPSi do Brasil, protagonistas de uma nova história;

À Renata, Felipe, Guilherme, Luiza, Livia e Caio, a quem devo grande parte do sentido da vida;

Ao Pedro Gabriel Delgado, meu orientador, a quem também dedico esta tese, pelo ensinamento e transmissão sobre o que representa uma *ação política* em saúde mental, pela inteligência bem-humorada, pela decisão de que a tese era possível, e pelo significado na minha vida e trajetória de trabalho nos últimos anos;

Ao meu pai, em memória, com uma saudade sem fim.

RESUMO

Esta tese analisa a experiência brasileira de implantação da política de saúde mental para crianças e adolescentes, no período de 2001 a 2010, tomando como base a investigação de duas ações estratégicas da política: a oferta de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (CAPSi), como dispositivos de cuidado e de agenciamento da rede de atenção; e a articulação intersetorial, como percurso necessário para a construção de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental. O estudo sobre CAPSi foi baseado na revisão da literatura científica, publicada em periódicos nacionais entre 2002 e 2010, com utilização da metodologia meta-narrativa. O estudo da rede pública ampliada foi baseado em dados empíricos de pesquisa realizada em quatro localidades do Estado do Rio de Janeiro, que mapeou e descreveu os recursos assistenciais para crianças e adolescentes dos setores da saúde, educação, assistência social, justiça/direitos.

A premissa para realização desta investigação foi a de que até o final do século XX não era possível afirmar, no contexto brasileiro, a existência de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes. A redemocratização do país nos anos 80, a mudança conceitual e prática na direção das políticas públicas para a infância, baseada nas premissas do Estatuto da Criança e do Adolescente, e o amplo e complexo processo referido como Reforma Psiquiátrica brasileira, são analisados como propiciadores das condições de possibilidade para a construção da política de saúde mental de crianças e adolescentes no país.

A análise da construção da agenda pública para infância e adolescência ao longo do século XX e os resultados encontrados no estudo do CAPSi e da rede pública ampliada, indicaram avanços significativos da política no período de 2001 a 2010, pelos indicativos da ampliação do acesso aos casos de maior gravidade e pela constatação da presença de recursos intersetoriais para integrar a rede ampliada. Os componentes de densidade, visibilidade e direcionalidade dos fluxos foram propostos como recursos de análise para avaliar a cobertura potencial e efetividade da rede pública ampliada em territórios específicos.

Conclui-se que para efetiva construção da rede pública de cuidado há aspectos fundamentais em aberto, permitindo afirmar que a política de saúde mental para crianças e adolescentes é promissora, mas não está consolidada, requerendo investimentos substanciais do SUS na oferta de serviços, formação de recursos humanos e nos mecanismos democráticos de participação e deliberação.

ABSTRACT

This thesis analyzes the Brazilian experience in the implementation of mental health policy for children and adolescents in the period 2001 to 2010, based on the research of two strategic actions of the policy: the provision of Psychosocial Care Centers for children and youth (CAPSi), as a resource for planning care and health network, and integration among other social policy sectors, as necessary path to building an extended public mental health care. The study was based on a review of scientific literature, published in national journals between 2002 and 2010, using the methodology of meta-narrative. The study was also extended to the public inter-sectoral network, based on empirical research conducted in four localities of the State of Rio de Janeiro, which mapped and described the health care resources for children and adolescents in the areas of health, education, welfare, justice / rights.

The premise for conducting this research was that by the end of the twentieth century, it was not possible to recognize, in the Brazilian context, the existence of mental health policy for children and adolescents. The democratization of the country in the 80's, the practical and conceptual change in the direction of public policies for children, based on the premises of the Children and Adolescents Act ("Estatuto da Criança e Adolescente"), and the broad and complex process referred to as the Brazilian Psychiatric Reform, are analyzed as providers of the conditions of possibility for the construction of mental health policy for children and adolescents.

The analysis of the construction of the public agenda for children and adolescents throughout the twentieth century, and the results found in the study of public CAPSi and the mental health service network, indicated significant advances in policy in the period 2001 to 2010, by expanding access to more severe cases, and the conclusion of the importance of inter-sectoral resources to integrate the expanded network. The components of density, visibility and directionality of the referral flow of services are proposed as analyzing tools to assess the potential coverage and effectiveness of public expanded services networks in specific territories.

It is concluded that, for effective construction of public care, there are some key aspects still open, and, although the state mental health policy for children and adolescents is promising, it is not yet consolidated, requiring substantial investment of National Health System (SUS) in providing services, training of human resources and mechanisms of democratic participation and deliberation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Resumo dos registros encontrados nas diferentes fontes de busca.....	56
Figura 2 - Artigos publicados em periódicos, válidos para integrar a revisão meta-narrativa sobre CAPSi.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estudos sobre CAPSi por ano de publicação	62
Gráfico 2 - Distribuição dos artigos por área de conhecimento dos periódicos...	63
Gráfico 3 - Distribuição dos artigos por Estrato de Qualidade dos periódicos.....	66
Gráfico 4 - Formação dos primeiros, ou únicos, autores.....	67
Gráfico 5 - Frequência dos Tipos de Estudo publicados.....	69
Gráfico 6 - Ações em saúde mental (pelo menos uma) nos diferentes setores...	127
Gráfico 7- Tipo de Instituições de onde eram recebidos mais clientes até 18 anos	132
Gráfico 8 - Tipo de Instituições para onde eram encaminhados clientes até 18 anos.....	133
Gráfico 9 - Tipo de Instituições consideradas exemplares na oferta de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes.....	134

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de artigos por periódico e área de conhecimento.....	65
Tabela 2 - Número de artigos por localização (Estado/Região) do CAPSi estudado..	68
Tabela 3 - Número de Instituições na amostra final do estudo, por área e setor....	122
Tabela 4 - Instituições de saúde mental para crianças e adolescentes (ISM-CA), por localidade	126
Tabela 5 - Presença de ações em saúde mental (pelo menos uma) nas localidades, por setor.....	128
Tabela 6 - Número de Instituições com ação em saúde mental e número de Instituições, por setor.....	140

LISTA DE SIGLAS

APAE – Associação de Pais e Amigos do Excepcional

CA – Criança e Adolescente

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CT – Conselho Tutelar

DO – Diário Oficial

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPUB – Instituto de Psiquiatria

LBA – Legião Brasileira de Assistência

MS – Ministério da Saúde

NHS – National Health System

NUPPSAM – Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PSMCA – Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAM – Serviço de Assistência ao Menor

SM – Saúde Mental

SMCA – Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes como conquista recente do Estado brasileiro	5
1.1 – Contexto de surgimento da Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes.....	6
1.2 – A formação da agenda política para infância e adolescência.....	9
1.3 – Estatuto da Criança e do Adolescente: direitos, cidadania, e a inclusão tardia da saúde mental.....	23
1.4 – Novos rumos para a saúde mental de crianças e adolescentes: o ponto de corte em 2001.....	27
1.5 – Panorama do contexto mundial: lacuna assistencial como problema de países desenvolvidos e em desenvolvimento na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes.....	36
CAPÍTULO 2 – CAPSi como ação inovadora de cuidado. Revisão dos artigos científicos publicados sobre CAPSi no período de 2002 a 2010	38
2.1 – Introdução.....	38
2.2 – Revisão meta-narrativa: seus determinantes e fundamentos.....	41
2.3 – Revisão meta-narrativa dos artigos científicos publicados sobre CAPSi no período de 2002 a 2010.....	50
CAPÍTULO 3 – Rede Pública Ampliada de Atenção em saúde mental de crianças e adolescentes	94
3.1 – Intersetorialidade e Rede Ampliada.....	94
3.2 – A noção de rede no sistema de saúde brasileiro.....	101
3.3 – A noção de rede na saúde mental.....	107
3.4 – Rede na saúde mental de crianças e adolescentes.....	112
3.5 – A pesquisa Rede Ampliada de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente.....	118
CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	149
ANEXOS	162

INTRODUÇÃO

As políticas públicas no Brasil nos últimos 20 anos são tributárias da ampla redefinição das funções do Estado e de seu compromisso com a equidade e o bem-estar social, construídos no período da redemocratização do país e expressos na Constituição Federal de 1988. Amparam-se igualmente no movimento internacional de defesa dos direitos, que gerou uma profunda mudança nas concepções sobre a criança e o adolescente, instando as sociedades a reconstruir suas agendas e ações dirigidas à infância e adolescência. Na área da saúde, a síntese do esforço de redesenhar o dever do Estado brasileiro na garantia do acesso à saúde expressou-se na proposta do Sistema Único de Saúde, o SUS, de 1990, proposta generosa de uma política pública baseada na equidade e na universalidade do acesso.

No campo das políticas públicas, as políticas sociais básicas, como educação, previdência, saúde e assistência social, constituem os pilares de sustentação de um Estado que se propõe assegurar a equidade e o bem-estar a toda a população (WERNECK-VIANNA, 1991). A Constituição de 1988 aponta para uma vocação do Estado brasileiro como uma forma, em construção, de estado de bem-estar, na perspectiva das diversas possibilidades de evolução do *Welfare* no capitalismo contemporâneo (ESPING-ANDERSEN, 1995), porém no contexto dramático da herança social de iniquidade de nosso país.

Nesta tese, levamos em conta duas conformações diversas que o Estado brasileiro teve em relação à criança e ao adolescente; uma mais tutelar, disciplinar e amparada na institucionalização como resposta; e outra, radicalmente diversa, orientada na proteção, amparada na premissa da criança e adolescente como sujeitos de direitos, e baseada no cuidado em liberdade. O momento histórico de mudança destas duas conformações vai ocorrer justamente com a redemocratização, a Constituição de 1988, e as conquistas sociais dos anos 80 e 90 do século passado.

A nova concepção sobre a criança e o adolescente como sujeito de direitos é o fundamento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990. Como balizas de

políticas específicas, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o ECA compõem a moldura histórica na qual foi possível formular e se constituir o conjunto de ações políticas destinadas a crianças e adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental.

A política de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil é o tema desta tese. Ela parte da hipótese de que ocorreu uma inserção tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda da saúde pública e no processo conhecido como Reforma Psiquiátrica brasileira. As ações que mais efetivamente contribuíram para a recente construção desta agenda desenvolveram-se a partir de 2001, quando as condições concretas de possibilidade de construção da política se tornaram visíveis e eficazes.

Assim, o período de 2001-2010 constitui o foco principal da análise. Porém, para se contextualizar a forma como o Estado brasileiro construiu sua relação com a infância e adolescência em situação de sofrimento mental, foi necessário remontar aos períodos anteriores da República.

Quais são as marcas constitutivas da atual política de saúde mental para crianças e adolescentes? De que forma esta política dialoga com a tradição de saberes em seu campo? Qual a importância estratégica de serviços constituídos para atuação no território no novo cenário de práticas da atenção psicossocial? Como o debate sobre o funcionamento dos novos serviços foi apropriado na literatura científica? Que perspectivas se abrem para a consolidação de uma política, que possa enfrentar a iniquidade em saúde (no sentido de SEN, 2010) e garantir o acesso ao atendimento com qualidade, enfrentando o desafio da magnitude epidemiológica dos problemas mentais na infância e adolescência, sem retroceder da delicadeza e singularidade implicadas no cuidado da criança e do adolescente?

Estas indagações, e outras que se relacionam com elas, constituem o fio condutor desta tese.

O período que se inicia em 2001, quando foi aprovada a Lei nacional que redirecionou a atenção em saúde mental como política pública (Lei 10.216), e foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual, pela primeira vez, incorporou na agenda da política as questões de crianças e adolescentes em

sofrimento mental, estendendo-se até 2010, constitui o momento histórico escolhido para concentrar o foco da análise.

O objetivo principal do estudo é analisar a recente experiência de implantação da política nacional de saúde mental para crianças e adolescentes (SMCA), através da investigação de duas ações estratégicas, a oferta de Centros de Atenção Psicossocial Infantil e Juvenil (CAPSi) e a da articulação intersetorial – que constituem os vetores de análise da experiência brasileira. Além disso, o estudo visa: a) discutir as possíveis razões para o atraso na incorporação do tema da SMCA na agenda pública brasileira, b) revisar a produção científica sobre o dispositivo CAPSi, c) discutir a articulação intersetorial como estratégia para construção da rede pública ampliada de atenção em SMCA.

Este trabalho representa também uma revisão do percurso da autora como profissional de saúde mental da rede pública, supervisora de serviços de saúde mental para a infância e juventude, docente de programas de formação na área, e coordenadora do *Fórum Estadual de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes do Estado do Rio*, no período de 2000 a 2006.

No Capítulo 1 é apresentada uma genealogia da política para criança e adolescente no estado republicano brasileiro, revendo-se a história de consolidação do paradigma menorista e sua decisiva influência sobre o cenário da assistência social. A partir das mudanças de concepção que superaram o menorismo, busca-se reconstruir o processo de formulação e implantação das ações públicas de saúde mental para a infância e adolescência, com ênfase no papel estratégico desempenhado por uma nova modalidade de serviço, os Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, CAPSi, instituídos pelo SUS em 2002.

O Capítulo 2 desenvolve uma revisão meta-narrativa da produção científica brasileira sobre os CAPSi, do período de sua criação, em 2002, até 2010. A leitura sistemática da produção científica brasileira, a partir da abordagem deste novo dispositivo criado pela política pública, teve o objetivo de inventariar os achados das pesquisas, permitindo uma avaliação da cobertura e efetividade dos serviços, e traçar

um percurso interno da apropriação das inovações introduzidas na atenção em saúde mental de crianças e adolescentes pelos profissionais e pesquisadores deste campo.

O Capítulo 3 desenvolve o tema da intersectorialidade, a partir dos dados de uma pesquisa empírica realizada no Estado do Rio de Janeiro, que identificou os recursos e funcionamento do que foi designado como *Rede Pública Ampliada de Atenção à Saúde Mental da Criança e Adolescente*. O objetivo é propor um percurso de análise das potencialidades representadas pela ampliação intersectorial do cuidado, com vistas ao enfrentamento do desafio do acesso ao tratamento e da qualidade da atenção na rede pública de saúde.

Por fim, são apresentadas as Considerações Finais, apontando os desdobramentos possíveis da pesquisa e o muito que ainda é necessário realizar para as finalidades desta análise do campo da atenção psicossocial para crianças e adolescentes em nosso país.

CAPÍTULO 1 – POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COMO CONQUISTA RECENTE DO ESTADO BRASILEIRO

Era 1994. Maurício, então com 14 anos, era atendido em um ambulatório de saúde mental. Idas semanais, em horário pré-fixado, para consulta com a psicóloga. Esporadicamente era visto por um psiquiatra.

Maurício era grande para a idade que tinha. Forte e agitado. Desde muito novo, mostrara sinais de problema mental grave. Sua história, contada com dificuldade pela mãe, tinha a marca da estranheza. *Desde a barriga soube que tinha uma coisa estragada dentro de mim*, contou Ana, sua mãe, acrescentando que no parto não tinha nome para dar ao filho: *Patrício existe, pode ser nome?* perguntou à enfermeira. Coloca Maurício, respondeu a moça, e assim fez Ana.

Maurício era filho único. Vivia com os pais, em um quarto de porteiro, de prédio *classe alta*. Nunca falou e *desde que se queimou com a borra do café, aos 6 anos, começou a ficar muito agitado*, explicava a mãe, entendendo do seu modo o problema do filho. Tentativas fracassadas de frequentar a escola, Maurício foi vivendo cada dia mais circunscrito ao quarto. Saía unicamente para ir ao ambulatório. Antes, inúmeras tentativas de atendimento foram interrompidas pela enorme agitação do menino, gritos incessantes, semblante permanentemente angustiado, mãos em movimento contínuo, risos imotivados, e a decidida reação de morder a qualquer sinal de aproximação ou de tentativa de separá-lo da mãe. *O caso dele é inlegível para nosso serviço*, foi a frase mais escutada por Ana.

Ele vivia colado ao corpo da mãe. Parecia precisar desse contato e de olhar, sem distração, para o olho dela. Por vezes, ao ir à consulta, parava na cantina do serviço, faminto de qualquer coisa, e, sem que fosse possível saber o motivo, quebrava o que via pela frente. A vida em casa era igual. Aos 14 anos do filho, Ana estava exausta.

Em certa ocasião, Ana começou a dizer *que queria vender AVON*. Só falava disso, talvez tentando apontar, mesmo que de forma surpreendente e inusitada para o contexto, uma necessária e inadiável mudança naquela situação. *Mas como?* perguntava ela, *ele vive grudado comigo, não acho um lugar pra ele ficar um pouco, e pra aprender a ficar alguns instantes longe de mim*.

Em 1994, na cidade onde viviam, além do ambulatório e dos serviços que Ana já procurara sem sucesso, havia um hospital psiquiátrico. Mas Ana não queria internar o filho. Tinha a impressão de que o perderia: *se ele entrar lá, não sai mais, perco ele. Não tem outro jeito, uma outra coisa?*

Queria *vender AVON*, era a forma como sabia transmitir que era preciso alguma coisa para mudar aquela situação.

Mas como?

1.1 – Contexto de surgimento da Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes

As proposições para uma Política de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (PSMCA) são conquistas recentes no campo da saúde pública brasileira, sob o marco do Sistema Único de Saúde (SUS). A condição de possibilidade para essa conquista adveio de acontecimentos diretamente ligados ao campo da saúde mental, que ampliaram seu patamar de institucionalidade; e de outros, externos a ele, que inscreveram uma nova concepção de criança e adolescente no ordenamento jurídico, político e social brasileiro, com consequências para as ações públicas dirigidas ao seu cuidado e proteção.

A promulgação da Lei da Saúde Mental, Lei 10.216 (BRASIL, 2001) e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ambas ocorridas em 2001, elevaram substancialmente o patamar de institucionalidade da Reforma Psiquiátrica brasileira¹, ampliando o alcance de suas ações e o horizonte de aplicação de seus princípios. Com a Lei, a saúde mental passou a constituir uma política de Estado e não apenas um programa de governo, ancorada na defesa dos direitos de cidadania dos pacientes mentais. Através da III CNSM, o campo da saúde mental viu ratificado o anseio social pela substituição, no país, do modelo de tratamento baseado no hospital pelo modelo comunitário de atenção. A inflexão comunitária das ações fez emergirem novas questões para a saúde mental - só visíveis a partir do território -, como a necessária inclusão no campo do cuidado dos problemas mentais em crianças e adolescentes, os quais por décadas foram desconsiderados ou ficaram relegados à intervenção de instituições de caráter disciplinar, corretivo ou normalizador, situadas fora do sistema formal de saúde mental (COUTO, 2004).

¹ O Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciado na década de 70 do século passado, tem como marca distintiva a luta pela superação do manicômio, a defesa pela extensão dos direitos de cidadania aos pacientes mentais e a convocação da sociedade para a construção de um 'novo lugar social para a loucura' (DELGADO, 2001).

Externamente à saúde mental, dois eventos se inscreveram na história como marcos na construção social e política de uma nova concepção de criança e adolescente. O primeiro, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, da qual o Brasil foi signatário, que sintetizou um novo paradigma para interpretar a situação da infância na sociedade, ao afirmar a criança como sujeito e cidadão de plenos direitos (ONU, 1989). O segundo, a promulgação, no Brasil, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990 (BRASIL, 1990), que estabeleceu direitos de cidadania para crianças e adolescentes e alterou a condição jurídica anterior de 'menores' para a de sujeitos de direitos, substituindo a doutrina da situação irregular pela da proteção integral, como marco orientador das novas políticas a serem dirigidas a eles.

Estes acontecimentos - engendrados por movimentos sociais distintos e separados por quase uma década - criaram condição de possibilidade para a proposição de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes, no início do século XXI. Isto porque, de um lado, havia sido instaurada nova legitimidade para a saúde mental como política de Estado, expandindo a incidência de seus princípios éticos; e, de outro, inscrita, jurídica e socialmente, uma nova concepção de criança e adolescente, com consequências na formulação de políticas públicas dirigidas a eles.

A nova ideia de criança e adolescente permitiu, de certa maneira, que fossem reconhecidos como questões relevantes para políticas públicas de cuidado aspectos fundamentais de sua condição de sujeitos. Além de seres vivos e sociais, crianças e adolescentes são seres falantes (CIRINO, 2001), agentes de sua subjetivação frente às experiências no mundo (FERREIRA, 1999). São sujeitos plenos, portanto, que podem se desenvolver, socializar, mas também ser atravessados por enigmas e vicissitudes subjetivas, inerentes à sua condição humana. São seres passíveis de sofrimento e adoecimento mental², com direito de serem cuidados quando o sofrimento se fizer

² O debate sobre a possibilidade de loucura na criança é próprio do século XX. Paul Bercherie (2001), em seu consagrado estudo histórico sobre a clínica psiquiátrica da criança, afirmou que esta possibilidade dependeu de ser atribuída à infância *uma ordem própria de existência e de racionalidade* (p.141). Concorreram para isto, estudos da Psicologia da criança e de seu desenvolvimento, e da Psicanálise. *O que impedia que a clínica psicopatológica da criança se constituísse – antes que uma psicologia, digamos suficiente, da criança aparecesse – era a ausência de toda compreensão do observador adulto, de toda medida comum entre o adulto e a criança* (idem, p. 142, grifo do autor).

insuportável ou quando impossibilitar a construção ou sustentação de laços sociais, sem que esse cuidado se reduza à correção ou adaptação de comportamentos.

Essa nova concepção de criança e adolescente se destacou na III CNSM. Realizada em 2001, esta Conferência foi um divisor de águas na história da saúde mental para crianças e adolescentes (SMCA) no país porque, de modo inédito em relação às duas conferências anteriores, deu destaque ao tema da SMCA, articulando-o à concepção da criança como sujeito psíquico e de direitos. A III CNSM reuniu um número expressivo de profissionais e entidades de diferentes regiões do país com a função de propor diretrizes para o desenvolvimento da atenção psicossocial da infância e adolescência; convocou o Estado brasileiro à tomada de responsabilidade pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com problemas mentais; e afirmou que este cuidado deveria se pautar no reconhecimento deles como sujeitos psíquicos, ser exercido em dispositivos abertos de base territorial, e ter a inclusão social como um norte ético.

O presente estudo parte da premissa de que até o final do século XX não era possível afirmar a existência, no contexto brasileiro, de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes, baseada na moldura ética delineada acima. Os caminhos para construção desta política só foram propostos depois de 2001 e foram fortemente dependentes dos dois movimentos anteriormente referidos, que foram distintos, mas integralmente relacionados, e que alteraram os rumos das políticas para infância e adolescência e os rumos da saúde mental.

Uma análise retrospectiva permite dizer que esses acontecimentos, por sinergia, constituíram uma *ação política*, no sentido atribuído à ideia de ação por Hannah Arendt (2002), como algo que inicia um novo começo. Nas palavras da autora: *a grande importância que o conceito de começo e origem tem para todas as questões estritamente políticas advém do simples fato de que a ação política, como toda ação, é sempre essencialmente o começo de algo novo* (p.51).

Marcos legais não alteram por si mesmos a realidade, mas podem, em certas circunstâncias, provocar modulações na realidade, agindo ativamente na construção

de novas concepções e práticas, eticamente sustentáveis. Os desafios da experiência brasileira na construção da política pública de SMCA, que serão discutidos ao longo desta tese, são consequências desse novo começo.

Neste capítulo, serão analisados possíveis determinantes para a inclusão tardia da saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA) na agenda política da saúde mental, originada do ideário da Reforma Psiquiátrica, assim como serão indicadas duas ações prioritárias, escolhidas para iniciar o processo de construção das redes de cuidado em SMCA no país: a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSi), e o desenvolvimento de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência, em especial a educação, justiça/direitos, assistência social e saúde geral (COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008), com vistas à construção de uma rede pública ampliada de atenção. Cada uma das ações será objeto de aprofundamento nos capítulos subsequentes.

1.2 – A formação da agenda política para infância e adolescência

A afirmação de que até o final do século XX não havia, no Brasil, ações organizadas de cuidado em SMCA como respostas de políticas públicas, não deve confundir ou obscurecer o fato de que a ausência dessas políticas não constituiu impedimento para que uma série de intervenções de cunho assistencial, sob a chancela do poder público, incidisse sobre crianças e adolescentes com problemas mentais. Essas intervenções foram resultado, entretanto, de uma agenda política montada para responder aos problemas da pobreza e do abandono, que eram considerados produtores de efeitos incapacitantes em crianças e jovens. A noção de incapacitação pela pobreza engendrou o desenvolvimento de práticas disciplinares e corretivas que supunham poder recuperar as mazelas da infância e adolescência pobres, com vistas à formação de cidadãos civilizados e produtivos.

Esta questão será aprofundada ao longo presente capítulo. O argumento terá como base a formulação de Rua (1998) sobre a construção de agendas no campo das políticas públicas. Para esta autora, as políticas públicas dizem respeito *a um conjunto de decisões e ações destinadas à resolução de problemas políticos* (RUA, 1998, p.731), que envolvem diferentes atividades, procedimentos, *expressam relações de poder e se destinam à resolução pacífica de conflitos quanto a bens públicos* (idem, ibidem), entendidos como bens que não podem ser providos privadamente. Políticas são consideradas, portanto, resposta a alguma demanda formulada por atores sociais ou políticos, que alcança *status* de política pública quando incluída na agenda pública. Participação social, formação de agenda e política pública são, dessa forma, termos correlacionados e interdependentes.

Ao analisar as ações públicas destinadas à juventude brasileira na década de 90, Rua (1998) propôs uma distinção que poderá auxiliar o argumento de que houve uma inclusão tardia da SMCA na agenda política da saúde mental brasileira. Para a autora, um ‘problema político’ se distingue de um ‘estado de coisas’ que ainda não alcançou o plano da política. Segundo Rua (1998), somente quando mobilizam grandes ou pequenos grupos, atores sociais estrategicamente situados e passam a figurar como itens prioritários na agenda governamental, os problemas podem ser considerados políticos. Enquanto esta inclusão na agenda pública não se dá,

o que se tem são ‘estados de coisas’: situações mais ou menos prolongadas de incômodo, injustiça, insatisfação ou perigo, que atingem grupos mais ou menos amplos da sociedade sem, todavia, chegar a compor a agenda governamental ou mobilizar as autoridades políticas. (RUA, 1998, p.732, grifo meu).

Em relação à infância e adolescência nas primeiras décadas da República, pode-se afirmar que o verdadeiro ‘problema político’, prioridade das agendas públicas, foi a pobreza - traduzida ora como pobreza material, ora como pobreza moral - que, em síntese, representava a principal ameaça aos ideais republicanos de construir uma nação de homens saudáveis e produtivos (RIZZINI, 1997; PRIORE, 1995; ARANTES, 1995). Símbolo da esperança ou sinal de ameaça, a infância foi o alvo privilegiado dos

investimentos públicos naquele momento, pela expectativa de que ela representaria o alcance do projeto civilizatório brasileiro, caso respondesse adequadamente aos investimentos que lhe eram dirigidos. Nesse contexto, as questões do sofrimento mental ficaram, quando muito, reduzidas a um 'estado de coisas', encobertas por uma agenda construída para formar cidadãos socialmente adequados e economicamente produtivos.

O Estado Republicano e os problemas políticos da infância

Os estudos sobre a trajetória e principais tendências da assistência pública às crianças e adolescentes no Brasil republicano foram, em sua maioria, realizados por pesquisadores do campo das ciências sociais, com utilização do método genealógico³ na análise histórica dos acontecimentos. De modo geral, as análises convergem em relação aos pontos centrais da articulação entre Estado, criança e expectativas sociais, elementos decisivos na formulação das agendas políticas.

Importa destacar que a referência exclusivamente à criança que acompanhará grande parte do debate subsequente não deverá ser tomada como desconhecimento das especificidades que cabem à problemática do adolescente, mas como um recurso de linguagem, utilizado para tematizar uma questão cuja lógica pode ser estendida àquilo que também seria próprio aos jovens.

Com base nos estudos de Rizzini (1997), Priore (1995) e Arantes (1995), pode-se afirmar que nos primeiros anos da República foi formada uma matriz de leitura sobre os problemas da criança e sobre quais respostas seriam devidas ao Estado para responder a eles. Em linhas gerais, essa matriz foi composta por quatro elementos estruturantes: uma **representação social da criança**, a de um **menor**; um **marco jurídico** específico, a doutrina da **situação irregular**; uma concepção de **Estado**, como

³ Genealogia, como proposto por Foucault (1975), se refere a um método que introduz a questão do poder, enquanto prática social, como instrumento de análise histórica dos acontecimentos.

ente com função **tutelar**; e uma proposta de **intervenção**, a **institucionalização**. A dinâmica entre estes elementos, as diferentes modulações e inflexões que adquiriram em determinados períodos da história, constituíram a relação entre Estado, sociedade, criança e família por quase oito décadas da República brasileira.

Esta matriz acabou por dirigir o rumo das ações, definir o curso dos investimentos públicos e a pauta política, estabelecendo a direção, prioridades e objetivos da agenda pública de assistência à infância e adolescência. A questão crucial dizia respeito à pobreza e ao abandono, moral ou material, que produziriam, caso não fossem superados, seres atrasados ou desviados, segundo leitura da época.

De acordo com Mendes (1998), a doutrina da situação irregular, marco jurídico por excelência nos primeiros tempos da República, produziu uma fratura ao estabelecer *uma profunda divisão no interior da categoria de infância: [de um lado] estabeleceu a existência de crianças e [de outro] de menores* (p.26). Esta fratura situou os que seriam objeto da intervenção do Estado, os menores, e os que ficariam salvaguardados dela, as crianças. A rigor, apenas os *menores* foram tomados como problemas de Estado. A *criança* foi considerada ao abrigo dos riscos, estando sob a atenção da família e da escola, em processo de preparação para um dia produzir e dirigir a sociedade. O *menor* foi o verdadeiro ‘problema político’ e objeto do controle especial, considerado dependente da tutela do Estado para o pleno desenvolvimento e adaptação social. Foi ele o objeto das intervenções políticas baseadas na doutrina da situação irregular, o que era materialmente desfavorecido ou moralmente prejudicado: a rigor, um ‘menor’.

Delineado o ‘problema político’, a agenda pública foi formulada para desenvolver assistência à infância baseada em ações de natureza mais pedagógico-corretiva do que clínica ou psicossocial.

Para Rizzini (1997), na aurora da República, a importância da infância, que transformou parte dela em problema de Estado, foi ter sido avaliada como um *valioso patrimônio da nação, a chave para o futuro, um ser em formação [...] que tanto poderia ser transformado em homem de bem, elemento útil para a nação, como em um*

degenerado, um vicioso inútil a pesar nos cofres públicos (p.25). A infância pobre foi a figura síntese dos problemas que poderiam comprometer o projeto de desenvolvimento da nação. A pobreza foi tomada como solo de demarcação de duas figuras, que constituíram o ponto de mira das estratégias assistenciais e a prioridade das pautas governamentais: a criança em perigo, filha da pobreza, material ou afetivamente abandonada; e a criança perigosa, cruel e potencialmente delinquente, resultado da pobreza moral (RIZZINI, 1997). Essas foram identificadas como um *problema social gravíssimo* (idem, p. 29), a requerer respostas urgentes e eficazes do poder público. As ações assistenciais e as instituições organizadas para fazer frente ao problema visavam basicamente à prevenção (vigiar a criança), educação (moldar a criança), recuperação (reabilitar a criança viciosa) e repressão (conter a criança delinquente), traduzidas como as principais diretrizes do governo das crianças (idem, ibidem).

Fora deste universo de problemas, as demais questões que concerniam às crianças e adolescentes constituíram temas periféricos nas agendas públicas. Em alguns casos, foram tomadas como questões a serem delegadas à esfera dos saberes e instituições especializadas, como no *caso dos anormais de inteligência, dos menores atingidos por anomalias fisio-psíquicas* (RIZZINI, 1993, p.68) ou dos muitos considerados ‘deficientes’ – categoria que, a rigor, tinha mais valor social do que nosográfico, e determinou a institucionalização de um enorme contingente de crianças e adolescentes nos chamados educandários ou reformatórios.

Com esta perspectiva, é possível dizer que nas primeiras décadas da República a infância pobre integrou a questão social brasileira⁴, pela ameaça que representava à perspectiva de futuro da nação, traduzindo-se como um ‘problema político’ por excelência. Entre os formuladores de políticas, o debate se apoiava na ideia da pobreza como um dano em si e na culpabilização das famílias pobres pelo aumento da criminalidade e do abandono infantil, exigindo do Estado ações moralizadoras e

⁴ A noção de ‘questão social’ aqui utilizada tem relação com a análise sobre o tema feita por Castel (2003). Segundo o autor, a “*questão social*” é uma *aporia fundamental sobre a qual uma sociedade experimenta o enigma de sua coesão e tenta conjurar o risco de sua fratura* (p.30).

corretivas para a 'proteção' e o desenvolvimento social das crianças (MENDONÇA, 2000).

A construção de um complexo aparato médico-jurídico foi fundamental para avaliar essa forma de leitura dos problemas. Este aparato legitimou a direção da assistência às crianças, fundamentou juridicamente as ações tutelares do Estado e os meios escolhidos para desenvolvê-las (RIZZINI, 1997; PILOTTI, 1995).

Pelo lado da justiça, a doutrina da 'situação irregular' - base do ordenamento jurídico especial que instituiu o Código de Menores, em 1927, conhecido como Código Melo Mattos - deu o amparo legal necessário à construção da categoria social do 'menor' e à montagem de modalidades institucionais específicas para 'recuperá-lo'. A condição 'de menor' definiu uma legião de crianças e adolescentes, que foram retirados da tutela familiar, colocados sob a tutela do Estado e inseridos em instituições de recolhimento e internação (internatos, asilos, educandários, reformatórios). O princípio-base era o de que a separação de crianças em risco do seu meio ambiente prejudicial poderia oferecer melhores condições para a formação moral, intelectual e física, garantindo sua capacidade produtiva e sua integração futura à sociedade, como cidadãos bem formados.

Pelo lado da medicina, o aporte específico veio do movimento higienista, especificamente da higiene mental, vertente baseada na ideia de prevenção e no método educativo, como instrumentos eficazes para formar seres saudáveis e diminuir a incidência de casos de delinquência e insanidade, considerados, em grande medida, efeitos do abandono ou do mau cuidado familiar (COSTA, 1983). Embora com atuação mais diretamente voltada para as famílias, comunidades e escolas, a medicina higienista acabou por validar propostas de intervenção calcadas no isolamento e na institucionalização. Essa validação se materializou através de casos onde a prevenção não alcançava êxito, restando como solução o encaminhamento e a permanência das crianças em instituições fechadas, especiais, de reeducação (RIZZINI, 1997; ARANTES, 1995; PILOTTI, 1995). O ideário dessa medicina foi expresso exemplarmente pelo trabalho da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que apoiada na noção de

eugenia, *dilatou as fronteiras da psiquiatria e abrangeu o terreno social* (COSTA, 1976, p. 33), tendo na infância um objeto privilegiado de atenção e intervenção. A abordagem desenvolvida pela LBHM em relação à infância constituiu, segundo Schechtman (1981), *uma das primeiras iniciativas em psiquiatria infantil no Brasil* (p. 02), em estreita sintonia com a concepção do Estado como ente tutelar e normalizador de condutas.

A convergência dos dois discursos - jurídico e médico - deu a tônica e fundamentou as políticas assistenciais nos primeiros tempos da República, influenciando decisivamente as ações do poder público dirigidas às crianças.

A execução das medidas assistenciais não se deu, no entanto, todo o tempo pela ação direta do Estado, como registrou Mendonça (2000). As primeiras medidas de 'proteção do menor' nos primeiros tempos republicanos tiveram origem em um contexto liberal, onde a intervenção estatal direta nas questões sociais era considerada desnecessária, sob a alegação de que a sociedade daria conta de equalizá-las (FLEURY, 1985). Chamado a responder pela 'proteção' da infância em risco, o Estado delegou à filantropia a tarefa, *garantindo verbas públicas como subsídio* (MENDONÇA, 2000, p.102). Neste contexto, a filantropia representou não só a superação do viés religioso no cuidado aos necessitados, marca dos tempos imperiais, como também a manutenção do ideário humanista, caro à nascente sociedade republicana.

Por sua vinculação com a ciência, a filantropia surgiu como um modelo assistencial capaz de substituir o modelo caritativo anterior. A influência da filosofia positivista, naquele momento, produziu entusiasmo com respeito ao *progresso das ciências, em oposição ao tradicionalismo*, [e impulsionou] *o movimento filantrópico rumo à meta de formar um novo homem, prático e avesso à anarquia, exigência da nova ordem social* republicana (RIZZINI, 1993, p. 48). O movimento filantrópico foi, assim, considerado apto a substituir o Estado em sua responsabilidade para com a infância, pela suposta racionalidade e eficácia de suas ações, e por corresponder de forma exemplar à finalidade tutelar do Estado.

A filantropia executou e consolidou a principal estratégia de intervenção desenvolvida na história da assistência às crianças brasileiras, a da institucionalização, absorvendo grande parte dos recursos públicos destinados para este fim. Representou, também, a principal forma de execução das responsabilidades do Estado, a da delegação a terceiros, modalidade que foi hegemônica por décadas.

Delgado (2000), em uma análise sobre os descaminhos da institucionalização de crianças em abrigos e educandários, levantou a hipótese de que a substituição feita pela filantropia teve caráter ainda mais abrangente do que a da substituição das funções do Estado, ao sugerir que ela se colocou no lugar da própria solidariedade. Para o autor,

A filantropia, com o concurso de uma certa imagem idealizada da ciência [produziu] um efeito paradoxal: ela foi generosa, destinou-se ao bem comum, porém colocou-se no lugar da solidariedade, substituindo-a. Como construir um novo lugar social para loucos e deficientes, se este lugar já está dado, ao abrigo do social? (p.15, grifo do autor)

As respostas aos efeitos da pobreza na infância - pobreza moral ou material - foram executadas através de medidas compensatórias ou punitivas, majoritariamente pela via da institucionalização, tendo como consequência a perda dos direitos inerentes à condição de cidadania. No caso das crianças e adolescentes, a substituição da tutela familiar pela do Estado configurou-se como uma inversão, conforme apontado por Fleury (1985) ao discutir as diferentes formas de proteção social existentes no país. Para a autora, há uma situação de *cidadania invertida* (p.401) toda vez que um indivíduo, ao ser reconhecido pelo Estado como detentor de uma necessidade, é destituído de sua condição cidadã para fazer jus aos atributos jurídicos e institucionais necessários. Ou seja, ao entrar em relação com o Estado por conta da existência de alguma necessidade, ele se torna um *não-cidadão*, para voltar a sê-lo depois, quando prescindir desse mesmo Estado assistencial.

No caso das crianças pobres, além da própria condição de 'seres em estado de

preparação', o fato de pertencerem a um estrato socioeconômico menos favorecido determinou um alongamento do tempo de espera para a partilha dos direitos de cidadania (quando não encerrou esta possibilidade). Essas crianças, alvo principal da ação do Estado através da filantropia, foram inseridas em uma situação que pode ser nomeada como a de uma quarentena social, com vistas à cidadania.

Praticamente por oito décadas, os elementos da matriz constitutiva da 'verdadeira' questão social da infância permaneceram inalterados, assim como os pontos principais da pauta política relacionada a ela. Nesse contexto, problemas de saúde mental em crianças e adolescentes foram considerados efeitos extremos da pobreza e do abandono, ou orbitaram como pauta periférica na agenda pública.

Ao mesmo tempo em que o problema do atraso, ou da deficiência (no sentido mais social que nosográfico, como já referido), era avaliado como produto do contexto, a 'solução' era baseada na natureza individual do problema, privilegiando a internação da criança como resposta. Vale dizer que a institucionalização de crianças no Brasil foi realizada através de instituições do campo da assistência social e filantropia, fora do sistema tradicional psiquiátrico, basicamente em educandários, reformatórios e outras instituições equivalentes. A designação dos processos de exclusão - tanto dos 'menores' quanto dos 'loucos' -, através do uso de um mesmo termo, o de institucionalização, constitui, muitas vezes, um empecilho para que as especificidades de cada situação possam ser analisadas. Pode-se considerar que nos dois processos ocorreu a incidência de uma mesma lógica - a da exclusão e segregação, como condições paradoxais para o exercício da função tutelar do Estado. Entretanto, os caminhos institucionais foram distintos e necessitam ser destacados nas análises para que os efeitos de segregação que produziram sejam efetivamente superados.

Segundo Mendes (1998), a não-distinção entre abandonados, delinquentes e deficientes foi a *pedra angular do magma jurídico* (p.88) da situação irregular. *A essência desta doutrina se resume na criação de um marco jurídico que [legitimou] uma intervenção estatal discricional sobre esta espécie de produto residual da categoria de infância, constituída pelo mundo dos menores* (idem, ibidem, grifo do autor).

A díade, saber especializado e instituição especializada, foi responsável pelo ‘tratamento’ do que não compunha o centro da questão social, não era prioridade na agenda, mas não era desprezível como problema, ficando, portanto, bem situado e tratado na esfera dos especialistas, como se verá a seguir.

Os diferentes períodos da República e as agendas políticas para a infância

Ao traçar a trajetória das políticas sociais dirigidas às crianças e adolescentes brasileiros, Mendonça (2000) estabeleceu uma periodização em quatro tempos, a partir da qual é possível destacar a maior ou menor presença do Estado nos diferentes regimes ‘de proteção’ e os problemas determinantes em cada período, auxiliando o entendimento sobre a formação das agendas públicas e sobre a posição periférica ocupada pelas questões da SMCA até recentemente.

A autora divide os processos de estruturação das políticas sociais dirigidas à infância e adolescência na República em quatro grandes períodos, que serão adotados como roteiro para a argumentação a ser desenvolvida a seguir.

O primeiro período, entre 1889 e 1930, teve como marcas: a) a condição de menoridade atribuída à criança moral ou materialmente pobre; b) o amparo jurídico na doutrina da situação irregular, regulamentada pelo Código de Menores de 1927; c) o entendimento da família como o principal agente de socialização, que, ao falhar ou ser inoperante, justificaria a tutela do Estado; d) a ênfase na internação e recolhimento como medidas prioritárias de assistência e reeducação; e) o amparo científico na medicina higiênica; f) a intervenção indireta e subsidiada pelo Estado; g) a delegação da responsabilidade à filantropia.

O principal problema, que magnetizava os investimentos públicos, era o controle dos desvios morais e de conduta das crianças, com vistas ao desenvolvimento

de um adulto ativo, produtivo e adequado à nova ordem social republicana. De acordo com Mendonça (2000), a assistência pública no primeiro período republicano foi marcada por uma fragmentação institucional e por um caráter normalizador das ações, calcado em uma visão segmentada da sociedade, na qual apenas o pobre era alvo das investidas normalizadoras e prioridade na agenda pública.

O segundo período, de 1930 a 1945, caracterizou-se pela presença mais direta e mais intervencionista do Estado. Este período, atravessado pela ditadura de Vargas, a partir de 1937, teve como principal diferença em relação ao anterior a defesa do Estado como o mediador e regulador direto das questões sociais, em uma tentativa de superar a tendência à delegação, que marcou os primeiros 30 anos da República.

Uma das peculiaridades do período em relação à institucionalidade das políticas sociais foi a forma de conferir o estatuto de cidadania, diretamente dependente da condição de trabalhador. Para Santos (1994), o atributo de cidadão era condicionado ao sistema de estratificação ocupacional, definido por norma legal, configurando o que designou como 'cidadania regulada'. Em seu clássico estudo sobre política social na ordem brasileira, ao analisar a questão da concessão de cidadania no período, o autor afirma:

*São cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. **Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece** (SANTOS, 1994, p. 68, grifo meu).*

No que dizia respeito à criança – com base na análise de Santos (1994), um pré-cidadão -, a presença mais direta do Estado não alterou a estrutura de identificação de seus problemas e nem as modalidades de intervenção. Permaneceu inalterada sua

condição de menoridade, a doutrina jurídica da irregularidade, assim como todas as consequências institucionalizantes advindas delas. A diferença foi a tomada de responsabilidade pelo Estado da tarefa de prepará-la e desenvolvê-la para o futuro, através da educação. Em 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, a educação tornou-se a base da tentativa (fracassada) de superar as condições do atraso da criança desfavorecida, para regenerar sua capacidade produtiva e torná-la capaz de ocupar papel de destaque na construção do progresso do país. O investimento na educação pretendia também superar o paradigma disciplinar-corretivo pelo educativo no trato da criança, e na tarefa de integrá-la ao mundo do trabalho.

A importância da escolaridade determinou uma reorientação na parceria da medicina com o Estado, pela necessidade de ser conferida racionalidade à classificação das crianças em sua aptidão para o ensino. Ao aparato médico foram agregados outros saberes e especialistas, especialmente da Psicologia e Psicometria, com a finalidade de classificar as crianças segundo a capacidade de aprendizagem e de instrumentalizar técnica e cientificamente a escolha de procedimentos pedagógicos mais adequados para o sucesso do projeto educativo. Um dos efeitos gerados pelo valor da educação para todos foi, no entanto, a exclusão dos inaptos e o encaminhamento deles para instituições de reeducação. Ou seja, tal qual o fracasso do projeto preventivista da higiene mental, a escolaridade para todos produziu uma legião de excluídos e validou o recurso à institucionalização, pela tese da natureza individual do problema.

Na esfera da saúde pública, as obrigações do Estado se voltaram para o amparo à maternidade, e para *a adoção de medidas de restrição da mortalidade e morbidade infantis, e de proteção da juventude contra o abandono e exploração física, moral e intelectual* (MENDONÇA, 2000, p. 130). Na assistência social, a criação do SAM (Serviço de Assistência ao Menor), em 1941, foi o grande, e controverso, marco desse período, reforçando a internação e o isolamento como estratégias de ‘proteção’ e instituindo a privação da liberdade como resposta aos atos considerados infracionais, cometidos por jovens pobres. No mesmo campo da assistência, a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942, pretendeu demarcar um interesse especial do Estado pela

primeira infância, tornando-se a responsável pela instalação de postos de puericultura e lactários, a partir da ideia de que a educação e a saúde precoces seriam fundamentais para que a nação ultrapassasse seu atraso social e econômico, sendo tarefa inadiável do Estado *a preparação de gerações fortes o suficiente para garantir a defesa e desenvolvimento nacional* (idem, p. 132).

Em síntese, nesse período, a despeito de uma inovação na agenda pública, representada pela importância da escolaridade, a presença mais direta do Estado nas questões relacionadas às crianças e adolescentes não alterou os principais fundamentos do sistema de assistência, em vigência desde os primórdios da República. Foi mantida a menoridade jurídica, a doutrina da irregularidade e a via do internamento como resposta, esta última, recrudescida pela criação de um dos ícones do processo conhecido como 'criminalização da pobreza' no Brasil, o SAM (RIZZINI, 2004).

Antes de ser delineado o terceiro período das políticas sociais para infância e em acordo com o tema de investigação desta tese, uma questão se coloca: onde situar, na construção da agenda política para infância, as ações mais diretamente ligadas à psiquiatria infantil? Como apontado anteriormente, o trabalho da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), entre as décadas de 20 e 40 do século passado, foi uma das primeiras iniciativas da psiquiatria infantil no país (SCHECHTMAN, 1981) e constituiu um projeto solidário e articulado ao Estado tutelar no controle de condutas desviantes em crianças e adolescentes. Antes da LBHM, o Pavilhão Bourneville, de 1904, criado nas dependências do Hospício Nacional de Alienados, na era Juliano Moreira⁵; e depois o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, inaugurado em 1942 por Getúlio Vargas, no Engenho de Dentro (RJ), *para tratamento de menores anormais* (1943, p.483)⁶ - apenas para citar alguns exemplos -, foram marcos na história da psiquiatria dirigida às

⁵ A história e análise do Pavilhão Bourneville, e seu método pedagógico de tratamento, foram exaustivamente estudadas por Lobo (1997), Müller (1998) e Silva (2008). Engel (1995) analisou as condições gerais da criação e funcionamento do Pavilhão.

⁶ Expressão utilizada no ato de inauguração do Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, no dia 10/10/1942, pelo Diretor Dr. Valdemiro Pires (ASNDM, 1943), reforçando a importância da *educação e higiene psíquica, sem as quais se [criaria] um povo bárbaro, de possantes músculos, e de cérebro micógiro, escravo da força material* (idem, p. 486). Não são conhecidos estudos que se dediquem com maior profundidade à análise histórica deste hospital, que encerrou suas atividades em 2004.

crianças. Entretanto, embora sejam importantes na história interna da psiquiatria infantil brasileira, foram pouco relevantes para a formulação da agenda pública da infância, marcando uma nítida e radical diferença em relação às instituições psiquiátricas dos adultos, cuja relevância, como componente estrutural da política pública vigente até a Reforma Psiquiátrica, é inquestionável. Para a infância, a Reforma Psiquiátrica não significou a superação de um modelo hospitalocêntrico, configurando, portanto, um percurso e características institucionais distintas.

Entre 1945 e 1980, Mendonça (2000) situou o terceiro período das políticas sociais para infância e adolescência, onde coexistiram tendências contraditórias na assistência às crianças e adolescentes. Sob a influência da Declaração de Direitos da Criança, aprovada pela ONU, em 1959, que responsabilizava os Estados pelo bem-estar das crianças, propostas um pouco mais progressistas começaram a ser delineadas, visando a ampliação de direitos sociais para as crianças. Entretanto, a tentativa de ampliar o direito social através de uma política de bem-estar, não foi exitosa. Esbarrou, primeiramente, na persistência do enfoque jurídico da irregularidade e, depois, na ditadura militar, a partir de 1964, que acentuou as medidas de repressão e de anulação de direitos de crianças e jovens. É necessário apontar a insuficiência do terceiro período proposto pela autora como via para a análise da relação do Estado brasileiro com a infância, uma vez que a ditadura militar, de 1964-1985, modificou integralmente os termos da relação Estado e Sociedade.

Depois do golpe militar houve uma expansão sem igual das instituições de recolhimento no país. A criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), e suas afiliadas estaduais, foi o ícone do 'governo para as crianças e adolescentes' nesse período. Este estabelecimento, concebido como centro especializado para permanência dos *menores*, representou a intensificação do processo de criminalização da pobreza (RIZZINI, 2004), pelo internamento em grande escala, baseado na pobreza como um dano em si e ameaça à segurança nacional.

A FUNABEM pode também ser considerada a versão mais real, dura e cruel dos efeitos da articulação dos quatro elementos que constituíram a matriz de leitura do

problema das crianças desde o início da República. Ela exprime a visão e ação do Estado sobre os *menores* e o lugar destinado a eles na estrutura social. É instituição-síntese do argumento do Estado como ente tutelar e de controle.

O ápice desse processo encontrou seu ponto de esgotamento com a mudança política propiciada pela Carta Constitucional democrática, de 1988 (BRASIL, 1988a). Novos elementos começaram a ser inscritos no final desse período (anos 80), fazendo mover peças importantes da estrutura política, social e assistencial, que reestruturaram a política para crianças e, em um movimento distinto, porém interligado, a política de saúde mental.

A relevância de destacar a questão da infância e adolescência como parte da questão social na República, e as formulações políticas derivadas dela, está em elucidar como as pautas governamentais se concentraram, em diferentes períodos, apenas na ação de controle de determinada criança e adolescente. A redução do foco político na pobreza foi amparada na doutrina menorista e contribuiu para deixar na sombra outras possibilidades e necessidades de crianças e adolescentes, que só poderiam ser reconhecidas a partir da inscrição de nova viga de sustentação jurídica e de nova definição de seus lugares, funções sociais e direitos.

Apenas nos anos 80 do século XX seriam substituídos todos elementos constitutivos da matriz de leitura dos problemas da criança e adolescente, alterando radicalmente a posição do Estado frente a eles.

1.3 – Estatuto da Criança e do Adolescente: direitos, cidadania, e a inclusão tardia da saúde mental

De 1980 até a atualidade, Mendonça (2000), situou o quarto período das políticas sociais, onde são encontradas as propostas e os fundamentos mais inovadores e revolucionários quando comparados com os períodos anteriores. A

década de 80 é considerada, para muitos estudiosos do campo das políticas de atendimento à infância e adolescência no Brasil, como um período de mudanças tão profundas que poderia ser considerada como a década onde houve uma verdadeira *mudança social* (VOGEL, 1995, p. 316).

Na defesa pelos direitos das crianças e adolescentes foram decisivas as análises críticas sobre os danos do modelo de assistência baseado na menoridade, irregularidade, tutela e institucionalização, que havia atravessado sem abalo as primeiras oito décadas do estado republicano.

Começaram a surgir propostas de atendimento à infância e juventude como um direito de cidadãos, priorizando ações voltadas para o *resgate da cidadania, no pressuposto de que esta tinha sido confiscada às crianças e adolescentes, bem como à população carente em geral, nas décadas anteriores* (VOGEL, 1995, p.321). Noções como as de cidadania da criança e do jovem; direito à vida, saúde, educação, liberdade, respeito e dignidade; direito à convivência familiar e comunitária; posição de igualdade diante do Estado e dever deste para com a proteção integral de todas, começaram a ocupar as arenas de debate. Com a abertura democrática, a necessidade de mudança estrutural nos princípios e ações da assistência à criança, em prol da inscrição de uma nova política de bem-estar, ecoou nacionalmente.

O Estatuto da Criança e do Adolescente

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado pela Lei 8069, de 13/07/1990 (BRASIL, 1990), representou, tanto em sua forma de produção como em seu conteúdo, a *verdadeira ruptura com a tradição anterior* (MENDES, 1998, p.35). Considerado mundialmente como o mais avançado sistema de proteção e de garantia de direitos dirigidos a crianças e adolescentes, o ECA é o marco legal e o instrumento-chave das transformações que se seguirão a ele. Conferiu garantia legal a um conjunto de direitos para **todas** as crianças e jovens brasileiros, sem distinção. Adotou o marco

jurídico da doutrina da proteção integral, em substituição à da situação irregular e designou ao Estado a função de proteção, no lugar da tutela. Com o ECA houve legitimidade e institucionalidade para inscrição social e política da criança e do adolescente como sujeitos de direitos, pela substituição integral do paradigma menorista.

Nas palavras de Pilotti (1995),

O Estatuto da Criança e do Adolescente representa uma ruptura com a tradição anterior da irregularidade, assim como um caso de aplicação rigorosa do novo paradigma da proteção integral, consagrado pela Convenção de Direitos das Crianças. O ECA busca corrigir a contradição fundamental da irregularidade, consistente na confusão entre as necessidades sociais e a violação das normas, ao atribuir aos governos locais uma clara responsabilidade na solução de problemas sociais, através dos Conselhos Tutelares e de Direitos. (p. 31)

O ECA foi respaldado na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) - caracterizada pela radical ampliação dos direitos sociais e políticos, definidos como dever do Estado - e inspirado na Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989). A Constituição de 1988 representou um momento de culminância do amplo debate nacional da redemocratização, marcado pelo eixo da cidadania. Desta Constituição, que sofreu reformas posteriores que lhe atenuaram a idéia-força da relação Estado-Sociedade ancorada na ampliação de direitos e no bem-estar social, mas que permanece como um marco divisor das políticas sociais no Brasil, surgiram o ECA e a proposta de universalização do direito à saúde, materializada em 1990 no Sistema Único de Saúde, o SUS. O ECA é também tributário da Convenção da ONU, de 1989. Produto de um amplo debate internacional, esta Convenção resultou no *primeiro instrumento jurídico efetivamente garantista na história das legislações de menores na América Latina* (MENDES, 1998, p.31), sendo o Brasil o primeiro país a adotá-lo através de uma Lei própria. Pilotti (1995) acrescenta a esta análise da Convenção o fato de ela combinar em *um só corpo legal, direitos civis e políticos, com direitos econômicos, sociais e culturais, que são considerados como componentes complementares e necessários para*

assegurarem a proteção integral da criança (p.21).

A importância da Convenção para o que vem sendo discutido neste capítulo, pode ser medida, ainda, pelo que implica de mudança substancial em elementos determinantes da matriz de leitura das questões da criança. No campo jurídico: introduz a obrigatoriedade do respeito a todos os princípios jurídicos básicos, ausentes na legislação menorista, rompendo com o caráter discricionário das ações. No campo das políticas governamentais: inscreve a criança e adolescente como sujeito de direitos, com liberdade de expressar livremente suas opiniões (art. 12 e 13), e *obriga as autoridades governamentais a repensar o conceito de políticas públicas* (MENDES, 1998, p.32), pela necessidade de dar institucionalidade à participação de crianças e adolescentes, reconhecendo neles o valor da palavra e da ação social.

A doutrina da proteção integral, mesmo sendo fenômeno ainda recente e não consolidado, e a Constituição democrática de 1988, moveram a estrutura de base onde se assentavam os projetos de proteção social, inscrevendo um 'novo Estado', com novas funções, como elemento constitutivo de uma nova matriz de leitura. Na história da assistência à infância e adolescente, a figura do Estado pode ser tomada na acepção tutelar-assistencialista, ou na versão mais próxima do marco constitucional de 1988, como um Estado que deve exercer a proteção integral, ser solidário, democrático, respeitoso para com as diferenças e zeloso com o cuidado de todos.

No final da década de 80, foi alterada, pela primeira vez, a natureza de todos os elementos que integraram durante décadas a matriz de leitura dos problemas da criança e adolescente, e as respostas devidas ao Estado para responder a eles.

Na nova matriz, a criança e adolescente **são sujeitos de direito**; a doutrina jurídica é a **proteção integral**; a concepção do Estado é a de **ente com função de proteção e bem-estar social**; a proposta de intervenção é **o cuidado em liberdade, de base psicossocial e comunitário**.

Nessa nova moldura foram criadas condições de possibilidade para que a SMCA, sob o marco da atenção psicossocial, encontrasse outro lugar nas agendas das

políticas públicas para crianças e adolescentes.

Os efeitos desses novos tempos na agenda da saúde mental só se fizeram presentes no início do século XXI - período onde efetivamente se pode afirmar o início no país de um conjunto de ações e proposições ligadas à formulação de uma política de saúde mental dirigida às crianças e adolescentes, em acordo com a moldura ética da atenção psicossocial.

1.4 – Novos rumos para a saúde mental de crianças e adolescentes: o ponto de corte em 2001

O ano de 2001, no qual foi promulgada a Lei 10.216 e realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), inaugurou um novo tempo para a saúde mental brasileira e, como consequência, para a SMCA, pela possibilidade de serem construídas as bases da política de saúde mental para crianças e adolescentes.

No contexto de reformulação da agenda pública da saúde mental, através da III CNSM, impulsionada pelo entusiasmo do movimento da Reforma Psiquiátrica com a aprovação da Lei e tendo como base os princípios do ECA, foram propostas diretrizes para dar início ao processo de construção da política brasileira de SMCA e da rede de atenção.

A III CNSM marcou uma profunda mudança no rumo do debate e nas ações públicas da saúde mental para com crianças e adolescentes, inscrevendo a SMCA como questão de saúde pública e definindo as responsabilidades e vias de resposta do Estado brasileiro. Algumas das deliberações emanadas da III CNSM foram incorporadas em portarias ministeriais que se seguiram a ela, representando, através do corpo normativo do SUS, o início oficial da construção de uma rede pública de atenção para SMCA, sob o marco da atenção psicossocial.

Com a finalidade de destacar a mudança nos termos do debate e na formulação da agenda pública da SMCA, ocorrida com a III CNSM, e a partir dela, será feito um percurso pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental, tendo como base os Relatórios Finais e as concepções contidas em suas proposições para crianças e adolescentes.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental e o tema da Infância e Adolescência

A **primeira CNSM** foi realizada em 1987, em um momento de efervescência nacional, produzido pela abertura política e pelo vigor da campanha por uma constituição democrática. Na saúde mental, a expansão, em escala de dezenas de milhares de leitos do parque manicomial, durante da ditadura militar, as inúmeras denúncias de maus-tratos e abusos ocorridos nesses estabelecimentos, aliadas à perspectiva de mudança nas políticas sociais, fizeram que a I CNSM fosse pautada por temas ligados à relação sociedade-estado, com críticas à instituição psiquiátrica como instrumento de dominação e exclusão, resultando em um relatório final que conclamava a saúde mental a construir com vigor revolucionário a luta pela cidadania e igualdade de direitos para os pacientes mentais (BRASIL, 1988b).

Nesse contexto, o tema da criança e adolescente integrou o eixo da reforma legislativa, mas foi abordado de forma pontual, com propostas pouco esclarecedoras em relação ao que era esperado e, algumas vezes, contraditórias entre si. Ao mesmo tempo em que se solicitava a limitação da internação psiquiátrica para crianças, defendia-se a *garantia de educação formal ou especializada, e direito ao espaço lúdico, para os menores internados* (BRASIL, 1988b). A crítica à *deformação conceitual que [considerava] menores sem lar e meninos de rua como futuros delinquentes e psicopatas* (idem), não foi acompanhada de proposta para enfrentamento do problema, tornando a crítica esvaziada e sem consequências.

A despeito das fragilidades e contradições, esta Conferência tematizou o problema da criança e adolescente, e indicou um certo alinhamento com a crítica ao

caráter reducionista e discricionário da categoria 'menor' - pauta prioritária do movimento em defesa dos direitos das crianças e adolescentes.

A **II CNSM**, de 1992, foi surpreendente em relação à total ausência de tematização sobre a SMCA. Não há estudos que analisem este fato, e tampouco claras evidências sobre ele. O caráter surpreendente se acentua quando considerado o contexto daquele momento. Dois anos antes, em 1990, o Brasil assinara a Declaração de Caracas (OPAS, 1990), assumindo o compromisso de reestruturar integralmente a atenção psiquiátrica no país, com a substituição do modelo asilar pelo comunitário, o que determinava, dentre outras coisas, a necessidade de ser aberto um amplo debate com a sociedade com vistas à legitimação da nova proposta (ALVES, 2007). A convocação da II CNSM foi realizada com este fim e, certamente, não visou apenas ao campo interno da saúde mental. A mudança em jogo era estrutural, afetaria todos os alicerces da assistência psiquiátrica tradicional e necessitava da legitimação da sociedade para ser iniciada e efetivada. O apoio e compromisso para com a questão, por parte de movimentos ligados à questão dos Direitos Humanos, como o de defesa da cidadania para a criança e adolescente, poderia ser decisivo. Por que não foram convocados, ou não se apresentaram ao debate nessa II CNSM, os militantes da defesa dos direitos das crianças e adolescentes? Por que este movimento não se mobilizou pela causa da reforma psiquiátrica, e vice-versa?

No Relatório Final da II CNSM (BRASIL, 1994), há duas singelas referências à criança, que não configuram uma tomada de posição política frente à questão da SMCA: uma se refere à inclusão do tema *da saúde da criança nas capacitações do SUS* (p.20), e a outra à criação *no Ministério da Saúde de uma comissão de proteção dos direitos de cidadania de crianças e adolescentes portadores de sofrimento mental* (p.23). Esta última, mais próxima da questão, perde a possibilidade de ser tomada como um posicionamento político vigoroso, por constituir proposta única e isolada no conjunto das deliberações registradas em nome da II CNSM.

Em artigo publicado no ano de 2011 sobre o tema da saúde mental e direitos humanos, Delgado (2011) registrou a questão e destacou seu caráter enigmático:

*A II Conferência, de 1992, foi extraordinária, a primeira em que os pacientes participaram como delegados, ela formulou as linhas gerais do que o Brasil construiria nos anos seguintes [para a saúde mental]. **Porém, seu Relatório Final não faz menção a crianças e adolescentes, apenas uma frase, quase que apenas constatando que esses seres existem.** É um fato significativo, pois foi nos anos 90 que mais se discutiam os rumos da política de crianças e adolescentes e a de saúde mental [...] **porém, as duas políticas não se encontraram** (p. 118, grifo meu).*

Considera-se que a elaboração de possíveis respostas para esta questão deverá, dentre outros aspectos, enfrentar o complexo debate sobre o não reconhecimento da possibilidade de uma criança portar o enigma da loucura, ou ser um sujeito passível de tormentos mentais. Se essas vicissitudes da condição humana não forem atribuídas a uma criança, e não forem tomadas como questões relevantes no campo das políticas de cuidado eticamente orientadas, a pauta da cidadania e direitos dos loucos pode não interessar diretamente à pauta da cidadania das crianças, e vice-versa. Terá esta questão relação com a surpreendente ausência da SMCA na II CNSM?

Ao contrário das duas conferências anteriores, a **III CNSM**, em 2001, deu ao tema da SMCA lugar de destaque. Incluiu a questão no texto de sua convocatória, instando municípios e estados a abrir um amplo debate sobre o tema e realizou, antes da etapa nacional, um Seminário Nacional, especificamente voltado para discutir quais seriam os caminhos para uma política pública de saúde mental da infância e adolescência.

Realizado na cidade do Rio de Janeiro, nos dias 3 e 4 de dezembro de 2001, na sede do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), este Seminário, convocado pelo Ministério da Saúde, reuniu representantes de diferentes estados brasileiros e de diferentes setores públicos, como saúde, educação, assistência social, justiça, promotoria e saúde mental. Seu caráter intersetorial correspondeu ao que viria a se constituir como um dos principais fundamentos da política de SMCA, a intersetorialidade.

O Seminário, reunido com a *responsabilidade de estabelecer diretrizes ético-políticas, capazes de dar sustentabilidade a uma rede de atendimento psicossocial para crianças e adolescentes no sistema de saúde mental do SUS* (BRASIL, 2001b), elaborou um conjunto de recomendações, que foi aprovado na íntegra pela plenária final da III CNSM. Destacaram-se como concepções fundamentais: a noção de criança e adolescente como sujeitos psíquicos e de direitos, a concepção do cuidado a ser exercido através do trabalho em rede e no território, e o fundamento intersetorial da política e das ações de cuidado.

Um elenco resumido das principais propostas aprovadas na III CNSM, apresentado a seguir, indica a direção proposta pela sociedade ao Estado brasileiro para a construção da política de SMCA.

Em relação aos fundamentos da política e da montagem de rede, a III CNSM deliberou:

- a) A SMCA deveria se orientar pelos princípios do ECA, da Lei 10.216 e dos marcos éticos da atenção psicossocial;
- b) A criança e o adolescente deveriam ser considerados como sujeitos psíquicos e de direitos, capazes de formular suas próprias demandas, tendo na família a principal referência de acolhimento;
- c) A política de SMCA deveria integrar a política geral de saúde mental, ter caráter intersetorial, e construir uma rede de cuidado, de base territorial, adequada às particularidades das crianças e adolescentes, e em acordo com a realidade sociocultural de cada município;
- d) A lógica do CAPS (naquele momento, regulamentado apenas para atendimento de adultos) deveria ser estendida ao cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais;
- e) A intersetorialidade deveria ser a marca distintiva e estruturante da rede de cuidados em SMCA, à qual ficariam articulados os CAPS e todos os demais

dispositivos a serem criados;

- f) As ações de cuidado deveriam se precaver contra a medicalização, institucionalização, redução de problemas advindos da precariedade social àqueles definidos como de saúde mental, e contra a simples finalidade de ajustamento de conduta no trato com a criança e adolescente.

Em relação às ações prioritárias a serem desenvolvidas:

- g) Criação de dispositivos de atenção psicossocial para crianças e adolescentes, na lógica dos CAPS;
- h) Inclusão na pauta da SMCA do problema da institucionalização de crianças em abrigos da assistência social e filantrópicos, especialmente os destinados aos portadores de deficiência, assim como dos problemas relacionados à violência;
- i) Prioridade na rede para os casos de maior gravidade e complexidade, em dispositivos tipo CAPS, com enfoque multiprofissional e baseados na integralidade do cuidado;
- j) Realização de mapeamento nacional sobre os serviços existentes nos diferentes setores públicos de assistência infanto-juvenil, filantrópicos e do judiciário;
- k) Criação de mecanismos de participação, intersetoriais, incluindo trabalhadores, representantes da sociedade organizada, familiares e usuários, para a formulação, acompanhamento e monitoramento da política de SMCA, nos moldes de um fórum interinstitucional, a ser implantado nos municípios, estados e na esfera federal do SUS.

É possível deduzir que, no âmbito da saúde mental, uma nova estrutura política e social estava sendo formada para o cuidado de crianças e adolescentes com

problemas mentais e para tornar possível a construção no país de uma rede de atenção, baseada na integralidade e territorialidade do cuidado, sensível às particularidades das crianças e adolescentes. Fica, ainda, clara a aproximação com os princípios do ECA, indicando a incidência pela primeira vez na história da saúde mental da alteração estrutural operada nos elementos da matriz de leitura e análise dos problemas da criança que atravessou quase um século da República brasileira.

A **IV CNSM**, de 2010, foi a primeira integralmente intersetorial, desde a convocação até sua realização. Os avanços conquistados nos dez anos que se seguiram à Lei e à III CNSM, e os numerosos desafios que foram revelados com a expansão e territorialização da saúde mental geral, e em grande medida pela SMCA, outorgaram à IV CNSM um valor especial de avaliação de todo esse processo.

Em relação à SMCA, foram ratificadas as diretrizes anteriormente propostas na III CNSM e ampliadas significativamente as questões-chave para o efetivo desenvolvimento da rede de atenção, com especial destaque aos desafios advindos do trabalho intersetorial. A noção de *rede pública ampliada de atenção* se inscreveu como síntese da direção a ser conquistada pelo SUS na organização da assistência à SMCA.

Esse breve percurso pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental ratifica a premissa de que a III CNSM, de 2001, foi a expressão e síntese de uma história radicalmente nova que começava a ser escrita na SMCA como política pública, sob o marco da cidadania, do direito, da proteção e da atenção psicossocial.

Duas ações estratégicas para o cuidado psicossocial: o início da política de saúde mental para crianças e adolescentes

Em fevereiro de 2002, foi publicada, pelo Ministério da Saúde, a Portaria 336/2002 (BRASIL, 2002a)⁷, que ficou consagrada como a portaria dos CAPS, com um

⁷ A Portaria 336/2002 estabelece cinco tipologias de CAPS, de acordo com a população-alvo e o porte populacional das cidades: CAPS I, II, III, i, AD (BRASIL, 2002a).

capítulo especificamente destinado à criação de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, os CAPSi. As orientações contidas nesta Portaria, a primeira na história recente do SUS dirigida à SMCA, indicaram a incorporação pelo Ministério da Saúde de algumas das mais importantes aspirações emanadas da III CNSM.

O CAPSi constituiu a primeira ação, concretamente falando, da nova posição do Estado brasileiro frente às questões da SMCA. Representou a primeira resposta oficial do SUS à necessidade de cuidado para casos de maior gravidade e complexidade envolvendo crianças e adolescentes com problemas mentais que, até aquele momento, não encontravam na atenção psicossocial possibilidade de real atendimento. Estes casos transitavam, em sua grande maioria, pelos caminhos tradicionalmente estabelecidos na institucionalização de crianças em abrigos e educandários de cunho essencialmente adaptativo ou corretivo, ou eram 'institucionalizados' em suas próprias casas, em uma espécie de segregação e exclusão que ficou invisível até mesmo aos olhos atentos da Reforma Psiquiátrica (COUTO, 2004).

O CAPSi foi instituído como um dispositivo estratégico, de base territorial, composto por equipe multiprofissional, calcado na lógica da atenção diária, da intensividade do cuidado e do trabalho em rede. Dirigido prioritariamente para os casos de maior gravidade e complexidade, deveria também operar como ordenador da demanda de SMCA no território sob sua responsabilidade. O CAPSi tem particularidades que o especificam em relação aos demais CAPS, tema que será objeto de discussão no Capítulo 2 desta tese.

A outra ação estratégica proposta foi a da articulação intersetorial. O princípio intersetorial se inscreveu como única condição de possibilidade para construção de uma rede de atenção sensível e capaz de oferecer alguma resposta às diferentes ordens de problemas implicados na SMCA. Ao contrário de outras políticas públicas - a saúde mental geral, inclusive -, onde a intersetorialidade costuma ser uma consequência do processo de implantação, na SMCA ela foi constitutiva, foi a própria possibilidade de o processo ser iniciado.

O princípio intersetorial orientou também a montagem de um mecanismo democrático, de formulação e gestão da política de SMCA, o *Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes*, instituído em 2004 pelo Ministério da Saúde (PT 1608/2004 – BRASIL, 2004a). O *Fórum*, coordenado pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, de composição intersetorial, teve, e tem, como função estabelecer diretrizes e deliberar sobre questões relacionadas à SMCA. Entre 2004 e 2009, realizou oito reuniões ordinárias, em diferentes estados da federação, para discutir e deliberar sobre as questões: a) dos descaminhos da institucionalização de crianças no Brasil, a tendência histórica ao confinamento e privação de liberdade, e a necessidade da criação de mecanismos eficazes de interlocução entre o campo da saúde mental e o do Direito; b) dos desafios da atenção integral aos usuários em uso indevido de álcool e drogas, e o risco da judicialização do cuidado; c) da direcionalidade do cuidado em rede e as orientações necessárias para sua implantação nos diferentes contextos do país; d) dos desafios da intersetorialidade no cotidiano dos territórios⁸.

O CAPSi, como dispositivo de cuidado e agenciamento da rede, e a articulação intersetorial, como percurso necessário para a construção de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental, serão objeto, respectivamente do Capítulo 2 e Capítulo 3 desta tese.

Antes, porém, de discutirmos as duas ações prioritárias da política brasileira de SMCA e a título de contribuição, será apresentado um panorama geral do contexto mundial em relação à SMCA, com base na análise da Organização Mundial de Saúde sobre a questão.

⁸ Desde 2009 até a presente data, o *Fórum* não foi objeto de novas convocações pelo Ministério da Saúde, fato preocupante dado o caráter ainda inicial e formativo da política de SMCA brasileira.

1.5 – Panorama do contexto mundial: lacuna assistencial como problema de países desenvolvidos e em desenvolvimento na atenção à saúde mental de crianças e adolescente

Para uma rápida contextualização do tema das políticas de saúde mental para a infância e adolescência em outros países do mundo, consideraremos análises recentes que apontam que as necessidades de ações efetivas nesta área constituem um problema mundial, atingindo não só os países em desenvolvimento, mas também aqueles de maior renda.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e diferentes autores têm sido unânimes em afirmar a existência de uma lacuna substancial entre as necessidades em SMCA e a oferta de recursos para responder a eles, presente em todas as regiões do mundo, em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, configurando uma *situação dramática*, e um enorme desafio para o século XXI (OMS, 2001; DUARTE, 2003; LEVAV et al, 2004; FORD, 2008; PATEL, 2008).

A magnitude do problema está diretamente relacionada à constatação, cada vez mais evidente, de que os problemas de saúde mental afetam um enorme contingente de crianças e adolescentes, que não encontram suporte assistencial, o que aumenta o impacto e a carga da doença para eles e suas famílias (WHO, 2005b; PATEL, 2007). A estimativa é de que aproximadamente *20% das crianças e adolescentes apresentam algum tipo de problema de saúde mental, sendo que de 4 a 6% necessitariam de tratamento* continuado (WHO, 2005b, p. 16).

A defasagem existente entre as necessidades e a oferta de serviços é mais expressiva nos países em desenvolvimento, nos quais, quando são encontrados serviços, *estes são basicamente hospitalares ou custodiais* (idem, p. 17). Nos demais países, onde há maior presença de serviços, a defasagem é marcada pela ausência de articulação e pela fragmentação da assistência por diferentes setores, como educação, assistência social e justiça, setores estes autônomos em relação à saúde mental, sem

que uma instância oficial seja identificada para direcionar e acompanhar as ações de cuidado em SMCA (WHO, 2005b).

Pode-se dizer que a atenção em SMCA é, ainda, um problema não equacionado na maior parte do mundo, acrescido da falta de profissionais e treinamento, e intensificado pelo estigma, que constitui uma importante barreira ao acesso em SMCA, assim como para a saúde mental geral (PATEL, 2007; LUND et al, 2009; LEVAV et al, 2004).

A configuração desse grave cenário global fez com que, no início do século XXI, a OMS afirmasse a ausência de políticas de SMCA na extensa maioria dos países como a principal barreira ao desenvolvimento de sistemas de cuidado efetivos em SMCA, sendo também responsável pela desassistência a essa população (WHO, 2005a, 2005b).

A ausência de políticas de SMCA foi evidenciada por um estudo, desenvolvido com a finalidade de levantar informações sobre a situação da SMCA nos países membros da OMS. Em 2004, Shatkin e Belfer registraram que em apenas 14, dos 191 países membros, havia um plano de ação claramente estruturado, integrando a saúde mental geral e voltado para a SMCA⁹.

A recente chamada à ação, por parte da OMS, aos países, em relação à saúde mental, destacando a questão da SMCA como pauta prioritária, pode constituir uma importante alavanca para a melhoria das condições de cuidado para crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental (WHO, 2008).

Conclui-se que, a inclusão tardia da SMCA na agenda política, é um problema mundial e desafia todas as sociedades e governos. Nos próximos capítulos será analisada a recente experiência brasileira na tentativa de superar esse problema.

⁹ Os países identificados, por ordem alfabética: África do Sul, Alemanha, Chile, Dinamarca, França, Holanda, Irlanda, Noruega, Nova Zelândia, Portugal, Reino Unido, República Tcheca, Romênia e Sérvia/Iugoslávia (SHATKIN & BELFER, 2004, p. 107).

CAPÍTULO 2 - CAPSi COMO AÇÃO INOVADORA DE CUIDADO.

REVISÃO DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS SOBRE CAPSi NO PERÍODO DE 2002 A 2010

2.1 – Introdução

A construção de uma rede de atenção para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, assumida como uma das prioridades da política pública de saúde mental, é uma conquista recente do Estado democrático brasileiro. O ponto de partida concreto para montagem desta rede foi a implantação, pelo SUS, a partir de 2002, de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSi).

Destinados a realizar operações de cuidado consonantes com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e do SUS, como acesso universal, integralidade da atenção, multidisciplinaridade no trabalho, colaboração intersetorial e inclusão social; e tendo na noção de rede e de território a base de seu funcionamento, os CAPSi devem estar abertos à verificação da potência da proposta pública que representam, de seus principais desafios e vias de superação.

Apesar de partilharem os princípios e diretrizes que orientam a organização das instituições do campo da atenção psicossocial, os CAPSi têm características que os particularizam em relação aos demais CAPS. As principais são: a clientela que tomam em cuidado, crianças e adolescentes com problemas mentais graves, o que, dentre outros aspectos, implica a inclusão regular da família no processo do cuidado; a injunção intersetorial na elaboração dos projetos terapêuticos e na construção das redes de suporte; e o fato de inaugurarem uma história na qual o antecedente manicomial tradicional (a segregação hospitalar) não constituía o foco principal de superação, como ocorreu para a população adulta.

Além disso, o pouco conhecimento epidemiológico produzido no contexto brasileiro sobre transtornos mentais da infância e adolescência, e sobre os agravos

advindos deles (PAULA, MIRANDA & BORDIN, 2010), bem como a especificidade da assistência a crianças e adolescentes - que historicamente ocorreu fora do sistema formal de saúde mental, através de instituições filantrópicas, educacionais ou de assistência social (RIZZINI, 2004; COUTO, 2004) – agregam aos CAPSi desafios peculiares em relação aos demais CAPS na tarefa de transformar o modo de cuidar em saúde mental.

Aos CAPSi cabe, ainda, a responsabilidade de contribuir para que seja colocado em novos termos o debate sobre prevenção em saúde mental, tema frequente quando as ações públicas se voltam para a população infantil e juvenil. No caso brasileiro, o tema da prevenção é especialmente controverso por conta tanto da herança institucionalizante, deixada pelo higienismo do começo do século XX em relação às crianças; quanto pelo movimento preventivista da psiquiatria, ocorrido em meados do século passado que, com afã adaptacionista e intervenções higienistas, foi responsável por grande parte da exclusão asilar a que foram submetidos milhares de pacientes mentais (BIRMAN & COSTA, 1994). Essa herança histórica exige o exercício de reescrita das fundações conceituais da ideia de prevenção para que possa operar em acordo com o mandato psicossocial, pautado no direito de existência da diferença e não na normalização das condutas humanas.

No campo da atenção psicossocial, o CAPSi pode ser considerado um dispositivo inovador pelo mandato público que o instituiu, pelo que visa a superar, pelo que convoca de mudança na forma de operar o cuidado com crianças e adolescentes com problemas mentais, pela necessidade de desenvolver articulações permanentes com setores públicos de assistência à infância e adolescência, pela contribuição que pode oferecer à ampliação do conhecimento clínico e epidemiológico, e pela transformação que pode engendrar em concepções arraigadas socialmente acerca de quem são crianças e adolescentes.

Inovações em serviços de saúde vêm despertando o interesse de diferentes pesquisadores por serem consideradas cruciais no avanço de sistemas de saúde baseados no princípio da universalidade, como é o caso da saúde mental no SUS. Para Greenhalgh et al (2004), inovações na oferta e na organização de serviços estão

relacionadas ao estabelecimento de novos comportamentos frente a determinadas questões ou problemáticas, a novos modos de operar o cuidado e organizar o trabalho, que afetam diretamente a melhoria dos resultados em saúde e a experiência dos usuários. Inovações estão, portanto, intimamente relacionadas à construção de novas atitudes diante de certos problemas, atitudes que dizem respeito ao modo como o cuidado clínico é exercido, mas também às mudanças de ordem política, social, cultural e epistemológica que invariavelmente são produzidas quando projetos inovadores se mostram efetivos.

Ações inovadoras requerem processos avaliativos constantes e também ações consistentes de difusão e disseminação. Ainda segundo Greenhalgh et al (2004), o processo de difusão de inovações em saúde deve ser distinguido do de disseminação. Enquanto este último diz respeito aos esforços planejados e orientados para que certos grupos, por exemplo, os trabalhadores da saúde, adotem uma inovação, a difusão se relaciona à expansão passiva da proposta. A literatura científica pode ser tomada como instrumento de difusão porque, se não cabe a ela a ação de induzir, convencer ou preparar para o pleno exercício da inovação, cabe reconhecê-la como um dos agentes implicados no avanço ou no recuo de uma proposta inovadora. Nesse sentido, sua função para as políticas públicas não é acessória ou inócua, já que produz efeitos de validação no meio científico, nos operadores da inovação e na própria sociedade.

Com esta perspectiva, será feita neste capítulo uma revisão da literatura científica veiculada em periódicos nacionais sobre o tema CAPSi no período de 2002 a 2010 - recorte temporal que será justificado adiante. O interesse é entender como o CAPSi foi apropriado, tematizado e debatido pelos pesquisadores nacionais no período delimitado, considerando que a produção científica não apenas representa a atualidade da reflexão acadêmica sobre este dispositivo, mas constitui fator de significativa influência na difusão, no desenvolvimento e na própria consolidação das ações inovadoras no campo da saúde pública, como é o caso do CAPSi na saúde mental de crianças e adolescentes.

O principal objetivo é obter uma visão abrangente e aprofundada do conhecimento produzido, com vistas a construir uma síntese descritiva e analítica do CAPSi e de sua relevância na ampliação do acesso, na qualificação da assistência, na construção da rede ampliada de atenção em SMCA nas localidades onde exerce seu mandato e no aprofundamento de temas nodais da atenção psicossocial para infância e adolescência.

A revisão utilizará a estratégia do mapeamento meta-narrativo, conforme proposto recentemente por Greenhalgh e sua equipe (2004, 2005), como metodologia para síntese de temas novos, complexos e do interesse de diferentes áreas do conhecimento. A revisão meta-narrativa é baseada na sistematização de critérios para inclusão dos estudos a serem analisados, mas preserva no processo de análise e de síntese o caráter multifacetado e complexo dos temas que investiga.

Em função do caráter recente e também inovador da técnica de revisão meta-narrativa, será apresentado, antes da revisão propriamente dita do CAPSi, o contexto que a engendrou e seus principais fundamentos.

2.2 - Revisão Meta-Narrativa: seus determinantes e fundamentos

Tem sido consenso na literatura sobre estudos de revisão, especialmente na área da saúde, que a metodologia da revisão narrativa é mais apropriada para *descrever e discutir o desenvolvimento ou 'estado da arte' de um determinado assunto* (ROTHER, 2007, p.v), assim como para descrever a história e desenvolvimento de um problema, discutir um tema do ponto de vista teórico ou contextual, estabelecer analogias ou integrar áreas de pesquisas independentes, visando estabelecer um enfoque multidisciplinar.

Capaz de responder a questões amplas e produzir sínteses qualitativas sobre determinados temas, a revisão narrativa tem sido, entretanto, frequentemente contraposta à técnica da revisão sistemática, que se destacou na área da saúde desde

o final da década de 80 do século passado, *como um tipo de estudo que facilita a elaboração de diretrizes clínicas e é de extrema utilidade para os tomadores de decisão* (POCINHO, 2008, p.07), por se basear em *métodos explícitos e rigorosos para identificar textos, fazer apreciação crítica e sintetizar estudos relevantes* na qualificação das ações médicas (LOPES & FRACOLLI, 2008, p.772). A técnica sistemática é considerada capaz de produzir avaliações criteriosas e reprodutíveis, a partir da análise de estudos selecionados, com aplicação de critérios uniformes e localizados por estratégias explícitas de busca. Ela se oporia, dessa forma, à revisão narrativa, que careceria de transparência nas estratégias de busca e na seleção do material a ser avaliado, comprometendo os resultados produzidos.

A revisão sistemática adquiriu lugar de destaque na literatura médica nas últimas décadas do século XX, em função, dentre outros fatores, da expressiva e sempre crescente quantidade de novas intervenções, tecnologias, fármacos e outros temas que incidiam diretamente na prática médica. Não apenas a quantidade, mas também a heterogeneidade dos achados sobre uma mesma questão acabou por produzir a necessidade de uma metodologia com capacidade de reunir, organizar e avaliar criticamente os inúmeros estudos e informações que eram disponibilizados aos profissionais de saúde, de tal forma que pudessem ser transformados em conhecimento consubstanciado e subsidiassem a tomada de decisão sobre a melhor conduta médica a ser seguida em certas situações clínicas (CHALMERS, 1989).

Elevada à categoria de ‘padrão-ouro’ para embasar os procedimentos da grande maioria das especialidades médicas - principalmente quando acompanhada de métodos estatísticos na síntese dos resultados de estudos independentes, a metanálise -, a revisão sistemática com metanálise acabou por se estabelecer como a técnica mais apropriada para revisão de estudos relacionados à área médica¹⁰.

¹⁰ O desenvolvimento e a difusão deste método foram, e são em grande medida, resultados dos esforços desenvolvidos, desde 1992, pela Fundação Cochrane, com sede no Reino Unido, disseminada internacionalmente e que no Brasil tem sede na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Para melhor conhecimento sobre a Fundação Cochrane e os estudos de revisão com metanálise, ver: www.chocrane.org

A importância da técnica de revisão sistemática para esta área acabou por influenciar outras áreas do campo das ciências da saúde. Entretanto, é preciso considerar que este último é composto por diferentes disciplinas, corpos de conhecimento diversos, práticas e modalidades de intervenção que visam a distintos objetivos e que não necessariamente encontram na revisão sistemática com metanálise o melhor subsídio para os esclarecimentos que necessitam. As revisões sistemáticas tradicionais tendem, por exemplo, a não incluir em suas amostras estudos que utilizam métodos interpretativos, observacionais ou descritivos, ou mesmo estudos que têm como base métodos qualitativos, característicos de grande parte da produção em saúde pública e em saúde coletiva. Ademais, como afirmou Pawson et al (2005): *nos serviços de saúde, e em outros serviços públicos, estamos lidando com intervenções sociais complexas que agem em sistemas sociais complexos [...], cujos efeitos são fortemente dependentes do contexto e da implementação [dos programas]* (p. 21). Nesses casos, o resumo de um conjunto de estudos primários com tratamento estatístico - configuração típica de uma revisão sistemática com metanálise -, pode ser uma abordagem comparada empobrecida ou mesmo inadequada para dar conta de como, por que e em qual direção seguir para o melhor cuidado das populações.

A contraposição da técnica narrativa com a sistemática adquiriu, e adquire muitas vezes, matizes de atribuição de valor, onde a revisão narrativa é considerada 'menos científica' do que a revisão sistemática porque os critérios de busca, inclusão e exclusão de artigos, de seleção e avaliação do material estudado são considerados pouco rigorosos e incapazes de permitir a reprodução e generalização dos resultados, ficando sujeita a vieses que a fragilizariam como produtora de conhecimento relevante e consistente.

Por outro lado, a maciça utilização de revisões sistemáticas para subsidiar decisões clínicas ou de políticas de saúde vem sendo questionada por diferentes autores, através da alegação de que as mesmas não são capazes de responder às complexas questões que atravessam o cotidiano dos tomadores de decisão em saúde (LOPES & FRACOLLI, 2008). O rígido protocolo das revisões sistemáticas, onde apenas estudos primários são objetos de análise – preferencialmente ensaios clínicos

controlados -, e onde a metanálise é o produto final mais esperado, dificulta a análise de um grande número de questões clínicas relevantes e impede que desafios próprios ao campo da saúde pública, como por exemplo, condições para o acesso universal ao sistema de saúde ou a escolha de um programa a ser investido possam ser tema de investigação.

As querelas sobre o caráter mais ou menos rigoroso das metodologias de revisão da literatura científica alinham-se ao debate, ainda atual, sobre a real contribuição para o conhecimento em saúde das pesquisas que utilizam métodos qualitativos e das que se baseiam em métodos quantitativos. Um resumo preliminar sobre os pontos-chave desse debate indica que a principal questão em pauta é a sistematização na produção do conhecimento – que tende a colocar na via meramente exploratória e interpretativa o método qualitativo e na via da ‘confiabilidade científica’ o quantitativo.

Muitos autores, no entanto, têm defendido a tese de que tanto uma modalidade quanto outra têm valor para produção de conhecimento em saúde, na dependência de serem adequadamente aplicadas ao tipo de perguntas e questões que estão em jogo na investigação (CRESWELL, 2010; GREENHALGH, 2008; LOPES e FRACOLLI, 2008).

Mais recentemente, a necessidade de qualificar as ações no campo da saúde e no de outras políticas públicas tem aprofundado a discussão sobre o melhor desenho de estudos para esclarecer os diferentes e complexos problemas que atravessam esses campos. A premissa é a de que eles são baseados na pluralidade e multidisciplinaridade, e devem prezar pela co-existência dos diferentes saberes e práticas que os constituem, reconhecendo o igual valor de contribuição de cada um.

Atentos a esse contexto e à necessidade de contribuir com o debate, Trisha Greenhalgh e sua equipe desenvolveram, a partir de 2004, novas abordagens para estudos de revisão, que respondem ao rigor necessário à produção científica e podem ao mesmo tempo ser úteis ao campo das políticas de atenção à saúde.

Nas palavras da autora:

[...] mais do que identificar, contar, ordenar, e avaliar estudos primários (prática padrão na maioria das revisões sistemáticas Cochrane), queria coletar e comparar histórias de sucesso e de fracasso na difusão, através da pesquisa nos muitos e independentes campos de investigação julgados relevantes para nossa questão política (GREENHALGH, 2004, p.359, tradução livre)¹¹.

A nova técnica de revisão foi nomeada de 'revisão meta-narrativa' (GREENHALGH, 2004; PAWSON et al, 2005), tendo como marca diferencial em relação à revisão narrativa tradicional, o fato de ser dotada de sistematização, e em relação à revisão sistemática, o fato de agregar diferentes modalidades de estudos e não recorrer à redução a uma unidade de análise. A estratégia meta-narrativa resultou da necessidade de sistematizar a literatura científica relacionada ao tema da difusão de inovações no cuidado em saúde, que era abordada por diferentes campos do conhecimento através de aportes epistemológicos e metodológicos distintos.

A exigência de uma abordagem meta-narrativa

Como relata Greenhalgh (2004), em 2002, o Departamento de Saúde do Reino Unido, em resposta à proposta do National Health System (NHS) para modernização do sistema de saúde, propôs a realização de estudos de revisão sistemática que pudessem esclarecer os desafios implicados na difusão, disseminação e sustentabilidade de inovações na oferta e na organização dos serviços de saúde. O projeto visava fundamentalmente subsidiar e instrumentalizar a modernização da agenda da saúde, cuja questão, naquele momento, poderia ser resumida da seguinte forma: se um hospital 'x' tem uma boa forma de fazer 'y', como transferir esta ideia para o hospital 'z', considerando que este está inserido em um contexto diferente, tem

¹¹ No original: [...] *rather than identifying, counting, indexing, and evaluating primary research studies (as is standard practice for most Cochrane systematic reviews), I wanted to collect and compare the separate stories of the rise and fall of diffusion research within the many separate fields of enquiry that we judged relevant to our policy question* (GREENHALGH, 2004, p.359).

uma história diferente e dispõe de recursos igualmente diferentes? Como disseminar, difundir e sustentar boas ideias e práticas no cuidado em saúde de tal forma que agreguem valor aos usuários do sistema?

O problema foi tomado pela equipe da University College London¹², tendo à frente Trisha Greenhalgh, como uma questão instigante e como rara oportunidade para a elaboração de uma metodologia capaz de sintetizar evidências de temas complexos.

O primeiro grande impasse na realização da tarefa, conforme descrito pelos pesquisadores, foi a dificuldade de encontrar definições para os próprios termos do projeto, que pudessem subsidiar critérios de inclusão e de exclusão de artigos a serem revisados. Como definir inovação, disseminação e sustentabilidade das práticas em saúde? Esta pergunta, exigência primeira de uma revisão com rigor metodológico, fez com que, por longo tempo, o esforço dos pesquisadores se voltasse para estabelecer definições, separar e ordenar os campos de estudo dos inúmeros artigos encontrados, qualificar as metodologias utilizadas e organizar o material.

O cumprimento das exigências colocou os revisores diante de um segundo e grande impasse, esclarecido durante reunião para apresentação do material selecionado à equipe de gestores que demandou a revisão. Depois da exposição dos passos realizados, da proposta para definição dos termos, dos muitos números e tabelas gerados com finalidade apenas organizativa, a equipe responsável pela revisão foi surpreendida com o interesse do público presente por outra ordem de informação. Interessava aos gestores uma orientação preliminar, de caráter mais pragmático e descritivo, que indicasse uma via possível de saída para os problemas que suscitaram a necessidade da revisão, qual seja, como fariam para disseminar, difundir e sustentar boas práticas em saúde. O problema, e interesse maior, dos gestores era o de saber o que as pesquisas encontradas indicavam de plausível que pudesse ajudá-los a difundir inovações em saúde e modernizar o sistema.

¹² University College London/ Department of Primary Care and Population Science, onde estão baseados Trisha Greenhalgh e sua equipe de pesquisadores.

A surpresa diante do interesse pragmático dos gestores foi acolhida, apropriada e transformada pelos revisores como novo entendimento acerca de questões centrais na relação entre produção científica e políticas públicas. Ficaram claras para eles, a partir daí, as muitas tensões e controvérsias entre as finalidades acadêmicas – sempre rigorosas, mas muitas vezes puristas -, e as necessidades da gestão – pragmáticas, mas frequentemente dependentes de rigor, melhor avaliação e fundamentação. Mais do que isso, ficou esclarecida a necessidade de tecnologias de revisão que fossem capazes a um só tempo de manter o rigor – primeiro fundamento da produção de conhecimento qualificado – e não reduzir os problemas reais, suas contradições e múltiplas descrições a definições simples, números e tabelas. *Alcançar rigor na síntese de evidências para subsidiar atividades políticas é um dos principais desafios da pesquisa secundária* (GREENHALGH, 2004, p. 351, tradução livre)¹³, concluiu a equipe de revisores londrinos.

Estudos de revisão de temas ligados às políticas públicas exigem o manuseio de textos baseados em diferentes tradições teóricas e metodológicas, e frequentemente disponibilizados em fontes externas às tradicionais publicações indexadas.

O exercício da política, da gestão, da clínica e das ações de formação em saúde envolve a aproximação com múltiplas disciplinas e não se adequa a um desenho único de pesquisa para responder aos inúmeros problemas com que têm de lidar. Essas características fizeram Greenhalgh (2004) afirmar:

[...] cheguei à conclusão de que, nas situações onde o escopo do projeto é amplo e a literatura diversa, onde diferentes grupos de cientistas fazem diferentes perguntas e usam diferentes desenhos de pesquisas, onde diferentes grupos de clínicos e de gestores se debruçam sobre a literatura científica de diferentes formas, onde a qualidade dos artigos tem diferentes características definidoras, baseadas em diferentes tradições [...] o mapeamento meta-narrativo tem uma força particular como método de síntese. (p. 374, tradução livre. Grifo meu)¹⁴.

¹³ No original: *Achieving rigour in the synthesis of evidence for policy making is one of the key challenges of secondary research* (GREENHALGH, 2004, p. 351).

¹⁴ No original: *[...] I have reached the conclusion that in situations where the scope of the Project is large and the literature diverse; where different groups of scientists in this overall research area have asked different questions and use different research designs; where different groups of practitioners and policy-*

O reconhecimento da complexidade das ações em saúde pública, sua diversidade, as diferentes modalidades de investigação que suscitam, assim como a necessidade de rigor ao avaliá-las, engendraram a técnica de revisão meta-narrativa, que contém características de sistematização, mas mantém a vivacidade narrativa própria às experiências desenvolvidas sob o marco da saúde pública.

A expectativa de Greenhalgh (2004) e de sua equipe têm sido a de que a estratégia da revisão meta-narrativa seja testada por outras equipes sensíveis à hipótese de que histórias podem adicionar valor às pesquisas secundárias, e que considerem que revisões com métodos explícitos, rigorosos e sistemáticos podem expor tensões, prezar pela diversidade e não escamotear a complexidade implicada na ação pública, contribuindo para um entendimento mais amplo dos problemas.

Passos para uma Revisão Meta-Narrativa

Desenhada como técnica *para explorar uma vasta e heterogênea literatura* (GREENHALGH et al, 2004, p. 583), a revisão meta-narrativa está estruturada em etapas sequenciadas que envolvem desde a seleção dos artigos, o traçado dos conceitos, teorias e métodos principais, até a análise dos modelos teóricos ou conceituais existentes.

Para o desenvolvimento desta modalidade de revisão foram propostas seis (6) fases (idem, ibidem):

- 1) Fase do planejamento: para montagem da equipe de revisão, formulação da questão de pesquisa e dos critérios de inclusão e exclusão do material, e demais procedimentos organizativos relevantes;

makers have drawn on the research literature in different ways; where 'quality' papers have different defining features in different research traditions [...] meta-narrative mapping has particular strengths as a synthesis method (GREENHALGH, 2004, p.374).

- 2) Fase de busca: onde é ressaltada a importância de ser realizado um amplo, informal e mesmo intuitivo percurso de busca por artigos com a finalidade de recolher o maior número possível de referências, de diferentes perspectivas e abordagens relacionadas ao tema de investigação. A sugestão é de que a busca seja feita através de bases de dados, mas também por meio de buscas manuais ou pelo rastreamento das referências citadas nos artigos encontrados¹⁵. Ainda nessa fase, é estimulada a consulta a especialistas, sempre que as estratégias anteriores se mostrarem pouco efetivas para alcançar o maior número possível de material. Ou seja, há estímulo para que nesta fase sejam exploradas todas as fontes potencialmente importantes para que o universo de publicações seja de fato representativo da questão que se quer investigar (GREENHALGH, 2008).

- 3) Fase de Mapeamento: período de identificação dos principais conceitos, teorias, métodos, atores e eventos relacionados à temática. Estão incluídos nessa fase: o mapeamento dos principais achados, das diferentes formas de pesquisas desenvolvidas, e demais categorizações que auxiliem a compreensão do estado da arte do problema.

- 4) Fase de Análise: esta fase visa à avaliação da validade e relevância dos estudos em relação à questão sob revisão; visa igualmente ao registro dos principais resultados dos estudos e ao agrupamento daqueles que são comparáveis entre si.

- 5) Fase de Síntese: onde a principal finalidade é identificar as dimensões centrais do problema, dando tratamento aos achados conflitivos e aos concordantes.

¹⁵ A estratégia de rastreamento das referências de referências é nomeada como “snowballing”, e traduzida por bola de neve (GREENHALGH et al, 2004, p. 584).

- 6) Fase das Recomendações: momento de apresentar e discutir recomendações que possam ter valor para a clínica, a política e para as pesquisas futuras no que diz respeito à questão revisada.

A revisão sobre o CAPSi desenvolvida no presente capítulo seguiu as indicações para o desenvolvimento de revisões meta-narrativas, por avaliarmos que vai ao encontro tanto da necessidade de rigor na investigação, quanto da inclusão de publicações das mais variadas categorias e modalidades, recolhidas de diversas fontes e bases de informação, e baseadas em diferentes aportes teóricos, metodológicos e clínicos. E, mais ainda, por ser o CAPSi uma temática integralmente ligada ao campo da política pública brasileira de saúde mental, campo este que não comporta reducionismos epistemológicos, metodológicos ou explicações únicas para seus complexos problemas.

2.3 - Revisão Meta-Narrativa dos artigos científicos publicados sobre CAPSi no período de 2002 a 2010

A saúde mental brasileira vem sendo atravessada nas últimas décadas por intensos debates acerca da eficiência do novo modelo de atenção, cuja base de sustentação foi transferida do hospital para a comunidade (TENÓRIO, 2002; DELGADO, 2001), tendo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sua principal estratégia de reorientação. O debate sobre a pertinência dessa estratégia de cuidado e sobre a centralidade comunitária do novo modelo é aguçado quando entram no rol dos argumentos – tanto dos defensores quanto dos opositores da mudança - os resultados das pesquisas desenvolvidas na área. Nessa arena de conflitos, o campo da produção científica tem desempenhado papel de destaque por sua importância na avaliação e análise das ações de assistência à população.

Diferentemente da atenção psicossocial para adultos, a atual proposta da rede de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes não é produto direto do conflito entre o modelo comunitário e o hospitalar, já que elas não constituíam a população majoritária dos manicômios (COUTO, 2004), mas é um dos efeitos gerados pela centralidade comunitária da atenção, conforme estabelecida na política oficial desde a promulgação da Lei 10.216 (BRASIL, 2001). Ao tomar a comunidade, ou o território (DELGADO, 1999), como *locus* de responsabilidade, a saúde mental pública vem se deparando com a necessidade de responder às demandas da população que requer cuidado; dentre elas, a de crianças e adolescentes, cujos problemas até então haviam ficado invisíveis e intocados pelo sistema formal de saúde mental.

Os CAPSi se inscrevem como a primeira resposta do sistema público de saúde mental para os problemas de SMCA, configurando-se como uma ação inovadora, principalmente pelo duplo mandato que são convocados a exercer nos seus territórios, o terapêutico e o de gestor da demanda.

Considerando a importância da produção científica na difusão de ações inovadoras, os efeitos de validação que produz e a transmissão que é capaz de realizar sobre fundamentos de inovações, foi feita uma revisão da literatura científica sobre o tema do CAPSi, a partir de artigos publicados em periódicos nacionais no período de 2002 a 2010.

A delimitação temporal do estudo, com início no ano de 2002, foi determinada pelo fato de o CAPSi ter sido instituído no SUS pela Portaria 336/02, de fevereiro de 2002 (MS, 2002a). Apenas a partir desta data é possível afirmar a existência do CAPSi como dispositivo oficial e estratégico da política pública de saúde mental, com orientações técnicas para seu funcionamento (MS, 2002a) e com disponibilização de recursos financeiros específicos para sua implantação e custeio (MS, 2002b).

O principal objetivo da revisão foi aprofundar o conhecimento sobre o CAPSi a partir do que vem sendo produzido na literatura científica nacional, além de visar levantar, identificar, mapear, categorizar, descrever, analisar e sintetizar as tendências

dos estudos publicados sobre o tema, cotejando-os com as diretrizes e princípios que compõem o escopo da política de SMCA, que tem no CAPSi um dispositivo estratégico.

A pergunta central desta revisão foi: qual o lugar, função e relevância do CAPSi na construção da rede pública ampliada de cuidados para SMCA, tendo como base a produção científica nacional publicada em periódicos no período de 2002 a 2010? Ainda: como o tema CAPSi é tratado e discutido na literatura científica brasileira? Quais os tipos de estudo produzidos? Quais os principais resultados encontrados? Como os achados dos estudos dialogam com os princípios e diretrizes da política de SMCA? Quais as principais informações epidemiológicas, clínicas e de organização de serviços já produzidas? Quais os principais desafios apontados?

As discussões levantadas pela recente produção científica, e apreendidas por esta revisão meta-narrativa sobre o tema CAPSi, permitiram eleger elementos para uma nova leitura e compreensão acerca da política pública de SMCA e da função dos CAPSi no processo de sua consolidação.

Procedimentos Metodológicos da Revisão Meta-Narrativa sobre CAPSi

Considerando que as principais questões para revisão foram delineadas anteriormente, quais sejam, a função e lugar dos CAPSi na formação da rede de cuidados e como os mesmos são apropriados e tematizados na literatura científica brasileira no período de 2002 a 2010, iniciaremos a revisão pela fase de busca do material.

A descrição minuciosa das etapas percorridas na revisão tem o duplo objetivo de apresentar o método meta-narrativo, por sua importância em estudos aplicados à saúde pública, e de dar conhecimento das limitações e peculiaridades da produção científica brasileira em relação ao tema CAPSi.

A) Busca do material:

O primeiro procedimento foi a pesquisa bibliográfica eletrônica, utilizando como fontes de busca as bases de dados que fazem parte da **Biblioteca Virtual em Saúde** – (Bireme - <http://www.bireme.br>), com destaque para a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e a Scielo (Scientific Electronic Library Online), que registram grande parte da produção brasileira.

Este primeiro procedimento ficou restrito às bases de dados eletrônicas com a finalidade de verificar o número de produções que tal fonte seria capaz de gerar em relação ao tema. Esta estratégia está em conformidade com a sugestão de Greenhalgh (2008) para que sejam exploradas bases formais de dados antes de qualquer ampliação das fontes de busca.

A pesquisa na base BIREME foi realizada entre os dias 11 e 15 de julho de 2011 com a opção de método ‘integrado, em todos os índices e fontes’, foi feita com a utilização das seguintes palavras-chave: “CAPSi”; “Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil”; “CAPS infantil”; “Centro de Atenção Psicossocial Infantil”; “Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes” e “Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência”. Com esses termos foram encontrados **89 registros**.

Como **critérios de inclusão** estabeleceu-se que os artigos deveriam dizer respeito a: a) estudos relativos à experiência brasileira do CAPSi; b) estudos desenvolvidos com base em clientela de CAPSi; b) publicações referentes ao período de 2002 a 2010.

Os **critérios de exclusão** foram: a) estudos baseados em experiências estrangeiras; b) estudos relacionados a outras temáticas; c) produções anteriores ao ano de 2002, e posteriores a 2010; d) teses ou dissertações¹⁶.

Com a aplicação desses critérios, **chegou-se ao total de 16 registros** válidos na base de dados BVS/BIREME. Foram excluídos: a) 47 produções em língua inglesa e 9 em espanhola por não dizerem respeito à CAPSi; b) 7 estudos relacionados a outros

¹⁶ A razão para exclusão de teses e dissertações será explicitada adiante.

temas (biossegurança, higiene bucal; atividade física etc); c) 7 artigos repetidos; d) 3 teses/dissertações.

O número reduzido de registros válidos - apenas 16 no período de 8 anos -, encontrados através da aplicação dos parâmetros tradicionais de busca utilizados em estudos de revisão bibliográfica (base eletrônica de dados), indicou a necessidade de serem exploradas outras fontes de informação potencialmente importantes, de tal forma que fosse possível estabelecer o conjunto mais abrangente possível de publicações, representativo do estado da arte da temática CAPSi no debate científico nacional.

Ampliando as fontes de busca

Duas estratégias foram inicialmente desenvolvidas com este fim: a) pesquisa no Google Acadêmico, por se tratar de ferramenta de acesso abrangente às diferentes formas de literatura acadêmica; b) consulta a alguns especialistas na área da saúde mental infantil e juvenil brasileira. Autores como Greenhalgh (2008) e Creswell (2010) defendem a utilização de estratégias diferenciadas de busca, como as duas citadas, para localizar artigos não encontrados em base eletrônica de dados, principalmente quando a revisão aborda temática recente no campo científico.

Na pesquisa ao **Google Acadêmico**, realizada no período 11 a 15 de julho de 2011, foram utilizadas as mesmas palavras chave da busca nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), sendo que, para o refinamento da busca, a grafia das palavras foi precedida e sucedida de aspas e o período estabelecido em 'desde 2002', com opção de 'pelo menos um resumo', conforme recursos disponíveis na página eletrônica da fonte pesquisada. Nesta busca foram encontrados **387 registros**.

Os critérios de inclusão e de exclusão foram os mesmos já citados anteriormente. Todos os resumos dos 387 registros foram lidos e sobre eles aplicados os critérios de inclusão e exclusão. **O resultado final de artigos válidos na fonte Google acadêmico foi de 47**. Foram excluídos: 92 registros em duplicidade; 11 fora do

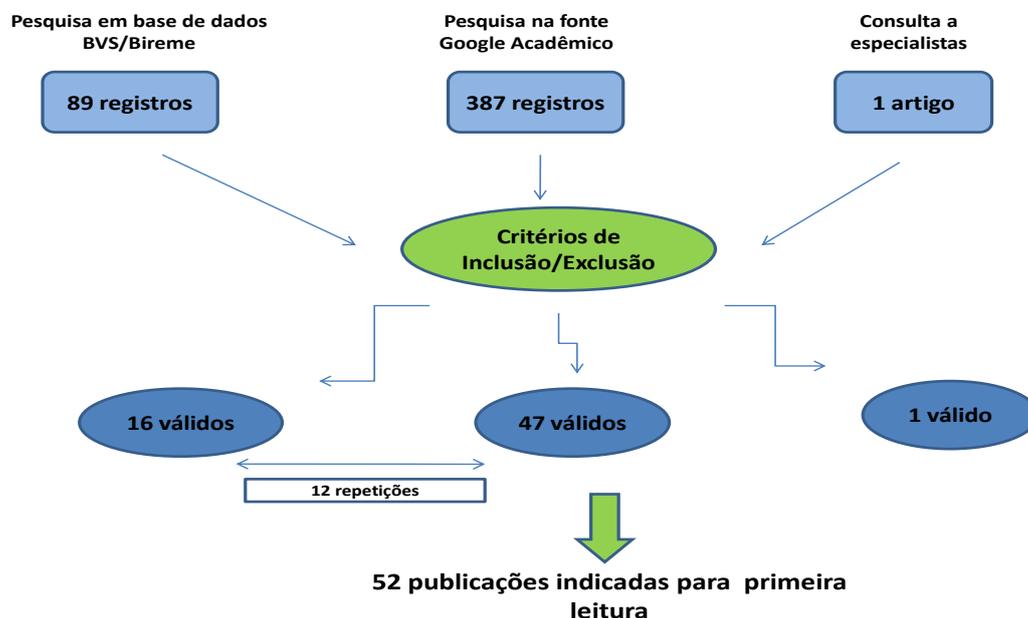
período de eleição para o estudo; 56 Teses/Dissertações; 4 referências a livros ou capítulos de livro; 177 registros relacionados a outros temas (aqui incluídos também os artigos em língua estrangeira). Além disso, dos 47 registros válidos nesta fonte, 12 já estavam presentes na base de dados BVS/BIREME e foram considerados como repetições.

Em função do número de publicações encontradas na base de dados eletrônica e na fonte Google Acadêmico, uma outra etapa de busca foi efetuada: consulta a alguns especialistas brasileiros na área da saúde mental de crianças e adolescentes, conforme recomendação para a revisão de temas cuja produção é considerada incipiente (GREENHALGH, 2008). Esta consulta consistiu na elaboração de correspondência, enviada por meio eletrônico a cinquenta profissionais das cinco regiões do país, em exercício como pesquisadores, trabalhadores ou como gestores da saúde mental pública, com solicitação de envio de artigos publicados em revistas científicas sobre o tema CAPSi no período delimitado. Apenas um artigo obtido através desta consulta não constava das listagens anteriores já produzidas, e foi incluído na revisão¹⁷.

A Figura 1 ilustra o caminho metodológico percorrido até o momento e indica o quantitativo de registro por fonte.

¹⁷ Trata-se do artigo, publicado em 2003, intitulado *“Necessidades de adolescentes com sofrimento psíquico”*, de autoria de Elizabete Ferreira Mângia, Cecília Neves Assumpção, Jacqueline Mendonça Quinta e Maria de Fátima Rufino, Revista de Terapia Ocupacional (USP), volume 14, número 3, páginas 123-132, cujos descritores foram registrados como ‘psiquiatria geriátrica e terapia pela arte’. Esta opção dos autores pelo registro de descritores tão específicos e estranhos à saúde mental infantil pode esclarecer a ausência da publicação na busca com o uso das palavras chave definidas para a presente revisão. Entretanto, a leitura na íntegra do artigo respaldou a sua inclusão na presente revisão, já que o mesmo é baseado na *experiência vivida pelas autoras no Centro de Atenção Psicossocial para adolescentes de Vila Prudente, situado na zona leste do município de São Paulo* (MÂNGIA et al, 2003, p. 125) e, portanto, respondia a um dos critérios de inclusão .

Figura 1: Resumo dos registros encontrados nas diferentes fontes de busca



Dos **477 registros encontrados na busca por diferentes fontes** (89 na BVS/BIREME; 387 no Google Acadêmico e 1 pela contribuição de especialista), **52 correspondiam aos critérios de inclusão**. Estes 52 artigos foram lidos na íntegra para confirmação de que tratavam da temática CAPSi, tinham referências completas de publicação que justificassem a inclusão na categoria ‘artigos publicados em periódicos’, e pudessem ser confirmados como objetos do estudo de revisão.

Nessa fase de leitura para ratificação de inclusão do material, foram **encontradas sete (7) publicações que necessitaram ser excluídas do estudo**:

a) **duas** porque as referências completas da publicação não foram localizadas: uma do ano de 2004, “Responsabilidade do sujeito e responsabilidade do cuidado no campo da saúde mental” e outra de 2008, “Qualidade de vida em cuidadores de crianças e adolescentes com autismo”;

b) **quatro** por não tratarem de estudos sobre CAPSi ou sobre clientela de CAPSi:

. uma de 2006, “Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes atendidos em serviço público de psicologia infantil”, em que o serviço estudado dizia respeito a um ambulatório;

. uma de 2007, “Conselho Tutelar e inclusão de adolescentes com problemas de adaptação social em Barra do Choça-BA”, referente ao acolhimento de crianças e adolescentes em um CAPS I, localizado em uma cidade com 32.487 habitantes, Barra do Choça-BA;

. uma de 2008, “Manicômios em circuito: o percurso dos jovens e a internação psiquiátrica”, que tinha por base um serviço-dia do sistema de internação psiquiátrica para jovens, localizado no interior de um hospital psiquiátrico;

. uma de 2009, “Educação Física em Centros de Atenção Psicossocial”, que teve como campo de investigação apenas os CAPS II;

c) **uma** de 2007, por não se tratar de publicação em periódico, mas sim de registro em evento técnico, no qual as referências completas não foram localizadas: “CAPSi Casa Harmonia: o desafio na construção de uma clínica de inclusão e a autonomia do sujeito”.

Desta forma, o total de publicações válidas para a revisão foi, então, reduzido a 45.

Rastreamento das referências registradas nos artigos

Em todos os 45 artigos foram verificadas as referências bibliográficas citadas, com a finalidade de localizar artigos não incluídos até o momento, em acordo com a estratégia ‘bola de neve’ sugerida por Greenhalgh et al (2004). Entretanto, não foram encontradas referências novas em relação ao conjunto de publicações já elencadas para análise.

Buscando outras modalidades de literatura científica

Tanto a proponente do método da revisão meta-narrativa, Trisha Greenhalgh, como outros autores voltados para qualificação de métodos de revisão de literatura (CRESWELL, 2010), são parcimoniosos no que tange à recomendação do uso de teses, dissertações, livros ou capítulos de livro como base para estudos de revisão.

Mesmo afirmando que por vezes é necessário recorrer a essa literatura, principalmente quando pouco material é encontrado por outras estratégias de busca, Greenhalgh a intitula de '*literatura cinzenta*' (2008, p.139) e Creswell adverte que as dissertações e teses devem *ser listadas em um nível menor de prioridade porque variam consideravelmente na qualidade e constituem o material de leitura mais difícil de localizar e reproduzir* (2010, p.61), devendo os pesquisadores envolvidos com temas de revisão ser seletivos na escolha daquelas a serem examinadas.

Provavelmente as restrições no aproveitamento desse material devem-se ao caráter mais autoral do mesmo, que o torna mais sujeito a vieses e pode comprometer a produção de conhecimento crítico.

Mesmo considerando tais advertências, para fins desta revisão foi feito um levantamento na **base CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), que dispõe de um banco de **teses/dissertações** defendidas junto a programas de pós-graduação do país, tendo sido aplicadas as mesmas palavras-chave das buscas em outras fontes e encontrados **23 registros** no período de 2002-2009. Importa ressaltar que a base CAPES só disponibilizava em julho de 2011, período do levantamento da presente revisão, informações até o ano de 2009. Das 23 teses/dissertações, grande parte havia produzido artigos já captados pelas buscas anteriores. Decidiu-se, portanto, não incluir este material na revisão. De qualquer modo, deve ser registrado o número relativamente pequeno de teses/dissertações sobre o tema, e o fato de que todas diziam respeito a dissertação de mestrado.

Em relação a **livros e capítulos de livros**, também considerados ‘literatura cinzenta’ por Greenhalgh (2008), além de indicados com cautela por Creswell (2010) e subtraídos da extensa maioria dos estudos de revisão em saúde (BENETTI et al, 2007; SAMPAIO & MANCINI, 2007; ESPÍNDOLA & BLAY, 2006), foi feita uma ampla exploração por diferentes fontes, sem sistematização de critérios, e encontrados apenas **sete (7) registros**: três (3) livros inteiramente dedicados ao tema CAPSi (um deles originado de dissertação de mestrado e os outros organizados por equipes de CAPSi); e quatro (4) livros com alguns capítulos relacionados à temática CAPSi¹⁸.

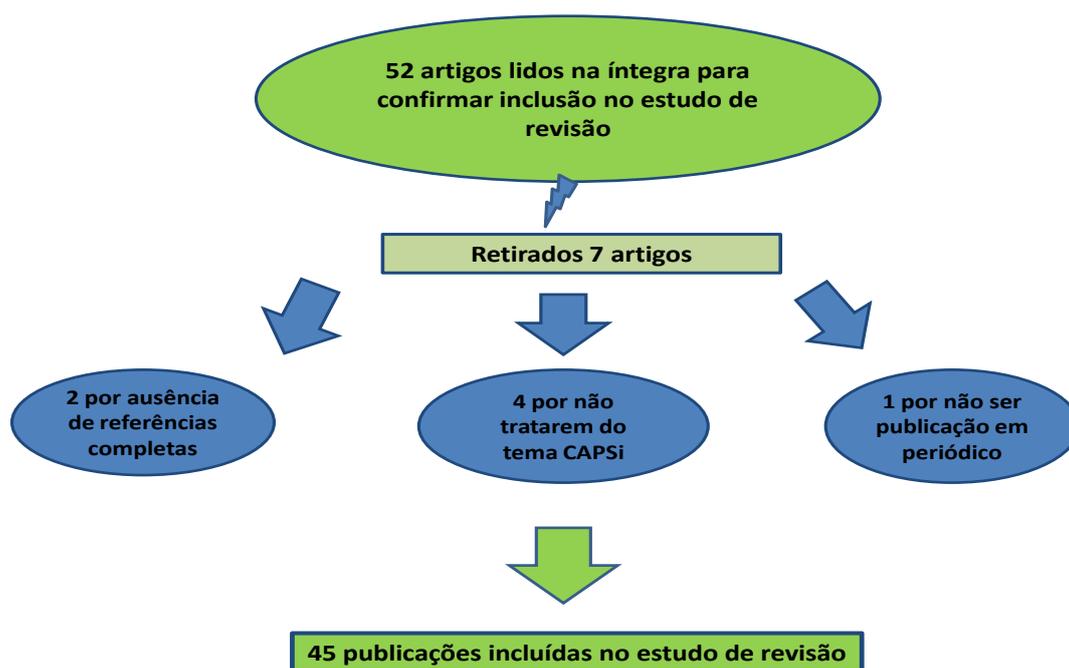
Em função do pequeno número e da dificuldade na sistematização da busca, foi decidida a não inclusão deste material na revisão do CAPSi. Por outro lado, esta opção foi reforçada pela evidência de que publicações em periódicos são as mais encontradas quando estudos de revisão têm foco na saúde mental da infância e adolescência, constituindo a principal forma de divulgação científica (BENETTI et al, 2007; RAMIRES et al, 2009; RIBEIRO et al, 2010).

A presente revisão sobre CAPSi foi, portanto, baseada exclusivamente em periódicos científicos nacionais, que constituem meios tradicionais de circulação de informação científica e forma corrente de consulta por diferentes profissionais e pesquisadores para atualização em suas áreas de conhecimento.

¹⁸ Os livros referidos acima foram: **LIVROS SOBRE CAPSi: 1)** CAPSi para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico (Rosemary Fiães Pinto); **2)** CAPSi: reconstruindo experiências no Centro de Atenção Psicossocial Infância Juvenil Dr. Martinelli Cavalca (Lucia Rosa; M. E. Costa; R. C. S. Bastos, org); **3)** Crianças e adolescentes vulneráveis. O atendimento interdisciplinar nos centros de atenção psicossocial (Maria Lucrecia Scherer Zavaschi, org). **LIVROS COM ALGUM CAPÍTULO SOBRE CAPSi: 1)** Atendimento de crianças com transtornos do desenvolvimento (Andrea M.C. Guerra); **2)** Psicanálise, Clínica e Instituição (Sonia Altóe; Marcia M. Lima, org); **3)** As interfaces da clínica com bebês (Oliveira e Barreto, org); **4)** Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS (Edith Lauridsen-Ribeiro e Oswaldo Tanaka, org).

A Figura 2 resume o total de artigos que serão analisados segundo a técnica meta-narrativa de revisão.

Figura 2: Artigos publicados em periódicos, válidos para integrar a revisão meta-narrativa sobre CAPSi



B) Mapeamento dos principais achados:

Nesta fase, como sugerido pelos proponentes da técnica meta-narrativa (GREENHALGH et al, 2004), foi feito o mapeamento dos tipos de pesquisa, dos principais resultados, e o mapeamento de outras categorias de análise consideradas pertinentes ao aprofundamento do tema CAPSi.

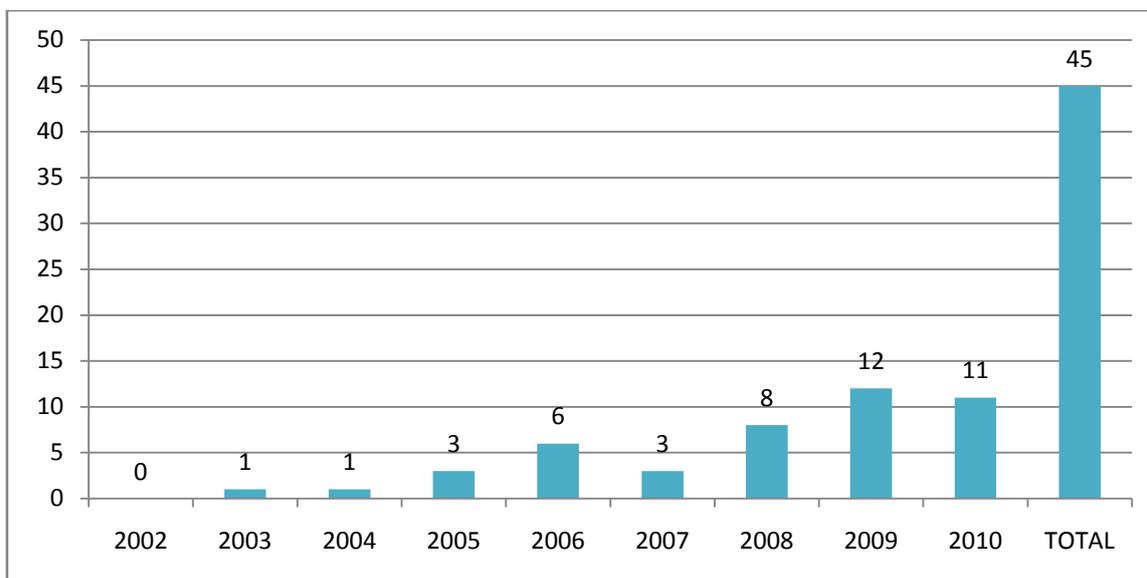
Para fins da apresentação, dividiremos o mapeamento em duas partes. A primeira, dirá respeito a uma análise bibliométrica do material, relacionada ao tipo, natureza, autores e principais questões investigadas nos artigos. A segunda, ao mapeamento narrativo dos artigos, com foco no funcionamento, papel estratégico dos CAPSi na rede de atenção em SMCA, e outros temas relacionados ao desenvolvimento do mandato deste dispositivo.

Sobre o tipo, natureza, principais autores e questões investigadas nos estudos sobre CAPSi

Para esta análise foram consolidadas informações sobre a distribuição dos estudos por ano de publicação; as áreas de conhecimento dos periódicos; classificação das revistas segundo critério Qualis¹⁹ por área de conhecimento; tipo de formação dos primeiros autores; regiões do país onde funcionavam os CAPSi estudados; tipos de estudos publicados e métodos utilizados.

Em relação à distribuição por ano de publicação, verificou-se que os artigos sobre CAPSi começaram a ser mais frequentes no ano de 2006, ou seja, quatro anos depois de instituídos pelo SUS através da Portaria 336/02. Apesar da curva de crescimento por ano de publicação ser irregular, como demonstrado no Gráfico 1, é possível afirmar uma tendência de aumento no número de artigos a partir do ano de 2008, sendo que o ano de 2009 foi responsável pela maior parte das produções, 26,7% (n=12), seguido de 2010 com 11 artigos (24,5%).

¹⁹ Conforme informado pelo Portal CAPES, acessado em agosto de 2011, o Qualis é o conjunto de procedimentos utilizados para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. O Qualis é aferido a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, dos periódicos científicos. A classificação de periódicos é realizada pelas áreas de avaliação e passa por processo anual de atualização. Esses veículos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade - A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C, com peso zero. O mesmo periódico, ao ser classificado em duas ou mais áreas distintas, pode receber diferentes avaliações. Isto expressa o valor atribuído, em cada área, à pertinência do conteúdo veiculado.

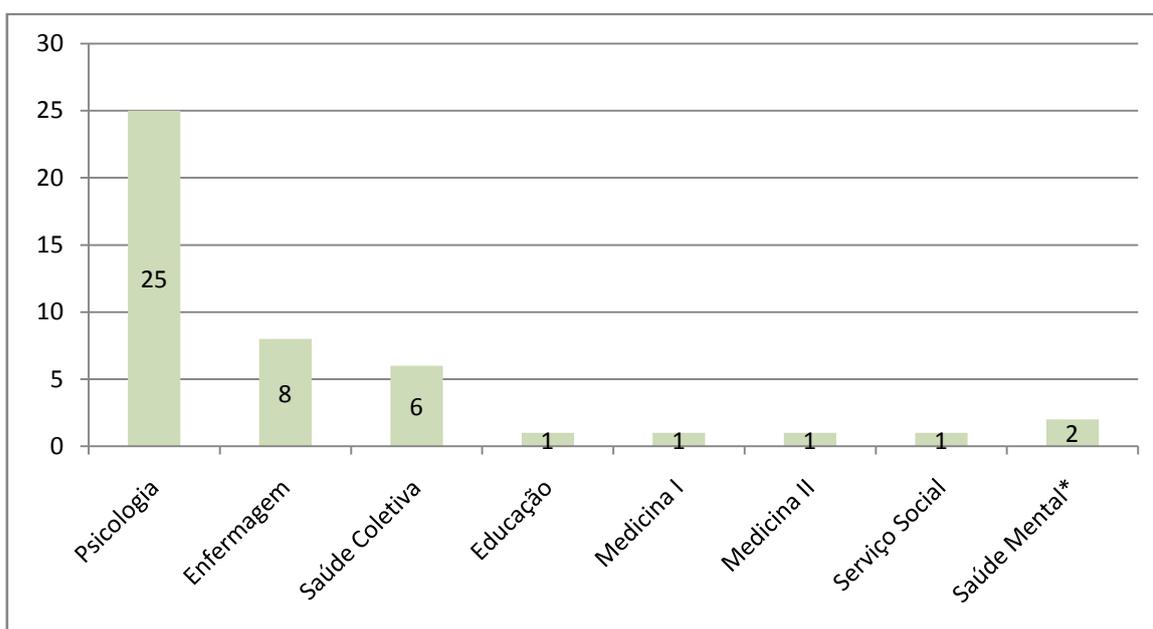
Gráfico 1: Estudos sobre CAPSi por ano de publicação

O Gráfico 1 permite inferir que foi necessário um certo acúmulo de experiência para que o CAPSi pudesse começar a ser objeto de investigação, dada a maior frequência das publicações em 2009, sete anos depois de ser normatizado tecnicamente e obter financiamento do SUS para sua implantação e custeio. Outro fator que pode ter contado de forma ainda mais decisiva diz respeito à política de fomento a pesquisa em saúde mental no Brasil. Apenas em 2008, a principal instituição de fomento, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), lançou edital específico, com temas de interesse direto para qualificação da rede pública sob o marco psicossocial²⁰. O incentivo e indução à produção científica pelos órgãos de fomento são fatores relevantes para o desenvolvimento de conhecimento sobre o tema em questão nesta revisão, e em relação a outros da atenção psicossocial, que requerem o estabelecimento de políticas de pesquisa indutoras, compatíveis com a inovação que eles representam.

²⁰ Trata-se de um Edital, inédito com esta temática, resultado de parceria do CNPQ com o Ministério da Saúde (Edital CNPQ-DECIT 33/2008).

A grande maioria dos artigos foi publicada em periódicos da área da Psicologia²¹, que correspondeu a 55% (n=25) do material revisado, seguida de periódicos da Enfermagem, 17,8% (n=8), da Saúde Coletiva, 13,4% (n=6) e de outras áreas, como demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 2: Distribuição dos artigos por área de conhecimento dos periódicos (N=45)



*Ver nota de rodapé ²²

²¹ O registro da área de conhecimento dos periódicos, e de seus estratos de qualidade (Qualis), foi baseado nas classificações utilizadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). **Para cada uma das revistas** foram realizados os seguintes procedimentos: a) acesso à página virtual correspondente; b) leitura sobre a missão da revista e objetivos; c) busca no 'Webqualis' (disponível no item de Avaliação do Portal CAPES) pela lista completa dos periódicos; d) seleção da área de conhecimento relativa à missão da revista; e) abertura da planilha em Excel com todas as revistas da área selecionada e seus Qualis correspondentes; f) localização da revista em questão e de seu estrato de qualidade (Qualis).

²² Para a Revista Clinicaps, disponível apenas no formato 'online', não foi possível encontrar área de conhecimento segundo as opções disponíveis no Portal CAPES. Para ela, onde foram publicados 2 artigos inseridos nesse estudo, atribuímos a classificação 'saúde mental'. A inclusão da categoria saúde mental deve-se ao fato da Revista Clinicaps ser apresentada em seu Portal como tendo a missão de "veicular as discussões sobre os impasses e avanços surgidos com a implantação de serviços substitutivos" de saúde mental. Para maiores esclarecimentos, ver: www.clinicaps.com.br

Apesar da hegemonia de revistas da Psicologia, não deve ser subestimada a presença de artigos sobre CAPSi em outras áreas do conhecimento como, por exemplo, da Educação e do Serviço Social, mesmo que ainda em número pouco expressivo. A presença pode indicar que o tema começa a despertar interesse de setores não tradicionalmente clínicos, mas capitais no cuidado de crianças e adolescentes e, principalmente, na estruturação da rede intersetorial de cuidados em SMCA, tema que será discutido em maior profundidade no Capítulo 3 desta tese. No que se refere à Medicina, nenhum artigo foi encontrado em revistas da área da Psiquiatria. As duas publicações classificadas como Medicina (segundo a CAPES, Medicina I e Medicina II), referem-se, respectivamente, a uma revista com foco em saúde do adolescente e outra de neurobiologia.

A maior frequência de revistas de Psicologia e a ausência das de Psiquiatria em estudos de CAPSi contrastam com revisões relacionados aos CAPS de adultos, cujos artigos são publicados prioritariamente em periódicos de Enfermagem, Saúde Pública e Psiquiatria, conforme resultado encontrado por Ballarin, Miranda e Fuentes (2010), em pesquisa recobrando o período de 1997 a 2008. Quando o foco da revisão é o tema geral da saúde mental da infância ou adolescência, e não apenas do CAPSi, os periódicos de Psicologia permanecem com maior concentração de artigos, mas as revistas de Psiquiatria se destacam a seguir (BENETTI et al, 2007; RAMIRES et al, 2009).

Na história da SMCA, ao lado da Psicologia e da Psicanálise – e sob forte influência delas – a Psiquiatria formou o tripé que possibilitou aproximar a clínica mental das crianças e adolescentes (BERCHERIE, 2001) e, portanto, esperar-se-ia dela interesse em integrar os processos de produção de conhecimento e avaliação da nova proposta pública representada pelo CAPSi, e de difundi-los em seus veículos.

Assim, a ausência de artigos sobre CAPSi em revistas de Psiquiatria foi destacada pelo fato de a Psiquiatria constituir importante tradição teórica e clínica no campo da saúde mental. Apesar de o material revisado não fornecer subsídios que permitam esclarecer as razões da ausência, consideramos que pode estar relacionada a pelo menos a três fatores: a) falta de interesse das revistas nacionais desta área na divulgação de estudos que discutam temas diretamente ligados ao dispositivo da

atenção psicossocial para infância e adolescência, b) caráter restritivo das revistas em relação ao tipo de estudo mais frequente na abordagem de novas práticas, o qualitativo ou narrativo, constituindo importante barreira de acesso à difusão; c) ausência de endereçamento dos autores às revistas.

Não se observou concentração maior de artigos sobre CAPSi em uma determinada revista, tendo sido encontrados 32 diferentes periódicos com artigos publicados sobre o tema (TABELA 1).

Tabela 1 - Número de artigos por periódico e área do conhecimento

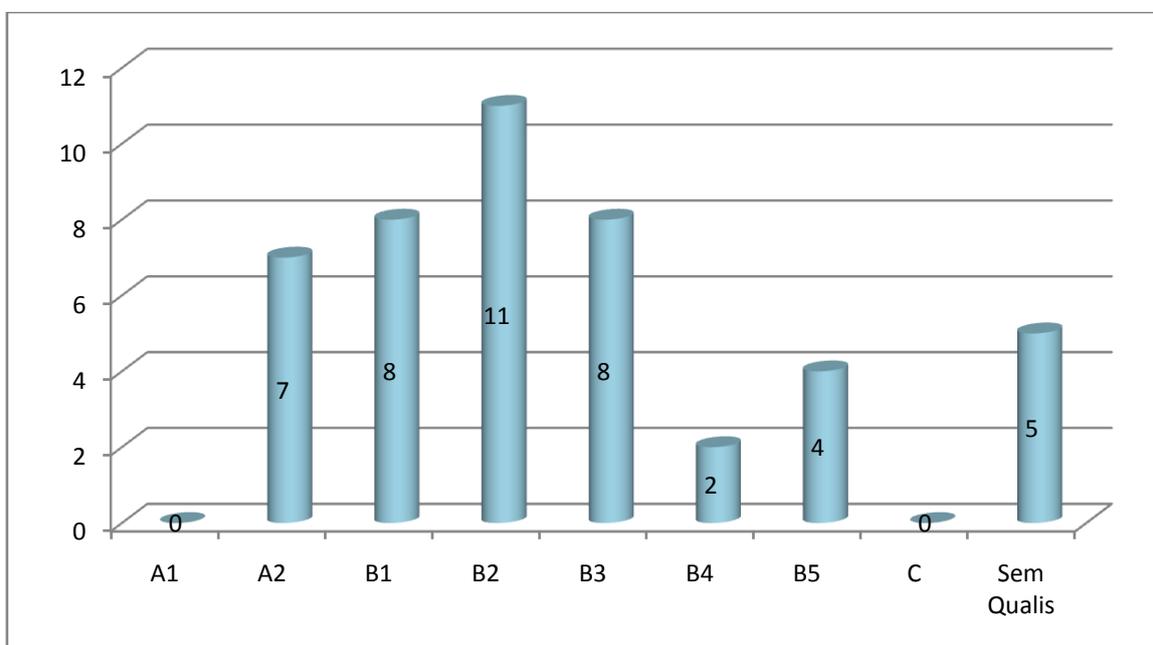
Área de Conhecimento	Número de Periódicos	Número de Artigos
Psicologia	17	25
Enfermagem	5	8
Saúde Coletiva	5	6
Saúde Mental	1	2
Educação	1	1
Serviço Social	1	1
Medicina I	1	1
Medicina II	1	1
TOTAL	32	45

Nas respectivas áreas de conhecimento, a maioria das revistas estava classificada em estratos de qualidade de nível B (B1, B2, B3), segundo critério *Qualis* para periódicos (CAPES)²³, como apresentado no Gráfico 3. Apesar de críticas frequentes e contundentes feitas ao *Qualis* por segmentos importantes da comunidade acadêmica (LUZ, 2005; MINAYO, 2007), este critério foi incluído no mapeamento pela força que exerce sobre pesquisadores e sobre a cultura acadêmica em geral. O *Qualis* se refere à quantidade de artigos publicados em uma revista e citados em outros periódicos, não tendo relação com a qualidade dos estudos; porém

²³ A título de exemplo: a revista 'Psicologia, Teoria & Prática' teve computado o estrato B1, conforme acessado pela área de conhecimento 'Psicologia', do Webqualis-CAPES. A revista 'Cadernos de Saúde Pública', por sua vez, foi acessada pela área da 'Saúde Coletiva', com estrato A2; e assim por diante, para cada uma das publicações.

vem se transformando, segundo Luz (2005), *em dogma sobre o qual repousa a classificação hierarquizada da produção [...] apesar de nada dizer ou permitir ver da qualidade dos produtos* (p.46), afetando as características de inovação e originalidade do trabalho acadêmico, e de objetos potenciais de investigação.

**Gráfico 3: Distribuição dos artigos por Estrato de Qualidade dos periódicos (Qualis)
(N=45)**

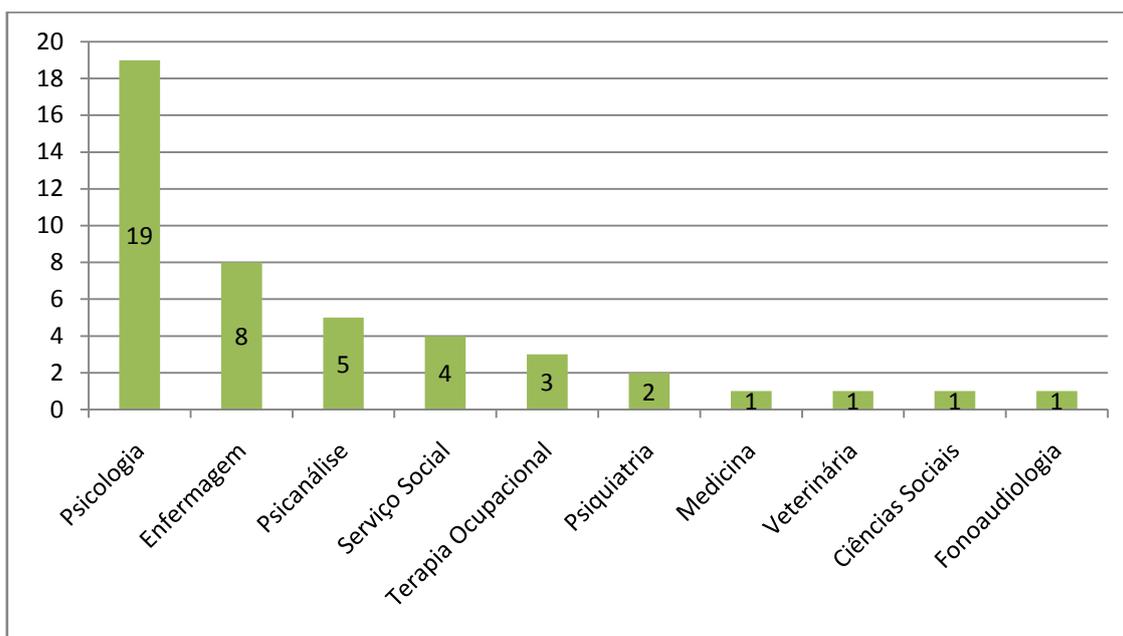


Sete artigos foram publicados em periódicos A2 (de Psicologia, Enfermagem e Saúde Coletiva), e quatro em periódicos B5 (de Saúde Coletiva, Educação, Medicina I e Medicina II). No estrato B2 todas as revistas eram da área da Psicologia.

A extensa maioria dos artigos, 75,5% (n=34), foi escrita por mais de um autor, sendo que apenas dois compareceram como primeiros autores em mais de um artigo, indicando o interesse de diferentes pesquisadores pelo tema CAPSi. Os outros 24,5% (n=11) foram escritos por apenas um autor, sendo três psicanalistas, dois psicólogos,

dois assistentes sociais e um psiquiatra. O Gráfico 4 apresenta a formação principal dos primeiros, ou únicos, autores.

Gráfico 4 - Formação dos primeiros, ou únicos, autores (N=45)



Foi mais expressiva a presença de primeiros autores com formação em Psicologia – 19 artigos são encabeçados por psicólogos, correspondendo a 42,2% das produções; seguida de Enfermeiros, responsáveis por 8 artigos (17,7%); e de Psicanalistas, com 5 artigos (11,1%). Apesar de seguir a tendência das áreas de conhecimento das revistas, com pregnância da Psicologia e Enfermagem, a formação principal dos autores alcançou maior variabilidade, com presença de terapeutas ocupacionais, psiquiatras, médicos generalistas e demais. Três artigos tiveram como primeiros autores alunos de graduação, dois de Psicologia e um de Medicina, fato relevante dado o caráter inovador do CAPSi, a possibilidade de ele estar sendo incluído nos cenários de prática da formação de novos profissionais e estar instigando a produção de conhecimento por parte de alunos de graduação.

Para a maior parte dos artigos foi possível encontrar informação sobre a localização – o estado ou a região do país - do CAPSi estudado. Em apenas seis esta

informação não pôde ser computada porque ou não estava disponível no texto, ou o estudo havia sido baseado em dados nacionais de CAPSi. A Tabela 2, apresenta o número de artigos produzidos, por localização do CAPSi pesquisado.

Tabela 2 - Número de artigos por localização (Estado/Região) do CAPSi estudado, (N=39)

Região	Estado	Número de Artigos
Sul		07 (17,9%)
	Rio Grande do Sul	3
	Santa Catarina	2
	Paraná	2
Sudeste		26 (66,6%)
	São Paulo	13
	Rio de Janeiro	7
	Minas Gerais	5
	Espírito Santo	1
Nordeste		05 (12,8%)
	Pernambuco	2
	Ceará	2
	Piauí	1
Centro-Oeste		01 (2,5%)
	Mato Grosso	1
Norte		00 (0%)
TOTAL		39

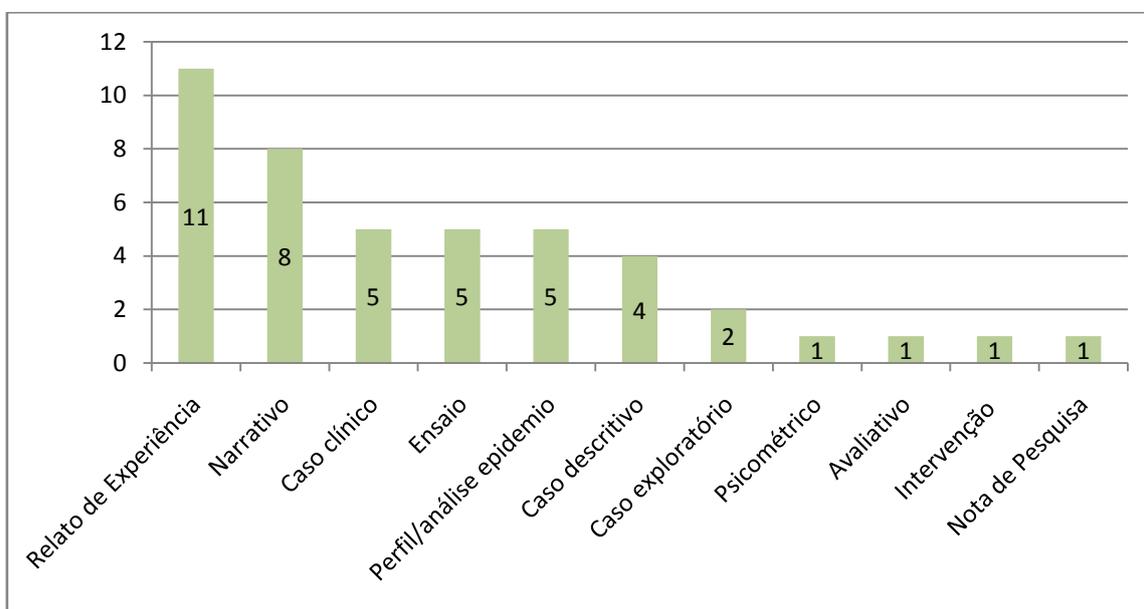
OBS: para 6 artigos não foi possível encontrar a Região/Estado correspondente ao CAPSi pesquisado.

A maioria dos CAPSi estava situada na região Sudeste (66,6%), seguida da região Sul, com 17,9% dos artigos, e Nordeste (12,8%). São Paulo foi o Estado da federação que gerou o maior número de artigos, seguido pelo Rio de Janeiro e Minas Gerais. Não houve registro de publicações pertinentes à Região Norte. Estes achados coincidem com os resultados da revisão feita por Ballarin, Miranda e Fuentes (2010) sobre CAPS para população adulta, onde a região Sudeste foi também a mais frequente, seguida da região Sul, assim como foi registrada a ausência da região Norte.

A hegemonia da região sudeste, ademais de ser a região mais populosa e economicamente mais desenvolvida, não pode ser separada do fato de ser também a região do país onde está em funcionamento a maior parte das universidades, onde trabalha o maior número de pesquisadores, para onde é destinado grande parte dos recursos para desenvolvimento de pesquisas, e onde foi implantado o maior número de CAPS desde 2002.

O mapeamento dos tipos de estudo desenvolvidos sobre CAPSi indicou o Relato de Experiência como o mais frequente. Vale registrar que, em função da inexistência de informação sobre o delineamento do estudo em grande parte do material, foi adotada uma tipologia externa aos artigos, com base nos objetivos descritos e na metodologia utilizada. O Gráfico 5 apresenta as frequências das tipologias encontradas²⁴.

Gráfico 5 - Frequências dos Tipos de Estudo publicados (N=44)



²⁴ Apenas um estudo não foi tipificado devido à incongruência entre os objetivos, o método, e o próprio texto do artigo, onde não foram encontrados quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa realizada. Importa esclarecer que nenhum artigo foi excluído da revisão em função de fragilidade metodológica. Esta posição mais inclusiva na revisão da literatura sobre os CAPSi diz respeito ao fato de considerarmos importante o registro de todo o material publicado em periódicos nacionais sobre o tema, particularmente no período inicial e formativo de sua proposição e desenvolvimento pela rede pública de saúde mental.

O material revisado indicou que a produção científica sobre CAPSi tinha forte matiz descritivo, caracterizando-se como uma literatura de aproximação e de conhecimento exploratório sobre o dispositivo e suas principais características. O único estudo de tipo avaliativo referiu-se à avaliação do nível de satisfação e impacto na *saúde e o bem-estar dos profissionais lotados em serviços de saúde mental* (REBOUÇAS et al, 2008, p.625), não dizendo respeito diretamente à avaliação do próprio dispositivo CAPSi.

Os estudos baseados em Narrativas (n=8), aos quais pode ser atribuído caráter avaliativo, tiveram como foco o relato de profissionais ou familiares sobre o trabalho do CAPSi, com resultados satisfatórios para ambos os grupos. Por parte dos trabalhadores, em relação à experiência adquirida sobre um novo modo de cuidar; pelo lado dos familiares, a experiência de acolhimento e acompanhamento contínuo para os filhos, relatado como fato inédito na história de grande parte das famílias.

Estudos com foco na caracterização do Perfil da Clientela e Análise Epidemiológica (n=5), e em Intervenção (n=1) foram encontrados com maior frequência a partir de 2009²⁵, coincidindo com período posterior ao incentivo por órgão brasileiro de fomento à pesquisa em saúde mental pública, como já referido anteriormente.

Em acordo com os tipos de estudo mais frequentes, os métodos qualitativos foram os mais utilizados, recobrando 63,3% (n=28) dos trabalhos. A metodologia quantitativa foi utilizada em 9 pesquisas; a do tipo misto, qualitativo-quantitativo, em 2; e os estudos na modalidade de Ensaio foram baseados em análise da literatura.

O mapeamento dos tipos de estudo e metodologias alinha-se às características da produção de conhecimento sobre temas novos, com pesquisas de natureza mais descritiva e exploratória, baseadas em metodologia qualitativa. Ainda que tenha sido observado um crescente interesse por estudos avaliativos do CAPSi, foi muito escassa

²⁵ Apenas um estudo com esta característica foi publicado em 2008 (HOFFMANN, SANTOS & NEVES, 2008).

a produção com este foco. O interesse científico em acompanhar e avaliar o desenvolvimento das novas práticas da atenção psicossocial da infância e adolescência poderá contribuir com o avanço qualificado do SUS, sendo, portanto, necessária e urgente sua expansão.

Em termos do foco temático, os estudos abordaram diferentes questões ligadas ao trabalho no CAPSi, como a complexidade do cuidado de casos graves; a demanda crescente de atenção a situações de vulnerabilidade social (meninos em situação de rua, sob violência, abrigados, em uso abusivo de drogas, etc); a necessidade de conhecer o perfil da clientela em atendimento; o desenvolvimento de estratégias grupais e coletivas como uma forma de operar o cuidado; a questão nodal da necessidade de formação dos trabalhadores; e a apresentação das novas experiências de atendimento a partir de casos clínicos.

Não houve, portanto, uma temática mais pregnante que configurasse uma tendência nos artigos sobre CAPSi. De maneira geral, o ponto comum e premissa dos estudos foi a concepção do CAPSi como ação inovadora capaz de contribuir de forma decisiva para a reescrita da história da assistência à criança e adolescente, pela inscrição de novos princípios éticos e políticos na SMCA sob o marco da atenção psicossocial (GUERRA, 2005).

Narrativas sobre CAPSi

O mapeamento narrativo foi feito com base em eixos temáticos, relacionados às perguntas-guia desta revisão: organização, funcionamento e direção do trabalho no CAPSi; modo de inclusão dos familiares no processo do cuidado; trabalho em equipe e formação de trabalhadores; informação epidemiológica e clínica já produzida; diálogo dos estudos com os princípios e diretrizes da política pública de SMCA. Cada eixo temático será apresentado a seguir, em tópicos separados.

CAPSi: a quem se destina, como se organiza e a direcionalidade do cuidado

Os artigos apresentaram descrições convergentes sobre os CAPSi, que foram concebidos como *serviços comunitários, voltados para o atendimento dos casos de maior gravidade e que visam a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes, sem exclusão social ou familiar* (MÂNGIA et al, 2003; GUERRA, 2005; HOFFMANN, SANTOS & MOTA, 2008). Foram, da mesma forma, consensuais em relação à organização por equipes multidisciplinares, orientadas para elaborar projetos terapêuticos singularizados e oferecer diferentes modalidades de atendimento - espaços coletivos de cuidado, atividades grupais, visitas domiciliares, oficinas, atendimentos individuais, trabalho com famílias, atividades externas, passeios e outras consonantes com o norte ético da inclusão social. A filiação dos CAPSi ao ideário da Reforma Psiquiátrica brasileira e aos princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) constituiu outro entendimento comum aos estudos revisados.

No entanto, sobre essa base comum foram encontradas diferenças de entendimento sobre temas centrais relacionados à missão política, institucional e clínica do CAPSi.

No que diz respeito à clientela de eleição, os estudos apresentaram posições diversas em relação à existência de critérios mais ou menos restritivos aplicados aos casos a serem atendidos. Para alguns, o CAPSi deveria ser destinado apenas ao *tratamento de casos de autismo, psicose e neuroses graves* (HERMANN, 2006; BONTEMPO, 2007), posição que inscreve categorias diagnósticas como orientação para o acesso. Em outros, a clientela foi definida como sendo a de *crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes* (HOFFMANN, SANTOS & MOTA, 2008; REBOUÇAS et al, 2008; DELFINI et al, 2009), definição que manteve a noção de gravidade dos casos, mas prescindiu de enquadramentos psicopatológicos para definir a clientela de eleição. Foram também encontrados estudos que enfatizavam a responsabilidade do CAPSi no acompanhamento de casos *em risco psicossocial, que podem ou não apresentar um transtorno associado* (MÂNGIA et al, 2003, p. 124),

considerando-os tão prioritários quanto os de maior severidade. Outra descrição encontrada definia o CAPSi como dispositivo para toda criança ou adolescente *que por sua condição psíquica esteja impossibilitado de manter ou estabelecer laços sociais* (BRANDÃO Jr, 2009, p.347), descrição convergente com a anterior, mas que ressalta vicissitudes psíquicas, e não sociais, como fator orientador para decisão sobre casos a serem inscritos no CAPSi.

A delimitação de faixa etária para o atendimento nos CAPSi foi outra diferença analisada. Havia CAPSi restrito aos *moradores da área de abrangência desde que tivessem de 12 a 18 anos* (MÂNGIA et al, 2003, p. 125); outros *que só atendiam crianças de zero a doze anos* (TOLEDO, 2006, p. 2); ainda, os que estendiam até aos 21 anos a idade para inclusão de usuários (SCANDOLARA et al, 2009). Em nenhum dos estudos ficou clara a razão para a restrição ou expansão da idade de corte, nem houve discussão sobre a questão da cobertura para crianças e adolescentes que nos respectivos territórios não correspondiam ao critério de idade estabelecido pelo CAPSi, mas necessitavam de cuidado por dispositivo de atenção diária.

Outro ponto divergente entre os CAPSi foi o atendimento às urgências e crises. Enquanto em determinados estudos foi apontado como função *princeps* do CAPSi o acolhimento e manejo de situações de crise, situando-o como o lugar do território para o endereçamento destas situações (GUERRA, 2005; BONTEMPO; 2007; SCHMID, 2007); em outros esta mesma função foi considerada imprópria para o dispositivo.

No estudo efetuado por Bontempo (2007), a necessidade de responder às situações de crise fez com que o CAPSi desenvolvesse um dispositivo interno especificamente voltado para este fim, a permanência-dia. Segundo a autora, este foi um *dispositivo clínico destinado a acolher pacientes que demandam atendimento em regime de urgência, nos momentos de crise* (p.2) e que tinha, dentre outros, o *objetivo de possibilitar o acolhimento da crise, o ajuste medicamentoso, o esclarecimento diagnóstico* (p. 3) e outras finalidades pertinentes ao cuidado da crise ou de situações de risco. Na pesquisa de Scandolara et al (2009), ao contrário, foi registrada como uma das principais demandas da equipe *a necessidade de um local para encaminhar os pacientes no momento da crise* (p. 339), indicando que o CAPSi não se reconhecia como

espaço para acolhimento e manejo dessas situações, consideradas, inclusive, um obstáculo para o bom desenvolvimento do trabalho.

O trabalho de grupo no CAPSi foi a estratégia terapêutica mais abordada, constituindo tema principal de cinco estudos. Mesmo sendo objeto de interesse, o tema dos grupos foi abordado de forma genérica e pouco problematizada, dificultando uma melhor compreensão sobre sua escolha como estratégia de cuidado e dos efeitos que produz na atenção a crianças e adolescentes com problemas mentais. Ainda assim, foi possível verificar distintos entendimentos sobre a organização e finalidade dos grupos. Para alguns autores, a organização de grupos no CAPSi deve ser baseada em critérios *de idade, diagnóstico, comportamento, necessidade e grau de desenvolvimento psíquico de seus integrantes* (TOLEDO, 2004, p.03) e deve ter a finalidade de *permitir uma experiência de re-apoio do desenvolvimento psíquico àqueles cujos primeiros apoios foram insuficientes e inadequados* (Idem, ibidem), registrando uma inflexão reparadora ou compensatória ao trabalho grupal. Hermann (2006), por outro lado, concebeu o grupo *como espaço terapêutico de acolhimento* (p.38) para autistas e psicóticos, *crianças que não falam, que não brincam, que não se aproximam de uma outra pessoa* [e que a partir do grupo, podem], *em algum momento, por exemplo, aceitar o convite para uma brincadeira* (Idem, ibidem), ou iniciar uma ação por conta própria. Para o autor, o trabalho de grupo em CAPSi tem o objetivo clínico de permitir que a criança possa *inscrever algo de si, de sua singularidade no campo da instituição* (p.38), perspectiva mais construtivista do que reparadora para o trabalho grupal.

Dois estudos apresentaram resultados da aplicação de determinadas técnicas de intervenção em clientela de CAPSi. Um, fundamentado na Teoria do Apoio, aplicou em usuários de um CAPSi uma intervenção *baseada na mediação por animais* (FARACO et al, 2009). A finalidade do estudo foi avaliar a repercussão da intervenção *no funcionamento global, sintomas psiquiátricos e relacionamento com os pares* (p.233) da clientela estudada. O desenho da pesquisa e o detalhamento metodológico careciam de maior esclarecimento, e os resultados indicaram *não ter havido alteração significativa de categoria* (Idem, p.236) nas fases pré e pós-intervenção. Outro estudo apresentou e discutiu a aplicação da técnica de Treinamento em Habilidades Sociais,

baseada na Terapia Comportamental, em usuário de CAPSi com diagnóstico de esquizofrenia (COSTA & CALAIS, 2010), tendo como finalidade substituir repertórios de comportamentos considerados inadequados por outros mais adequados. Cada um dos estudos discutiu a técnica apartada da missão político-clínica do CAPSi, sem referência ao mandato psicossocial ou possíveis contribuições ao mesmo. O CAPSi compareceu nos estudos unicamente como ‘campo’ da investigação.

De forma diametralmente oposta, as investigações desenvolvidas por psicanalistas, em grande parte através de estudo de caso clínico, não se furtaram de abordar a Psicanálise no contexto do mandato psicossocial e dos desafios da política pública para a ampliação do acesso e qualificação do cuidado (BRANDÃO Jr, 2009; CANAVEZ & BRANDÃO Jr, 2009; CARMO & POLO, 2010). Através desses estudos foram também apontadas direções, orientadas pela Psicanálise, para o trabalho em CAPSi. Segundo Guerra (2005), a maioria dos casos atendidos neste dispositivo exige *uma rede complexa para sustentação do enlaçamento social, e conseqüentemente do tratamento, convocando uma ‘prática feita por vários’* (p.146)²⁶, que não está relacionada à quantidade de profissionais envolvidos no atendimento, mas a uma posição a ser tomada pelos operadores na condução do trabalho clínico – posição de ‘não especialistas’, de suspensão de saberes prévios, para permitir incluir como legítimo no projeto terapêutico o que a criança ou adolescente transmite, sabe ou tem a dizer sobre si. As experiências indicaram efeitos positivos dessa prática, particularmente no tratamento de casos de maior severidade, como autismo e psicose infantil. Elia (2007) cunhou o termo *dispositivo psicanalítico ampliado* (p.615), a partir de estudo baseado na aplicação da Psicanálise em CAPSi, cujos efeitos se *expressaram para além dos casos tomados um a um – critério insubstituível quando se trata em Psicanálise de aferir mudanças subjetivas decorrentes do trabalho de análise – mas traduziram-se também, em termos territoriais, na redução da taxa de internação e ampliação do processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes com distúrbio psíquico grave* (idem, ibidem).

²⁶ Segundo Antonio Di Ciaccia (2005), a “prática entre vários” foi um termo cunhado por Jaques A. Miller para designar *uma modalidade inédita de trabalho clínico com crianças autistas e psicóticas, desenvolvido por diversas pessoas em um contexto institucional preciso* (p.34). Foi uma experiência iniciada em 1974, na instituição Antenne 110, Bélgica, como uma *resposta da instituição para lidar com problemas de crianças que se apresentavam apartadas de qualquer discurso social* (idem, ibidem).

Para Carmo e Pollo (2010), *a Psicanálise se interessa pelo trabalho dos CAPS justamente no que eles se opõem ao modelo manicomial e à demissão subjetiva que este propicia* (p.158). Este interesse, para Guerra (2005), *retorna ao próprio campo psicanalítico, favorecendo maior clareza acerca de sua clínica, na medida em que se encontra em jogo na saúde mental a retomada da vida social e política em um modelo inclusivo* (p. 143), voltado para sujeitos que exigem muitas vezes atos inéditos na condução da clínica.

Em resumo, os estudos de CAPSi com base na Psicanálise se caracterizaram por tentar um diálogo com a proposta política - sem se confundir com ela -, pelo entendimento de que a atual reformulação na SMCA tem sido *marcada pelo atravessamento da clínica, demarcando uma proposta que articula a subjetividade e a dimensão política na organização da assistência, [que é] atravessada por diferentes saberes, dentre eles o psicanalítico. A tensão provocada pelo confronto entre a dimensão política, que cria uma assistência 'para todos' e a clínica, que sustenta a escuta 'um a um', tem produzido férteis contribuições, em uma relação dialética entre os dois campos* (GUERRA, 2005, p.140).

Os familiares no CAPSi

Os estudos indicaram que o CAPSi reconhece como necessária a construção de estratégias participativas e de co-responsabilização, particularmente no que diz respeito à integração das famílias no processo do cuidado, contrapondo-se ao lugar de expectador que foi destinado a elas pelo modelo asilar de tratamento.

No entanto, os efeitos dos trabalhos desenvolvidos com esta perspectiva foram avaliados de forma distinta quando a investigação se dirigiu à identificação de condutas terapêuticas oferecidas às famílias em CAPSi (DOMBI-BARBOSA et al, 2009) ou quando privilegiou a narrativa de familiares em relação à experiência no CAPSi (FALAVINA & CERQUEIRA, 2008).

Para Dombi-Barbosa et al (2009), *pouco se sabe a respeito do modo como os familiares estão sendo inseridos nos CAPSi, nem de seu maior ou menor valor no que se refere ao objetivo estratégico dos CAPS [de incluir socialmente] os excluídos por transtorno mental* (p.264). Os autores realizaram estudo para identificar, através de registro em prontuário, as condutas terapêuticas oferecidas às famílias que frequentavam CAPSi no Estado de São Paulo. Os registros indicaram que em 61,3% dos prontuários não havia menção a *ações destinadas à inclusão dos pais ou outros familiares nos projetos terapêuticos* (Idem, p.266). Quando existente, o trabalho com as famílias caracterizava-se pela oferta dos tradicionais ‘grupos de pais’ ou ‘grupos de orientação’. Os pesquisadores concluíram que *as famílias têm sido pouco privilegiadas nas ações das equipes dos CAPSi* (p. 267), e que as modalidades de atendimento, quando oferecidas, *estão centradas no interior dos serviços* (idem, ibidem).

Por outro lado, a percepção das famílias sobre o trabalho no CAPSi foi positiva, expressa pela possibilidade de compartilhamento de experiências, acolhimento por parte da equipe, continuidade e intensividade no atendimento dos filhos (MÂNGIA et al, 2003; FALAVINA & CERQUEIRA, 2008). A narrativa das famílias apontou histórias, antes do ingresso no CAPSi, de passagem por inúmeros serviços, experiências de desânimo e descrença frente à recusa recorrente de atendimento para seus filhos, desconhecimento e falta de informação sobre problemas psíquicos na infância e adolescência que postergaram a procura por atendimento. Para Falavina e Cerqueira (2008), *o impacto do atendimento satisfatório [no CAPSi] transforma a vida das famílias no âmbito pessoal, relacional e familiar [porque] põe fim à espera, à busca por atendimento e ao desamparo sentido* (p.43). O encontro de uma unidade de saúde pública pautada na qualidade da atenção foi *o elemento mais precioso na avaliação das famílias* (idem, ibidem) investigadas pelas autoras.

A pesquisa de Falavina e Cerqueira (2008) baseou-se no relato de familiares de CAPSi, principalmente de mães, como no exemplo a seguir. Nas palavras de Margarida, mãe do Nilton, usuário de CAPSi: *quando cheguei aqui, (...) para mim eu tinha um filho extra-terrestre. Depois (...), lentamente, quando eu comecei a participar do grupo de mães, comecei a ver que não é assim, comecei a aceitar o problema do Nilton, a ajudar,*

a não esconder. Antes eu escondia, não queria tratar para não assumir o problema dele. Comecei a me assumir como mãe dele, e comecei a ajudar. Eu também comecei a melhorar, a ver o mundo diferente [...], e não como se ele fosse uma tragédia em minha vida. Quem já passou por tudo que eu passei, de ir pra lá e pra cá sem solução ... Você fica sem saber o que fazer da vida. Se você tem dinheiro, você consegue, mas se não tem, arrasta o problema para o resto da vida (idem, p. 43).

Os estudos indicaram também que o familiar que frequentava o CAPSi era de modo geral a mãe, sobre quem recaía a principal ou única responsabilidade pelo filho.

Na visão dos familiares, antes do ingresso no CAPSi, as barreiras para acesso a serviços de saúde/saúde mental foram referidas como sendo: a falta de recurso financeiro para deslocamento até o serviço, situados frequentemente em locais distantes; falta de acesso a medicamentos gratuitos; dificuldade de comunicação com os profissionais (não entendimento da linguagem especializada e constrangimento em relatar as impressões sobre o filho); falta de informação sobre o desenvolvimento infantil; dificuldade na marcação de consultas e existência de fila de espera em quase todos os serviços públicos (FALAVINA & CERQUEIRA, 2008).

Um comportamento peculiar das famílias, registrado na revisão, foi a procura e permanência dos filhos *em dois ou mais serviços ao mesmo tempo, ocultando este fato de ambas as unidades* (idem, p.43), pelo receio de perder vaga ou pela avaliação de que poderiam dispor de recursos diferenciados, e complementares, na prestação de serviços para seus filhos, caso permanecessem ao mesmo tempo em duas (ou mais) instituições de assistência.

O trabalho em equipe no CAPSi

A partir do ano de 2008, algumas investigações tiveram como objetivo entender como os profissionais apreendiam e se situavam em relação ao trabalho em

equipe, considerado a grande potência e o principal desafio para efetivação do modelo comunitário de atenção.

Três questões, aparentemente antagônicas, foram destacadas nos estudos: a satisfação das equipes com o trabalho realizado nos CAPS, a precarização das condições de trabalho e a falta de formação para a clínica na atenção psicossocial.

Em pesquisa desenvolvida para avaliar o grau de satisfação e impacto do trabalho nos serviços comunitários de saúde mental, Rebouças et al (2008) encontraram na equipe do CAPSi *os melhores resultados de satisfação* (p. 628), quando comparada com a dos outros serviços existentes. Para os autores, *o suporte fornecido pelos colegas da equipe [foi] o fator mais mencionado como fonte de satisfação e o que mais contribui para minimizar o impacto do trabalho, [e também] o que justificaria os melhores resultados de satisfação encontrados no CAPSi* (idem, ibidem). O estudo de Rosa (2008), mesmo não tendo como finalidade a avaliação de satisfação dos trabalhadores, encontrou indicações que corroboram os resultados do estudo anterior. No CAPSi pesquisado, *a maioria absoluta [dos profissionais] informou estar satisfeita em trabalhar, destacando como indicador da satisfação o fato de se realizar com o trabalho que desenvolve* (ROSA, 2008, p.255).

A satisfação das equipes contrastou, no entanto, com críticas contundentes às condições em que exerciam o trabalho. Milhomem e Oliveira (2009), baseadas na premissa *de que condições precárias de trabalho comprometem a realização de projetos institucionais inovadores* (p.273), analisaram a situação das equipes de CAPS e de CAPSi. Os resultados apontaram a existência de inúmeros problemas com alto potencial de ameaça à sustentabilidade do projeto CAPS/CAPSi, conforme avaliado pelas pesquisadoras. Os principais: precarização das condições de trabalho, baixos salários, fragilidade dos vínculos empregatícios, ausência de estratégias de formação para qualificar o trabalho e diminuir a sobrecarga.

A falta de formação para o trabalho na atenção psicossocial foi destacada em todos os estudos com foco nas equipes. Os registros convergiram em relação a este ponto e podem ser sintetizados na afirmação de que *a maioria dos trabalhadores de*

CAPS não tem formação na área da saúde mental (SCANDOLARA et al, 2009; MILHOMEM & OLIVEIRA, 2009; CALGARO & SOUZA, 2009), buscando por conta própria ferramentas para ampliar suas possibilidades de atuação [...], aprendendo uns com os outros ou com os casos que chegam (RONCHI & AVELLAR, 2010, p. 80-81).

A falta de referência para o que fazem parece permear a prática profissional dentro do CAPSi, afirmaram Ronchi e Avellar (2010, p.81), para quem a desinformação técnico-política [...] representa o desafio que se coloca ante as novas formas de lidar com a assistência em saúde mental (p.72) de crianças e adolescentes. Para as autoras, a falta de informação sobre o mandato e princípios do CAPSi alinha-se à busca de legitimidade por parte dos trabalhadores acerca do que fazem, dificultando, inclusive, que possam nomear sua prática, o que explicaria a enorme quantidade de vezes que a 'palavra coisa' (p.80) foi pronunciada quando convidados a definir o trabalho no CAPSi.

A demanda por formação, por parte das equipes entrevistadas, foi a principal reivindicação para a sustentabilidade e expansão qualificada do projeto CAPSi.

Informações sócio-demográficas, epidemiológicas e clínicas da clientela dos CAPSi

Das informações e dados disponibilizados em relação às características sócio-demográficas da população atendida nos CAPSi, quatro categorias se destacaram pela equivalência das informações produzidas nos diferentes estudos: idade média dos usuários, sexo, escolaridade e territorialização da clientela.

Os CAPSi tinham usuários com idade média de aproximadamente 10 anos, sendo que os registros variaram de 8 a 12 anos (ROSA, 2008; DELFINI et al, 2009; RONCHI & AVELLAR, 2010; DELVAN et al, 2010; CARVALHO, SILVA & RODRIGUES, 2010). Estas informações estavam em conformidade com o estudo de Hoffmann, Santos e Mota (2008) que registrou a idade média de 11,1 anos na análise de dados secundários referentes a informações nacionais de CAPSi no ano de 2003.

O maior percentual de clientela foi do sexo masculino em todos os CAPSi estudados, abrangendo de 60,8% a 67,8% dos usuários em atendimento. Apenas o estudo de Carvalho, Silva e Rodrigues (2010) registrou um percentual mais elevado de clientela do sexo masculino, 71,1%, contrastando com os demais, com a ressalva de que neste estudo foi utilizada amostra de conveniência, o que pode ter contribuído para a diferença assinalada.

Em três artigos foi possível recolher informações sobre a inserção escolar dos usuários, indicando que aproximadamente 80% estavam inseridos na rede de ensino, sendo que apenas 7% em escola especial, e todos os demais em escolas regulares (DELFINI et al, 2009; RONCHI & AVELLAR, 2010; CARVALHO, SILVA & RODRIGUES, 2010).

Outro dado comum foi o fato de os usuários serem moradores da área de abrangência do CAPSi, indicando territorialização da clientela. Apenas o estudo com base no CAPSi de Teresina (ROSA, 2008) contradisse esta tendência, por registrar que o serviço *atendia ao público do interior do Piauí, bem como dos Estados circunvizinhos, sobretudo Maranhão e Pará* (p.252), sob a alegação dessas localidades de *falta de preparo para abordagem* (Idem, ibidem) de crianças e adolescentes.

As informações sobre perfil diagnóstico da clientela foram mais heterogêneas entre si, mas tenderam a registrar que os transtornos mais prevalentes nos CAPSi eram os emocionais e de comportamento, referente ao grupo F90-98, da décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

No estudo realizado a partir de dados das APACS²⁷ do ano de 2003, Hoffmann, Santos e Mota (2008) registraram que os transtornos emocionais e de comportamento (F90) respondiam por 44,5% dos casos em atendimento nos CAPSi analisados, seguidos dos transtornos neuróticos (F40), 19,8%, e dos transtornos do desenvolvimento (F80), 14,2% da clientela. Delfini et al (2009) encontraram 21% dos usuários com diagnóstico

²⁷ APAC: Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo, do Ministério da Saúde, utilizada pela saúde mental para pagamento e produção de informação dos CAPS, desde a normativa de 2002 (PT 336/02 e 189/02, MS, 2002a, 2002b). A partir de 2008, vem sendo utilizada apenas com finalidade direta de informação, e indireta de pagamento.

de transtornos emocionais e de comportamento (F90) - praticamente a metade do registrado no estudo anterior -, seguidos por 16,2% incluídos no grupo F80, e por 10,5% da clientela com diagnóstico de retardo mental (F70). Ronchi e Avellar (2010) indicaram que o maior percentual da clientela atendida no CAPSi referia-se aos casos de transtorno emocional e de comportamento (F90 = 29,4%), seguido por F80, 27,5% dos casos; por F20 (19,6%) e F70 (13,7%).

A despeito de diferenças encontradas nos registros percentuais quando o estudo foi de amplitude nacional ou quando se referiu a um CAPSi em particular, informações de que o maior número de usuários era do grupo dos transtornos emocionais e de comportamento (F90) sugerem a necessidade de pesquisas específicas que possam esclarecer o real significado desse achado. Para Hoffmann, Santos e Mota (2008) o dado está em concordância *com os achados da literatura, que aponta os transtornos de comportamento como os mais frequentes* (p.638) na população infantil e juvenil. Para Ronchi e Avellar (2010), ele pode indicar *dificuldades para identificação de transtornos mentais em crianças e adolescentes [...]* ou *diferenças nas metodologias utilizadas para determinação de diagnóstico* (p.77), indicando que os dados podem não representar a condição clínica real da clientela em atendimento nos CAPSi.

O percentual de prevalência de transtornos do desenvolvimento psicológico (F80) – grupo da CID onde estão incluídos diagnósticos de maior severidade psicopatológica, como os de autismo e outros -, pode ser considerado elevado nos CAPSi (14,2%, 16,2% e 27,5%, como citados anteriormente), sugerindo que estes dispositivos, mesmo com muitos casos de transtornos menos severos, como os emocionais, ampliam acesso para casos de maior gravidade e podem contribuir para reverter a situação historicamente desfavorável à qual esta clientela de maior gravidade estava submetida, pela total ausência de oferta de cuidado continuado no sistema público de saúde mental.

Diálogo do CAPSi com a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes

De modo geral, o tema da política foi abordado apenas na perspectiva de contextualização do cenário que antecedeu a proposição das diretrizes atuais para SMCA.

Segundo Hoffmann, Santos e Mota (2008), o século XX foi *preenchido ao longo dos anos por instituições, na sua maioria de natureza privada ou filantrópica, tornando-se, em algumas localidades, as únicas opções de cuidado disponíveis* (p.634) para crianças e adolescentes. Falavina e Cerqueira (2008) argumentaram na mesma direção, afirmando que o *panorama oferecido pelo Estado era de desassistência, impactando negativamente a população-alvo, que ficou à mercê dos serviços oferecidos* (p.35) pela filantropia, sem que houvesse quaisquer *parâmetros e diretrizes claras para a atuação institucional* (idem, ibidem).

A ausência de diretrizes públicas para a saúde mental de crianças e adolescentes resultou, como descrito, na *psiquiatrização e medicalização dos problemas de ordem comportamental ou educacional [...] ou na internação das crianças em abrigos e educandários* (HOFFMANN, SANTOS & MOTA 2008, p.634), que constituiu a resposta hegemônica do Estado para assistência à infância e adolescência.

A marca do período que antecedeu a construção da política pública atual para a SMCA foi a desassistência, resultante das três tendências preponderantes no século passado - a resposta filantrópica em substituição à do Estado, a estratégia de medicalização no lugar da construção do cuidado e a institucionalização em nome da proteção.

A descrição de cenário tão contundente contrastou, em muitos artigos, com a ausência de referências acerca dos marcos formais e da institucionalidade da atual política pública de SMCA. Grosso modo, a política compareceu nos textos reduzida ao

componente normativo da Portaria 336/02²⁸ (MS, 2002a), ou foi baseada em argumentos relacionados à implantação de CAPS de adultos, como a necessidade de superar o hospital psiquiátrico como modelo de tratamento.

Tanto a colocação da norma no lugar do princípio político, quanto a utilização de argumento referente à história que antecedeu a montagem de CAPS para adultos, podem sugerir que as reais razões históricas, políticas e clínicas para a implantação do CAPSi sejam desconhecidas dos pesquisadores, e mesmo de muitos trabalhadores da SMCA, que se debruçam sobre o tema, comprometendo a especificidade da experiência a ser realizada pelo CAPSi e a verificação de sua efetividade. Caso não haja clareza sobre o que visa a transformar, o CAPSi não poderá ser avaliado em sua pertinência e efetividade.

Em apenas dois artigos foi feita menção ao “Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil” (MS, 2004a), principal instrumento de gestão da política de SMCA, conforme proposto pelo Ministério da Saúde. O Fórum foi considerado por Falavina e Cerqueira (2008) *um novo fôlego para a saúde mental infanto-juvenil* (p.35), por seu caráter intersetorial, convocando ao reposicionamento todos os setores historicamente envolvidos na assistência às crianças e adolescentes no país, e por sua potência em pactuar coletivamente princípios e diretrizes para orientar a construção das redes de cuidado. Foi também considerado a materialização da mudança nos caminhos até então percorridos por *crianças e adolescentes portadores de distúrbios psiquiátricos* [porque] *consolidou redes de serviços [...] e representou a troca do isolamento pela participação* (MENEZES & MELO, 2010, p.40) na construção da política pública de saúde mental para essa população.

Temas como o da construção de redes intersetoriais, ampliação de cobertura, equidade na oferta de serviços, organização de usuários e familiares, defesa de direitos

²⁸ Em um único artigo foi encontrada referência errônea sobre a Portaria Ministerial que instituiu o CAPSi. Os autores afirmaram ser a PT 224, de janeiro de 1992; e não a PT 336, de fevereiro de 2002 (SCANDOLARA, et al, 2009), a portaria do CAPSi. O fato de a revista onde foi publicado ter recebido classificação A2 na base *Qualis/CAPES*, justifica nosso destaque ao erro. Como apontado por Luz (2005), o *QUALIS* nada diz sobre a qualidade do produto. A referência errônea à Portaria pode sugerir um desconhecimento dos pesquisadores (os autores e os pares revisores da revista) sobre as especificidades, história, e mesmo sobre a cronologia de implantação do CAPSi e de sua base legal/normativa.

e outros relacionados ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde foram praticamente inexistentes nos artigos revisados.

C) Análise e Discussão:

A revisão meta-narrativa esclareceu que a produção de artigos sobre CAPSi começou a ser mais expressiva a partir de 2008, foi conduzida basicamente por psicólogos, e majoritariamente publicada em revistas da área da Psicologia. O interesse pela divulgação científica sobre CAPSi em outras áreas do conhecimento vem crescendo, mas é ainda incipiente. Os estudos desenvolvidos foram, em sua maioria, do tipo relatos de experiência ou narrativos, com uso prioritário de metodologia qualitativa, tendo como finalidade descrever aspectos do funcionamento do dispositivo, de sua equipe e clientela.

Pode-se afirmar que a literatura científica brasileira está ainda em fase muito inicial de aproximação com este tema. As pesquisas carecem de caráter avaliativo sobre o dispositivo, seu impacto no cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais, assim como sobre os desafios implicados no agenciamento, pelo CAPSi, de estratégias para construção da rede intersetorial de atenção em SMCA, no seu território.

A análise do material sugeriu, no entanto, a existência de certos avanços produzidos pelo CAPSi na assistência em SMCA, especialmente os indicativos de que está em curso alguma ampliação do acesso aos casos de maior gravidade, até recentemente ausentes do sistema formal de saúde mental. Da mesma forma, a revisão permitiu esclarecer a presença de impasses significativos para que seja alcançada efetividade na construção de *redes públicas ampliadas de atenção* em SMCA, tendo o CAPSi como dispositivo estratégico.

Mesmo considerando os limites para generalização dos achados desta revisão ao universo de CAPSis, por ter analisado unicamente a produção publicada em

periódicos nacionais sobre o tema - com forte característica regional pela alta frequência da região sudeste nos CAPSi pesquisados -, algumas tendências, direções e questões puderam ser observadas e foram consideradas representativas do processo atual de desenvolvimento deste dispositivo no país.

É possível inferir que os CAPSi **contribuem para a ampliação do acesso ao tratamento dos casos de maior gravidade**, antes invisíveis, relegados à desassistência ou entregues à intervenção de serviços apartados da rede formal de saúde mental. O fato de os CAPSi indicarem, nesse início de sua história, que são capazes de ampliar acesso, constitui importante indicador de sua pertinência como dispositivo público da SMCA e reforça a necessidade de expandi-los no país. Ribeiro et al (2010), em levantamento exploratório sobre a produção bibliográfica brasileira relacionada à SMCA, também avaliaram a criação do CAPSi como o mais importante avanço da política atual, pelo impacto que tem no acolhimento e cuidado das situações de crise e sofrimento mental grave.

Os estudos que colheram a **narrativa das famílias** indicaram que os CAPSi vêm sendo **percebidos como produtores de diferenças significativas no percurso feito por elas em busca de atendimento para seus filhos, fazendo cessar uma peregrinação infinda e solitária por serviços**. Outra percepção positiva das famílias se referiu ao acolhimento por parte das equipes, assim como ao entendimento sobre as dificuldades envolvidas no adoecimento mental dos filhos, proporcionado pelo trabalho em grupos no CAPSi, e à possibilidade de construir com os filhos novas experiências de circulação nos espaços da vida e de partilhamento social, facilitada pela diminuição gradativa do sentimento de vergonha e solidão que até então experimentavam.

Foi também positiva a **percepção das equipes em relação ao trabalho nos CAPSi**, contrastando com as enormes dificuldades registradas em relação aos vínculos frágeis de trabalho, ausência de planos de carreira para balizar um futuro sustentável, e à falta de formação para o trabalho psicossocial.

O esforço de **caracterização da clientela dos CAPSi** foi outro aspecto importante nos estudos analisados. A construção de informações qualificadas é parte essencial da tarefa pública de cuidado porque, além de subsidiar a avaliação e o acompanhamento do que é feito, auxilia a esclarecer a adequação ou não de um projeto às reais necessidades daqueles aos quais visa assistir. Na SMCA este ponto é capital, uma vez que, como já registrado em diferentes momentos desta tese, são exíguas as informações produzidas sobre problemas mentais em crianças e adolescentes, carga do adoecimento, uso de serviços e características gerais de clientela com necessidades em saúde mental.

Ao lado desses aspectos positivos, a análise meta-narrativa apontou problemas que podem obstaculizar o desenvolvimento dos CAPSi, caso não sejam superados.

O primeiro deles, de caráter mais geral, refere-se à **baixa frequência nos estudos da ideia de o CAPSi ser representante de uma política pública**. Emanam da política democrática os princípios que orientam a ação e determinam o sentido e natureza da intervenção psicossocial. As poucas referências aos atuais fundamentos políticos da atenção psicossocial para crianças e adolescentes podem indicar a pouca apropriação da especificidade do mandato CAPSi e do que ele visa superar.

A execução de uma inovação no sistema público de saúde mental é processual, depende de mecanismos permanentes de disseminação de seus fundamentos e de formação de recursos humanos porque convive durante sua implementação com velhos paradigmas e práticas nos quais frequentemente são formados seus principais operadores (os trabalhadores). A leitura minuciosa dos textos indicou que há pouca clareza acerca do mandato político que especifica e legitima o CAPSi, e isto porque, algumas vezes, a norma técnica foi colocada no lugar do princípio político, a formulação do CAPSi foi afirmada na esteira da história da montagem de CAPS para adultos, e não houve referência à mudança na concepção de Estado que legitimou a ação psicossocial como modo de cuidado, superando a vertente tutelar na assistência às crianças e adolescentes.

Se CAPS e CAPSi são solidários na missão pública e compartilham os mesmos princípios éticos, os determinantes para a oferta de um não são os mesmos que para o outro, requerendo que a história política de cada um esteja clara e afirmada. Tal qual uma dobradiça, CAPS e CAPSi têm um eixo comum de sustentação - formado pela base comunitária, pelo fundamento psicossocial, pela ética da inclusão, pela concepção do adoecimento e do sofrimento mental como vicissitudes da condição humana e pela concepção do Estado como ente solidário e zeloso para com a diferença e diversidade -, mas guardam importantes diferenças entre si, que precisam ser apreendidas para que suas funções psicossociais sejam exercidas com a potência necessária e possam ser avaliadas.

As poucas referências feitas ao *Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil* (PT 1608/04, MS, 2004a) situam-se na mesma ordem de problema. Dispositivo colegiado, de caráter intersetorial, coordenado pelo Ministério da Saúde, o *Fórum* constituiu o mais importante vetor de articulação e o principal instrumento de disseminação da política nacional de SMCA²⁹. Entretanto, sua importância na legitimação das ações públicas em SMCA, e do CAPSi em particular, não correspondeu a sua tematização na literatura científica revisada, reforçando a análise da frágil assimilação do CAPSi como representante da atual política pública, com a qual deveria permanentemente dialogar, para verificar a pertinência do seu trabalho.

Outro desafio esclarecido pela revisão diz respeito ao **risco de o CAPSi se inscrever na rede de cuidados como serviço de retaguarda para casos específicos**, caso a função de ordenador da demanda em SMCA no seu território não seja exercida. A proposta mais original e inovadora da atenção psicossocial para crianças e adolescentes foi a formulação de um dispositivo, o CAPSi, com dupla função: oferecer atendimento para casos de maior severidade, e desenvolver no território ações para conhecimento das necessidades em SMCA e dos recursos assistenciais existentes, com

²⁹ O Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil foi implantado em 2004, através de Portaria Ministerial (PT 1608/04). De 2004 a 2009 realizou oito (8) reuniões ordinárias, em diferentes cidades/regiões do país, com pautas temáticas específicas. Sua composição agrega representantes de todos os setores públicos ligados à assistência de crianças e adolescentes, além da sociedade civil organizada, universidades, associações de familiares e de movimentos nacionais de juventude. Desde 2009, não foi objeto de novas convocações por parte do Ministério da Saúde.

vistas à construção de redes locais ampliadas, intersetoriais e colaborativas. Essa dupla função, ou duplo mandato, representa o ineditismo de articulação da clínica e da política no cotidiano de um dispositivo de cuidado.

Se apenas a função de atendimento for realizada, a principal inovação representada pelo CAPSi será desfeita. Isto porque, mesmo que opere clinicamente de forma potente e articulada, se o CAPSi não exercer o ‘desafio do conhecimento’ territorial – que, a rigor, é o desafio da construção de novos territórios psicossociais, por meio de colaboração intersetorial -, restará a ele o lugar estático de serviço de retaguarda no sistema de saúde, posição contraditória com a lógica da atenção psicossocial e mais próxima da ideia de hierarquia na organização da cobertura, ideia ícone do modelo que ele deverá superar.

O agenciamento da demanda é o que pode impingir dinâmica ao lugar do CAPSi na rede. Isto porque se ele, em um primeiro momento, protagonizará a inscrição da SMCA como uma questão relevante frente aos demais setores/recursos de seu território; em um segundo tempo, poderá se situar como um dentre os muitos dispositivos da rede ampliada de atenção nesse mesmo território. Esta questão será aprofundada no capítulo 3 desta tese.

A análise do risco de o CAPSi se fixar como serviço de retaguarda não pode ser dissociada do reconhecimento de que há obstáculos significativos para realização de sua dupla função, sendo os principais: a escassez de recursos humanos nos CAPSi, a precarização das condições de trabalho e a insuficiente oferta de formação permanente para os trabalhadores dos CAPSi. Operar o trabalho clínico e agenciar a montagem de redes são ações que requerem investimentos substanciais em pessoal e em formação.

No entanto, mesmo considerando a existência destes obstáculos, a ausência de discussão sobre a função de agenciamento territorial pelo CAPSi nos artigos analisados pode sugerir a existência de outro obstáculo, de caráter estrutural e mais resistente à mudança do que os anteriores: o desconhecimento, ou o desvalor, desta função pelos

próprios CAPSi, confundindo-a com anseio de controle ou de centralidade por parte de um dispositivo do Estado.

Alinhado a este problema, e com igual valor de risco, **foi a recorrente referência à missão do CAPSi como sendo a de atender apenas ‘casos de autismo, psicose e neuroses graves’**, presente em muitos artigos e possivelmente compartilhada por muitos trabalhadores da saúde mental. Esta forma de descrever a clientela prioritária do serviço pode induzir à falsa ideia de que o mandato do CAPSi se reduz ao tratamento de patologias específicas, o que seria contraditório com os princípios da atenção psicossocial, dentre outros fatores, pela restrição de acesso que ela engendra.

Um artigo, publicado em 2011, será tomado como exemplo dos vieses que podem ser gerados pela transmissão do CAPSi como um dispositivo destinado ao atendimento de certas patologias. Preocupados com o que consideraram ser uma restrição injustificada, e tomando como orientação oficial a afirmação, extraída da literatura científica, de que o CAPSi deveria tratar apenas *de crianças e jovens com graves transtornos mentais, os chamados autistas, psicóticos e neuróticos graves* (MEYER & BERLINCK, 2011, p.154), Meyer e Berlinck (2011) teceram duras críticas às supostas diretrizes ministeriais, sob a alegação de que elas direcionam o trabalho das equipes *para uma escuta baseada nos diagnósticos classificatórios* (p.157), [...] *que definem os casos que devem ser tratados nos CAPS* (p.158), restringindo o acesso de todos os que não correspondam às patologias especificadas.

As críticas tiveram por base artigos publicados sobre CAPSi, indicando o poder de validação das produções científicas, mesmo quando equivocadas, na análise de políticas públicas. No conjunto das portarias que compõem a base normativa da saúde mental no SUS (MS, 2004b) não há qualquer diretriz estabelecendo a classificação diagnóstica como critério de admissão ou recusa em CAPS/CAPSi. A tomada de responsabilidade, pelo CAPSi, do tratamento de casos de ‘autismo e psicose’ foi enfatizada logo ao início do processo de sua implantação, apenas pela necessidade de ele não reproduzir a omissão de cuidado a esses casos, que atravessara o sistema de saúde mental ao longo do século XX. O mandato psicossocial que instituiu o CAPSi

deveria ter sido suficiente para impingir a esta orientação caráter meramente estratégico. Porém, quando o próprio mandato não é apreendido em seu rigor, uma estratégia inicial, necessária para a reescrita da história, pode correr o risco de se consolidar como um fim em si, ainda mais quando validada pela literatura científica.

Os diferentes entendimentos dos CAPSi acerca da clientela de eleição, idades de corte, atendimento à crise, e de outros pontos registrados na revisão meta-narrativa, podem estar refletindo também este distanciamento em relação ao mandato público, e não apenas particularidades locais na organização de processos para melhor cobertura.

A revisão esclareceu, ainda, a ausência de pesquisas voltadas para análise das estratégias terapêuticas utilizadas nos CAPSi e dos efeitos que produzem na qualidade de vida dos usuários e familiares. Estudos com esta finalidade foram praticamente inexistentes na literatura revisada. Os dois únicos artigos com discussão próxima ao tema se basearam em tecnologias de adequação comportamental, que, a rigor, necessitariam ser problematizadas à luz dos princípios psicossociais.

Um tema de particular relevância é o estudo sobre o tratamento de autistas nos CAPSi, e os efeitos na qualidade de vida, por estar em curso no país um crescente movimento em defesa do financiamento público para organizações não-governamentais ou associações de familiares de autistas, a partir da afirmação da inexistência de atendimento público para autistas na rede de saúde mental.

Como analisado pela revisão, há fortes indicativos da presença desta clientela nos atendimentos regulares dos CAPSi. Entretanto, conhecimento qualificado, informações consubstanciadas e sistematizadas sobre o trabalho realizado não estão disponíveis, dificultando sobremaneira contrapor o veredicto da inexistência de atendimento - mesmo considerando que a questão em pauta é muito mais ampla e complexa do que apenas a falta de informação.

D) Síntese:

A produção científica brasileira sobre CAPSi, no período analisado, foi basicamente de caráter descritivo e exploratório, configurando-se como literatura de aproximação inicial com o dispositivo, sua clientela e principais características.

Ainda que tenha sido observado um crescente interesse no desenvolvimento de estudos avaliativos, a produção com este foco foi escassa e inversamente proporcional à inovação do cuidado em SMCA que o CAPSi representa.

A partir de uma base descritiva comum, foram encontradas diferenças significativas em relação ao entendimento de aspectos-chave do CAPSi, sugerindo um distanciamento em relação a fundamentação política do dispositivo, mais do que a existência de diferenças locais na organização de processos de trabalho ou da cobertura.

Os principais avanços sugeridos pelos CAPSi estão relacionados à ampliação do acesso para casos de maior severidade, fator registrado em todos os estudos que disponibilizaram informação sobre características clínicas da clientela. Outros pontos relevantes foram encontrados com respeito à percepção positiva das famílias, assim como dos profissionais, sobre o trabalho realizado no CAPSi.

A literatura científica sobre CAPSi é incipiente, não permite conclusões mais abrangentes sobre o estado da arte deste dispositivo em território nacional, mas indicou tendências que foram consideradas representativas do processo atual de desenvolvimento do dispositivo, podendo contribuir para sua qualificação, expansão e consolidação no país.

A produção científica sobre CAPSi, no período inicial de sua implantação, foi menos densa do que a importância histórica do dispositivo na construção de uma política pública de SMCA, baseada no marco ético da atenção psicossocial.

E) Recomendações:

A produção científica sobre o CAPSi necessita de maior investimento em estudos de avaliação, com utilização de metodologias sensíveis ao mandato público deste dispositivo e compatíveis com a inovação que representa.

Temas como a articulação e construção de redes ampliadas de atenção; desafios do trabalho intersetorial; análise das intervenções terapêuticas em concordância com os princípios da atenção psicossocial; inovação de estratégias de inclusão social; articulação do CAPSi com a rede básica de saúde e de educação, e outros; constituem uma agenda mínima dos estudos necessários para avaliação e qualificação da estratégia psicossocial representada pelo CAPSi.

Os mecanismos democráticos de participação e deliberação necessitam ser estudados em profundidade, em especial o *Fórum Nacional de Saúde Mental para crianças e adolescentes*. Como instância colegiada, representativa dos diferentes setores e das diferentes tendências em atuação no campo da SMCA, o *Fórum* pode contribuir para a legitimação social – necessária e urgente – das ações psicossociais para crianças e adolescentes.

Estes estudos poderão contribuir para que o CAPSi potencialize suas ações de cuidado e contribua efetivamente para que a SMCA, como política pública, não retroceda ao lugar destinado a ela no primeiro século da história da assistência à crianças e adolescentes brasileiros.

CAPÍTULO 3 - REDE PÚBLICA AMPLIADA DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Era início do ano de 2004. D. Maria, mãe de João, tinha sido notificada pelo Conselho Tutelar por negligência, maus-tratos e cárcere privado do filho. A base da acusação era o fato de João viver, há alguns anos, recluso em um espaço gradeado dentro do seu quarto. Ele tinha 14 anos, era filho único, pai falecido. A família - pai, mãe e ele, ainda bebê -, tinha vindo do Nordeste em busca de melhores condições de vida. Por volta dos seis anos, João começou a apresentar sinais de problema mental grave. Na cidade, o único local de atendimento gratuito era uma instituição filantrópica para deficientes mentais. Até os 11 anos, João foi tratado lá, semanalmente. Com esta idade começou a ficar mais agitado, desorganizado, recusava-se a permanecer nas atividades, mostrava sinais frequentes de auto e hetero-agressividade, gritava muito, tendo sido considerado 'não elegível' para permanecer na instituição. A mãe, já viúva, buscou por conta própria outros serviços, mas sem sucesso. Segundo D. Maria, o filho foi ficando mais agitado e agressivo, de tal modo que ficara impossível sair com ele de casa, até mesmo para ir à padaria. Foi aí que ela decidiu construir o que nomeou como "um berço de dois metros de altura". Era o tal espaço gradeado, motivo da denúncia e da ameaça de perda da guarda do filho. Para o Conselho Tutelar, uma jaula. Para D. Maria, um berço. Para o CAPSi, recém-implantado na cidade, o começo de um trabalho.

O CAPSi assumiu a responsabilidade do caso, afirmando a importância de D. Maria continuar com o filho, e ser incluída nas ações de cuidado. Por 10 meses, algumas vezes por semana, a equipe do CAPSi ia à casa de João. Foi preciso construir com ele e com a mãe uma relação de confiança que permitisse retirá-lo do berço. Durante esses meses, a convite do CAPSi, foram se somando àquela estratégia de cuidado (a partir do berço), o PSF, dois agentes de saúde, alguns vizinhos e o próprio CT - uma rede, não condenatória, mas cuidadosa. Como entender que berço não é jaula, a não ser que 'alguém autorizado' traduza assim?

Certo dia João pôde ir até o CAPSi. Já suportava melhor o barulho da cidade.

3.1 – Intersetorialidade e Rede Ampliada

O processo de implantação da política de saúde mental para crianças e adolescentes (PSMCA) foi iniciado no Brasil a partir da formulação e desenvolvimento de duas ações consideradas estratégicas para o enfrentamento da omissão e desassistência que marcaram a saúde mental infantil e juvenil no país ao longo do século XX. Uma delas, como já apontado, foi a oferta de CAPSi, dispositivo de base

comunitária, com mandato de atendimento para os casos de maior gravidade, e responsabilidade de agenciar a ordenação da demanda de SMCA em um território delimitado. A outra teve como base a construção de estratégias para articulação da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência, com destaque para educação, saúde geral, assistência social e justiça/direitos, com vistas à montagem de redes intersetoriais de cuidado capazes de responder pelas diferentes ordens de problemas ligados à SMCA.

O agenciamento da demanda de SMCA em um território específico - função atribuída ao CAPSi - e a montagem de redes intersetoriais de cuidado são, a rigor, ações equivalentes e fundamentadas em um mesmo princípio da política pública, o da intersetorialidade. Entre o CAPSi e a articulação intersetorial não há diferença de modelo, mas continuidade e complementaridade da ação estratégica proposta pela política pública. Ambos estão baseados na ideia de que a organização da cobertura em SMCA não pode ficar restrita à oferta de serviços de saúde mental, devendo ser potencializada pela articulação de diferentes setores públicos dirigidos ao cuidado da infância e adolescência.

Há na PSMCA um empuxo à intersetorialidade e ao cuidado ampliado³⁰, que inscreve a colaboração e corresponsabilização intersetorial como vias por excelência de construção das redes de cuidado em SMCA. No entanto, para que responda às especificidades da SMCA, a articulação intersetorial dependerá de uma direção pública esclarecida e afirmada pelo campo próprio da saúde mental que, respeitando os

³⁰ Cuidado ampliado se refere à noção de clínica ampliada, entendida como a incorporação na lida cotidiana dos serviços de saúde mental *das dificuldades concretas da vida acarretadas pela doença mental* (TENÓRIO, 2002), que no modelo psiquiátrico tradicional eram consideradas extra-clínicas. Na saúde mental sob o marco psicossocial, a responsabilidade por incorporar ao campo do cuidado tais dificuldades ampliou não apenas o escopo da clínica como produziu a necessidade da integração de outros saberes e práticas junto aos já consagradamente clínicos. Esta concepção, aplicada aos CAPS, remonta a Goldberg, em 1994, quando descreveu a *criação de instâncias e recursos de atendimento até então impensados [...] constituindo-se um continuum de suporte à vida diária dos pacientes* (GOLDBERG, 1994, p.139), os quais tinham sido por longos anos apenas institucionalizados sob o argumento da incapacidade para habitar o meio social. A noção de clínica ampliada instaurou possibilidades até então impensáveis de construção de autonomia possível para o paciente mental, em estreita sintonia com a tessitura de um 'novo lugar social para a loucura' – imagem-objetivo do ideário da Reforma Psiquiátrica brasileira. Posteriormente, Gastão Wagner Campos incorporou o termo ao que seria também esperado da prática clínica no campo da saúde geral, como conceito afinado à necessária produção de autonomia dos sujeitos (CAMPOS, 2006). A ideia de cuidado ampliado ficou inscrita como contribuição solidária da saúde mental ao campo geral da saúde, especialmente a saúde pública.

mandatos específicos a cada setor, permita a construção de um solo comum onde basear respostas de cuidado sensíveis à complexidade do sofrimento e adoecimento mental em crianças e adolescentes.

A organização da cobertura, ou construção de redes, se apresenta como tarefa complexa, implicando mais do que a oferta de serviços, mesmo que não prescindindo da existência deles. O componente dinâmico e processual da rede (a direcionalidade do trabalho) é tão decisivo quanto o componente estrutural (a existência de serviços). Nesse sentido, a discussão que será empreendida neste capítulo abarcará tanto o aspecto dinâmico quanto o estrutural na montagem das redes de atenção em SMCA.

A proposição de serviços inovadores, como o CAPSi, e o estabelecimento do fundamento intersetorial na organização do cuidado foram necessários, e mesmo imprescindíveis, frente ao cenário assistencial vigente no início do século XXI. A distinção entre essas ações - registrada em documento do *Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil* (MS, 2006) – que, como já referido, é mais estratégica do que de conteúdo, respondeu à exigência de alternativas diferenciadas para alavancar o início da organização da cobertura em um país com diferenças regionais significativas em relação ao contingente populacional das cidades, e à capacidade instalada dos recursos públicos setoriais em cada uma delas, inclusive os de saúde mental. Realidades muito díspares não encontrariam condições de iniciar a tomada de responsabilidade pelo cuidado em SMCA caso apenas o CAPSi fosse apresentado como alternativa.

Uma política de abrangência nacional não poderia se privar de oferecer orientações aplicáveis à diversidade do território brasileiro, mesmo que em caráter inicial. A recomendação oficial foi, portanto, a de que, nas cidades de grande e médio porte, o processo fosse iniciado com a abertura de CAPSi, com orientação de operar de forma articulada com os recursos intersetoriais disponíveis no território; e nas de pequeno porte, pela construção de parcerias intersetoriais, capitaneadas pelos dispositivos da saúde mental existentes em cada uma delas (MS, 2006).

A importância da intersectorialidade para a estruturação da rede de SMCA encontra também amparo em pelo menos duas especificidades do cuidado em saúde mental à infância e adolescência.

A primeira, relacionada à particularidade do sistema de cuidado brasileiro que, historicamente, envolveu setores independentes e autônomos em relação à saúde mental - como os da educação, assistência social e justiça -, que operavam isolados uns dos outros, de forma dispersa e fragmentada, mas todos com alguma intervenção sobre crianças e adolescentes com problemas mentais. A ausência ou a sobreposição de ações por esses diferentes setores e o seu correlato, a falta de cobertura adequada, resultou em impropriedades na utilização dos recursos ou na subutilização dos mesmos, e foram razões pelas quais a desassistência acabou por ser a marca do período anterior à formulação da política atual (COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008).

Esse dado histórico aponta, por um lado, a presença de recursos institucionais no país e, por outro, revela os efeitos danosos da ausência de direcionamento psicossocial oficial no uso dos recursos existentes. Por conta da ausência de direção política foram, a rigor, deixadas a descoberto as questões em saúde mental de crianças e adolescentes. O estabelecimento da atual política pública de SMCA, fundamentada na articulação intersectorial e no reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos psíquicos, com história e experiência singulares a serem consideradas no processo do cuidado, tem sido o modo mais consistente de transformar e reorientar este quadro herdado do século XX.

A segunda especificidade está relacionada ao trabalho propriamente clínico com crianças e adolescentes que, por natureza, envolve diferentes atores e setores no processo do cuidado (no mínimo a família e a escola; mas, muito frequentemente, a justiça e assistência social). Esta condição da atenção à infância e adolescência indica a impossibilidade de que um trabalho possa ser conduzido fora de uma articulação intersectorial, ao menos no âmbito das instituições públicas, mesmo que se ressalvem as sutilezas implicadas na direção da clínica, quando muitos e diferentes atores são incluídos em um processo cujo foco deve ser a própria criança ou adolescente.

Essas especificidades tributam à articulação intersetorial um valor especial na montagem das redes que, não por acaso, vem sendo sublinhada nas recomendações oficiais como norte orientador da organização da cobertura em SMCA, tanto para as localidades onde existem ou existirão CAPSi - dos quais se espera potência no agenciamento intersetorial -, quanto nas demais, onde o trabalho em colaboração intersetorial e interinstitucional constituirá a chave dos suportes assistenciais.

Na lógica da PSMCA, e de forma contrária ao processo de muitas outras políticas públicas, a intersetorialidade é uma exigência de primeira hora e não consequência dos efeitos frustrados de estratégias iniciais³¹, porque, além de ser o caminho para superar a dispersão setorial anteriormente vigente, representa, no caso brasileiro, a real possibilidade de existência de redes de cuidados nos diferentes contextos e regiões do país. O problema brasileiro, como já referido, não está na ausência absoluta de serviços para o cuidado em SMCA, mesmo que novos dispositivos sejam urgentemente necessários, mas, principalmente, na presença desarticulada e não orientada dos recursos existentes (COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008).

A transformação desta matéria bruta, não lapidada, em uma verdadeira rede de atenção é dependente do vigor intersetorial que, por sua vez, depende fortemente da inscrição de uma direção comum para que setores com práticas e mandatos distintos entre si encontrem vias consequentes de diálogo e ação. Sem a afirmação de uma direção, sem um norte orientador para o trabalho intersetorial, corre-se o risco de ele se transformar em uma babel, ou em tentativa de domínio ou de mestria de um setor sobre outro - condições que, no limite, apenas manterão intacto o cenário esfacelado que se pretenderia superar.

O estabelecimento dessa direção comum, em nome da SMCA, depende da institucionalidade e poder de pactuação da própria política pública de SMCA, já que é ela, através de suas instituições e serviços, que poderá constituir um ponto *a partir de onde* acionar o movimento de colaboração e corresponsabilização intersetorial, como ações legítimas e necessárias à transformação do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes, segundo o marco ético da atenção psicossocial.

³¹ Conforme discutido por INOJOSA (2001); COUTO & DELGADO (2010).

Em termos operacionais, o entendimento é o de que, onde houver indicação para implantação de CAPSi, ou mesmo onde não houver, o que deverá guiar a construção da rede em SMCA é a colaboração intersetorial. Dito de outra forma, mesmo onde houver CAPSi, a orientação da política é de que sejam criadas redes locais intersetoriais de cuidado, cabendo ao próprio CAPSi a função de iniciar o processo dessa construção nos territórios onde estiver implantado. **O CAPSi deve ser, dessa forma, tomado como um dispositivo estratégico na construção da rede de atenção em SMCA e não apenas como um fim assistencial em si.**

O principal desafio brasileiro em relação à consolidação da política de saúde mental para crianças e adolescentes é o de prover acesso, tratamento e cuidado a todos os que necessitem, a partir da construção de redes locais. Estas deverão basear-se nos princípios éticos, clínicos e psicossociais da política nacional, mas buscarão encontrar na própria realidade local os recursos e as vias mais pertinentes para seu desenvolvimento.

Se os princípios e a direcionalidade do cuidado são de abrangência nacional, as redes reais deverão ser locais, fazendo a melhor utilização dos recursos existentes e tendo a marca da cultura, dos modos de viver e sofrer que particularizam os inúmeros territórios brasileiros. A partir de uma unidade de princípios, a proposta política de SMCA legitima a existência de diversidades operativas em respeito às particularidades regionais.

A ênfase nas possibilidades locais não deve, no entanto, sobrepor ou encobrir o fato de que sua legitimidade depende de que elas sejam permanentemente tensionadas pelas diretrizes da atual política nacional, que as instituiu e autorizou nos territórios. Afirmar a importância de soluções locais não cria um ambiente de independência e autonomia em relação ao próprio mandato público e à sua institucionalidade, constringendo os operadores do cuidado a exercer seus atos em nome da alteridade política e não em nome próprio, ou em nome dos interesses temporários de um governo ou gestão.

Neste capítulo será tomado como conceito chave o de *rede pública ampliada de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes* - matriz conceitual-operacional capaz de balizar o desenvolvimento de diferentes modelagens de rede, permitindo a um só tempo a inventividade necessária aos territórios e a institucionalidade necessária à política pública. Serão também sugeridas algumas configurações possíveis relativas à efetividade da *rede ampliada*, a partir da aplicação de uma matriz de leitura formada pelos componentes da *densidade dos recursos assistenciais*, *visibilidade dos serviços* e *direcionalidade dos vetores de encaminhamento*, tendo como base os dados empíricos da pesquisa *Conhecendo a Rede Pública Ampliada de Atenção à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro*³².

Consideramos que a noção de *rede pública ampliada* é capaz de sintetizar os principais fundamentos da ação psicossocial em SMCA: responsabilidade pública, base comunitária, clínica ampliada, trabalho em equipe multiprofissional, intersetorialidade, e reconhecimento do usuário como sujeito psíquico, ativo em sua história e experiência de vida. Em resumo, se a rede de atenção em SMCA deverá ser pública, de base comunitária, operar com a noção de clínica ampliada, não reduzir um sujeito ao seu transtorno mental e desenvolver trabalho em colaboração com outros setores, a noção de *rede pública ampliada* pode ser tomada como noção-síntese e guia das ações a serem desenvolvidas para que em futuro próximo tenham sido inscritas novas linhas na história da SMCA.

Antes, porém, de prosseguirmos com o tema da *rede pública ampliada*, e a título de contextualização, faremos um breve percurso para situar a importância que a noção de rede adquiriu mais recentemente no campo da saúde pública brasileira e, há mais tempo, desde o advento do ideário da Reforma Psiquiátrica brasileira, no campo da saúde mental.

³² A apresentação e detalhamento da Pesquisa 'Rede Ampliada' serão feitos adiante neste capítulo.

3.2 - A Noção de Rede no Sistema de Saúde Brasileiro

Apesar de há muitos anos ser um termo recorrentemente utilizado pela área da saúde geral para descrever ou mesmo representar o sistema de atendimento, a ideia de rede apenas recentemente vem se destacando como conceito chave na montagem e funcionamento do sistema público de saúde. Esta nova inflexão do termo rede está diretamente relacionada à avaliação dos efeitos contraditórios gerados pela aplicação do modelo inaugural do SUS, calcado na racionalização e hierarquização da atenção, e representado pela imagem de uma pirâmide.

Segundo Cecílio (2004), a proposta do SUS, nos idos dos anos 80 do século passado, foi amparada em uma concepção de modelo assistencial representada pela imagem da pirâmide, que supunha a possibilidade de se alcançar a universalidade e efetividade do cuidado a partir de uma ampla base de acesso, o nível primário da assistência, complementada por outros dois níveis, o secundário e o terciário, que seriam acessados por mecanismos de referência e contrarreferência sempre que espaços de maior complexidade tecnológica se fizessem necessários para o melhor cuidado da população.

Essa imagem piramidal, segundo o autor, foi incorporada ao ideário do movimento sanitário brasileiro – importante ator na defesa da construção do SUS - porque parecia sintetizar o alcance de dois grandes objetivos estabelecidos à época: a) a expansão da cobertura e a democratização do acesso, pela implantação da porta de entrada no sistema de saúde através da atenção primária, representada pela base da pirâmide; b) a racionalização no uso dos recursos financeiros, possibilitada pela hierarquização do cuidado.

A aspiração por um sistema de saúde universal - baseado no direito do cidadão e no dever do Estado, conforme a Constituição de 1988 -, capaz de ser efetivo no cuidado e racional na aplicação dos recursos públicos, magnetizou naquele período o esforço dos sanitaristas na formulação de um modelo com densidade teórica e

viabilidade prática, que pudesse ser transmitido à sociedade como uma possibilidade concreta de alcançar o ideal do cuidado em saúde para todos.

A figura da pirâmide foi representativa daquele modelo, que pretendia, também, evidenciar, de forma densa e consistente para a época, todo um ideário de justiça que movia os atores da Reforma Sanitária na direção da redemocratização do país, agregando à tese de defesa do SUS a de justiça social (CECÍLIO, 2004). Dito de outra forma, o movimento da reforma sanitária concebeu o SUS como uma estratégia setorial fortemente articulada ao projeto mais amplo de democratização da sociedade brasileira, cuja imagem-objetivo de futuro era a promoção de qualidade de vida e de boas condições de saúde para todos os cidadãos. Nesse sentido, mais do que uma política estrita de saúde, o SUS representou uma ação social na direção da superação da exclusão e iniquidade que colocavam a maioria da população brasileira no limbo da cidadania e da democracia (FLEURY, 2009).

Entretanto, por múltiplas razões, a aplicação do modelo piramidal, baseado na organização da atenção em três níveis de complexidade, a despeito dos avanços conquistados, gerou problemas substanciais na oferta de cuidado e manteve enormes bolsões de desassistência, além de outros problemas estruturais, determinando a necessidade de sua substituição por modelagens mais próximas de tornar real o compromisso com a universalidade, equidade, qualidade da atenção e inclusão social.

Cecílio (2004) atribui à própria concepção do modelo assistencial grande parte do insucesso da proposta, argumentando que o mesmo não correspondia ao itinerário real dos usuários na busca por assistência e, por isso, não foi efetivo.

Outros autores acrescentam à análise o problema da concepção do processo saúde-doença implícita no modelo da pirâmide (MENDES 2008; CAMPOS, 2006). De forma resumida, a crítica desses autores é que a suposição na eficácia de um sistema organizado pela tripartição de serviços em níveis primário, secundário e terciário dependia de a doença ser concebida como episódio adverso em relação à saúde, de caráter pontual, sujeita à cura ou remissão, e que incidiria sobre pequena parcela da população pela efetividade das ações de prevenção. A maioria das ações ofertadas à

população a partir desse modelo ficaria, portanto, no nível primário ou básico, voltado à prevenção das doenças, com baixa densidade tecnológica e baixo custo relativo. Na linha crítica tecida por esses autores, uma das razões centrais para os efeitos negativos produzidos pelo este modo de funcionamento do sistema foi a incorporação, pelo SUS, de uma concepção naturalista do processo saúde-doença, desconsiderando os múltiplos determinantes do adoecimento e a complexidade das questões implicadas no cuidado em saúde.

Cabe ressaltar que os problemas advindos da aplicação do modelo hierarquizado de atenção não foram exclusividade do sistema brasileiro. Em diferentes países, por diferentes razões, o desenvolvimento desse modelo não produziu os resultados esperados de ampliação do acesso e qualificação do cuidado, engendrando o que, no contexto internacional, tem sido afirmado como a necessidade de uma nova geração de reformas sanitárias (MENDES, 2011).

As novas reformas, segundo seus defensores, deverão centrar-se na busca da equidade, na integração da atenção, na valorização da atenção primária, na introdução de metodologias sistemáticas de avaliação e no empoderamento dos cidadãos, com vistas a superar a fragmentação da assistência ainda presente em grande parte do mundo (HAM, 1997).

No movimento por novas reformas na saúde têm-se destacado as experiências de construção de sistemas integrados de atenção, que configuram um contínuo coordenado de serviços ofertados a uma população definida, onde os principais fundamentos se assentam na noção de rede e de território. São as chamadas redes de atenção à saúde (RAS), baseadas na horizontalidade da atenção em substituição à verticalidade da organização hierárquica (SHORTELL et al, 1993; LEAT et al, 1996).

No contexto brasileiro, diferentes autores, que mantêm em comum a defesa do SUS como política social, têm se dedicado a construir novas propostas para o sistema, que se pretendem mais afinadas aos princípios constitucionais que legitimaram o SUS no final da década de 80. Um dos modelos formulados encontra na ideia de rede sua principal base de apoio, tanto para o desenvolvimento organizacional quanto dinâmico

do sistema. A proposta de Redes de Atenção à Saúde (RAS), baseada e inspirada no debate internacional, tem sido defendida por Mendes (2008, 2011) e apoiada por grande parte do campo sanitário brasileiro como a alternativa mais consequente para superar os problemas do modelo anterior. As RAS têm colocado no centro do debate da saúde pública, com envergadura conceitual e não apenas descritiva, a noção de rede.

As RAS estão baseadas na premissa da determinação social do processo saúde-doença, e têm no conceito de condições de saúde a referência para sua organização, em substituição ao conceito clássico de doenças transmissíveis e não-transmissíveis, que durante décadas orientou a montagem de sistemas hierárquicos de atenção. Por condições de saúde são entendidas as circunstâncias mais ou menos duradouras de saúde das pessoas que irão exigir respostas diferenciadas dos sistemas. Essas condições podem ter curta duração, as situações agudas; ou tendência à permanência no curso da vida, as situações crônicas.

De modo geral, a avaliação tem sido a de que os países desenvolvidos ou em desenvolvimento estão passando por um incremento de condições crônicas, que exigem novas formas de organização dos sistemas para responder de modo mais efetivo ao que essas condições requerem. Nas palavras de Mendes (2011):

O mundo e o Brasil apresentam um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição de condições de saúde, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas. Ou seja, manifesta-se, universalmente, o fenômeno da transição epidemiológica (p.43).

Os principais críticos do modelo hierarquizado afirmam que ele só poderia responder a situações agudas, deixando totalmente a descoberto respostas mais consequentes para o cuidado continuado das situações mais duradouras. Seu insucesso anunciado teria direta relação com esta limitação, calcada em uma premissa de agudização dos problemas, e incompatível com as condições de saúde das populações nas décadas finais do século XX.

Para Ham (2007), autor de importantes estudos de avaliação sobre sistemas de saúde no contexto internacional,

O paradigma predominante de doença aguda é um anacronismo. Ele foi formatado pela noção do século XIX de doença como uma ruptura de um estado normal determinada por um agente externo ou por um trauma. Sob esse modelo a atenção à condição aguda é o que enfrenta diretamente a ameaça. De fato, a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevalentes hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas. (apud MENDES, 2008, p.5)

Essas novas condições de saúde exigem sistemas baseados na integralidade da atenção, na oferta de cuidado continuado e orientados para o exercício da cooperação interinstitucional. As RAS visam a se inscrever nesta perspectiva de cuidado, organizando-se como um *conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida* (MENDES, 2011, p. 50).

Para Mendes (2008, 2011), em amplo acordo com a tese de Ham (2007) sobre o contexto internacional, o problema principal do SUS foi o de ter se organizado com base em um diagnóstico da situação de saúde da população incompatível com os dias atuais. Isto porque, argumenta, a situação de saúde brasileira vem sofrendo uma profunda e acelerada transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento da população, pelo aumento da expectativa de vida e pela queda da fecundidade, que indicam uma transição epidemiológica com consequências para a organização da atenção pela presença hegemônica de condições crônicas, e não agudas, a serem cuidadas.

O modelo hierarquizado ou piramidal, que inaugurou o SUS, mais voltado para o atendimento de condições agudas do que apto ao cuidado continuado de condições mais duradouras, não respondeu adequadamente às necessidades da população e, portanto, não gerou valor aos cidadãos que utilizaram o sistema.

O descompasso entre as condições de saúde e os sistemas de atenção é apontado por Mendes (2011) como o principal problema contemporâneo dos sistemas de saúde em todo o mundo, tendo incidência especial e mais danosa nos países em desenvolvimento, em particular o Brasil.

Para o autor é necessário e urgente que no país seja restabelecida *a coerência entre a situação de saúde e o SUS* (MENDES, 2011, p.18), o que implicará mudanças estruturais no SUS, de modo a torná-lo apto a prestar atenção contínua, longitudinal e integral como requerem os cuidados das condições crônicas de saúde; mudanças que serão igualmente potentes, segundo ele, para responder às situações agudas que continuarão a existir.

A defesa dos proponentes de novas reformas é que, nas RAS, o centro de comunicação do sistema e porta de entrada principal deve ser a atenção primária, que precisará adquirir capacidade resolutiva para a maioria dos problemas de saúde de uma dada população e ter competência para funcionar como o centro de comunicação entre os pontos de atenção à saúde, integrando-os. A ideia é que a hierarquização do atendimento poderá ser substituída definitivamente pela integração de pontos de atenção situados horizontalmente uns em relação aos outros, tendo como centro coordenador do processo a atenção primária (MENDES, 2011).

Para a finalidade da discussão que pretendemos neste capítulo, não cabe aprofundar as questões envolvidas no novo arranjo proposto para o sistema de saúde. Interessa destacar a tendência atual de o sistema ser pensado a partir de bases que superam a visão naturalista de adoecimento e a visão hierarquizada de cuidado, e sublinhar o movimento de afirmação de sua maior efetividade quando passa a operar com a lógica de rede e não com a de hierarquia.

Por lógica de rede entende-se a organização não hierárquica de serviços situados em um território sanitário, articulados por objetivos comuns, pelo uso compartilhado de tecnologias e recursos, por ações colaborativas e corresponsáveis, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, gerando valor para os usuários do sistema de saúde.

3.3 - A Noção de Rede na Saúde Mental

Na saúde mental, sob o marco da atenção psicossocial, o trabalho na lógica de rede tem representado nas últimas três décadas o modo mais potente de conduzir o cuidado. Ou seja, muito antes de rede ser uma noção chave para reorientar o sistema de saúde geral, já ocupava lugar de destaque na saúde mental brasileira, conquistado pelas exigências decorrentes do processo de construção do modelo comunitário de saúde mental, tributário do ideário da Reforma Psiquiátrica, e consagrado no país como ‘campo da atenção psicossocial’.

A necessidade de substituir o modelo asilar de tratamento por outro capaz de cuidar responsabilmente de pessoas com problemas mentais graves em meio aberto, fez com que a construção de redes de suporte passasse a ser a principal forma de conduzir o trabalho na saúde mental brasileira. ‘Trabalhar em rede’, ‘construir com o paciente sua rede de suporte’, passou a representar a matriz de uma nova forma de atendimento, inscrevendo a noção como pilar de sustentação tanto do trabalho clínico, como da organização da oferta de cuidado no âmbito das formulações políticas, sob o novo paradigma da “atenção psicossocial” (VENÂNCIO, LEAL & DELGADO, 1997).

A convocatória da Reforma Psiquiátrica, movimento iniciado no país no final da década de 70 do século XX, foi marcada pela afirmação enfática de que a reorientação do modelo só seria possível pela criação de redes substitutivas ao hospital psiquiátrico, de base territorial e orientadas pelo reconhecimento do paciente mental como cidadão, sujeito ativo em sua história e com direito de habitar o espaço social. Termos como os de ‘construção de rede substitutiva’, ‘trabalho com a rede ou em rede’ e outros de sentido equivalente, passaram a traduzir e guiar o processo transformador e foram se estabelecendo como imagem-objetivo do que era esperado do sistema público do país no cuidado de pacientes mentais, sem o recurso à segregação asilar.

Não apenas os pacientes, antes reclusos nas instituições psiquiátricas, foram chegando ao território com a ação da Reforma, como também a clínica encontrou o

território e foi instada a *construir, em um labor permanente, a relação com o território* (DELGADO, 2007, p.61). Um dos resultados desse encontro, sempre inconcluso e em constante processo de tessitura, foi a descoberta da efetividade do trabalho em rede para responder aos enormes desafios de tratar em liberdade.

Apesar da importância desta noção para o campo, são escassos os estudos que aprofundem a gênese da noção de rede presente na Reforma Psiquiátrica (ZAMBENEDETTI, 2008). Grande parte da produção sobre o tema já parte da constatação de que o trabalho em rede é o cerne da atenção psicossocial, dedicando-se a discutir a diversidade das práticas, seus efeitos, impasses e outras vicissitudes da operação, deixando em aberto a genealogia da noção.

O valor do cuidado em rede foi consolidado através de experiências reais desenvolvidas nos serviços substitutivos, que foram gradativamente implantados no país a partir dos últimos anos da década de 80, com especial destaque para a experiência do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e o processo de implantação da rede de serviços territoriais da cidade de Santos (SP). A primeira, CAPS Luiz Cerqueira, inaugurado em 1987, protagonizou um modo inovador de exercer o cuidado em um serviço público de saúde mental, ao incorporar como rigorosamente clínicas as dificuldades concretas da vida acarretadas pelo adoecimento mental. A torção operada no mandato clínico acabou por expandir o campo terapêutico (GOLDBERG, 1994), cunhando uma expressão que se consagrou na atenção psicossocial, a de clínica ampliada. Por sua vez, o Programa de Saúde Mental de Santos foi o primeiro com envergadura municipal baseado no questionamento radical dos pressupostos do modelo asilar, constituindo um amplo programa público de desinstitucionalização e de montagem de serviços territoriais articulados em rede para plena cobertura das necessidades em saúde mental de uma população. Ambas as experiências estão inscritas na história brasileira como ícones da inovação representada pelo cuidado psicossocial, constituindo-se como fontes inspiradoras do que viria formar mais tarde a base normativa da saúde mental no SUS (TENÓRIO, 2002; CAMPOS & HENRIQUES, 1997).

No plano das orientações normativas, foi a partir do ano de 2001 - após a promulgação da Lei da Saúde Mental (Lei 10.216) e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)³³, fatos ocorridos respectivamente em abril e dezembro de 2001 -, que a noção de rede adquiriu envergadura de força motriz do funcionamento e organização do sistema de cuidado, oficializando a inflexão emanada das experiências inovadoras dos serviços substitutivos. Como afirmado por Borges e Baptista (2008), *a construção de uma política ultrapassa o perímetro da produção normativa* (p. 467), mas não é divorciada dela em suas consequências. As normas oficiais no campo da saúde mental, segundo as autoras,

têm o poder de desenhar limites, na medida em que abrem algumas possibilidades e fecham outras, indicando um caminho a ser seguido. [...] Sob a produção normativa, existe uma sustentação política, jurídica e teórico-conceitual que dá o tom da reforma psiquiátrica (idem, p. 457).

Zambenedetti (2008) argumenta na mesma direção, com base em outro componente do SUS, as conferências de saúde/saúde mental. Para este autor, que analisou o conjunto das conferências de saúde mental realizadas no país, foi *na III CNSM, de 2001, que [se encontra] a maior proliferação da palavra rede: rede substitutiva, rede de cuidados, rede de serviços, rede pública, rede assistencial e assim por diante* (p. 81), quando comparada com as duas conferências anteriores, formando a base de institucionalidade para que a noção passasse a ocupar lugar central nas instruções normativas geradas a partir daí.

A partir da III CNSM o conceito de rede, construído e disseminado pela saúde mental ao longo da segunda metade dos anos 90, incorporou-se definitivamente e de modo sistemático ao vocabulário da política nacional de saúde mental e da Reforma

³³ É importante dizer que a Portaria Ministerial 224, de 21 de janeiro de 1992, já fazia menção à “rede de serviços” na organização do sistema de saúde mental. Entretanto, naquele momento histórico ainda eram acentuados na saúde mental, e no SUS, os princípios da hierarquização e regionalização, o que dotava o entendimento de rede de um significado diferente em relação ao que vem sendo debatido na atualidade. A “rede de serviços” na Portaria 224 submetia-se à lógica hierarquizada e intra-setorial vigente à época.

Psiquiátrica brasileira, fazendo par dialógico com outro conceito-chave, o de território³⁴.

As portarias ministeriais que sucederam à III CNSM, especialmente a PT 336/02, consagrada como a portaria dos CAPS, passaram a inscrever o funcionamento em rede como o eixo de sustentação do modelo comunitário de atenção (MS, 2002a, 2004b). As redes e suas interfaces substituiriam a partir daí a lógica hierarquizada e intrassetorial que ainda vigia nas instruções normativas da saúde mental. Os CAPS, em lugar de serviços especializados, foram instituídos como dispositivos estratégicos, integrando ao mandato terapêutico o mandato de agenciamento *da rede de cuidados em saúde mental no âmbito dos seus territórios* (MS, 2002a, grifo meu), com expressiva ampliação do escopo de suas ações.

Este redimensionamento do mandato dos CAPS tem sido, no entanto, objeto de calorosos debates no que diz respeito a sua real significação como mudança na morfologia do sistema. Para alguns autores, a função atribuída aos CAPS de ‘ordenadores da demanda em saúde mental’ nos seus territórios de responsabilidade reproduziria, sob novas roupagens, o risco de centralidade no sistema de cuidado antes ocupado pelo hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2003), e colocaria a rede como elemento meramente complementar. Para outros, a mesma função é tomada como a única condição de possibilidade para que sejam ultrapassados os muros simbólicos e concretos que impedem o direito de pessoas com problemas mentais graves de habitar o social, condição que requer uma ação decidida, encarnada por um dispositivo da saúde mental (ELIA, 2005), para que as redes de fato sejam construídas como elemento estrutural do sistema. As querelas em torno da função ordenadora dos CAPS acabam, a rigor, por inscrever a rede como uma noção chave para a atenção psicossocial, além de norte da ação política da saúde mental.

Nossa posição, reforçada pelos desafios recentemente inscritos no campo da saúde mental por crianças e adolescentes, é a de que o mandato gestor dos CAPSi – ou

³⁴ O conceito de território na saúde mental diz respeito ao *locus* da ação clínica e psicossocial. Por isso, como afirmado por Delgado (1999), *o território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura do seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo* (p.117).

seja, a responsabilidade por agenciar a organização da demanda em SMCA nos territórios – é não apenas estratégico, como decisivo. De que outra forma vencer as barreiras de resistência, representadas pela pregnância da imagem social de criança como mero aprendiz, ou um ser reduzido ao desenvolvimento, que marcaram as políticas de cunho educacional e corretivo dirigidas a ela por mais de um século? Sem um ponto *a partir de onde* começar, como possibilitar experiências de pertencimento social a uma legião de meninos e meninas que portam uma radical forma de estar no mundo, e abalam os ideais da figura sem sofrimento ou dor de existir que marcam ainda hoje a imagem social da criança?

A ordenação da demanda, por sua capilaridade territorial, é também um meio de ampliar o conhecimento nos diferentes contextos do país sobre as condições e os modos de sofrer de crianças e adolescentes e, ainda, sobre os principais agravos e reais necessidades em SMCA. O conhecimento clínico e epidemiológico sobre problemas de saúde mental na população infantil e juvenil, e sobre os agravos advindos deles – fatores importantes no planejamento da oferta de serviços - são ainda incipientes no contexto brasileiro (COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008). Quando existentes, são baseados em instrumentos de avaliação sem acuidade para captar as experiências reais de sofrimento de crianças e adolescentes. A capilaridade territorial de um dispositivo psicossocial pode contribuir para ampliar esse conhecimento, outorgando ao mandato do CAPSi de ordenador da demanda um valor especial na SMCA.

Voltaremos a esta questão adiante. Nosso argumento será o de que, sem a inscrição de uma **presença viva** nos territórios, encarnada pelo CAPSi ou outro dispositivo de saúde mental, não haverá rede construída que opere como suporte de transformação na vida real de muitas crianças e adolescentes. Este processo não se constitui naturalmente. Ele depende de uma decisão política, claramente orientada, que o faça valer. A questão nodal, portanto, não é o risco de reedição de centralidade pelos CAPSi, ou CAPS, mas sim o desafio de formar trabalhadores que exerçam a **presença viva** sem tomá-la como um fim em si ou como subordinação dos outros recursos à saúde mental, mas como estratégia de conhecimento, transformação e luta

pelo direito de existência cidadina de sujeitos considerados ‘diferentes’, com toda complexidade que isto significa.

3.4 – Rede na Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

Para a saúde mental de crianças e adolescentes, tema principal desta tese, o conceito de rede vem orientando a operação do cuidado, o desenvolvimento da articulação intersetorial e a construção do sistema de atenção.

Herdeira dos avanços conquistados pela saúde mental geral na construção do modelo comunitário, a SMCA iniciou sua história incorporando muitos dos princípios da atenção psicossocial, dentre eles, o de rede. Além de norte orientador do cuidado, a noção de rede ganhou proeminência como arranjo organizacional para formulação e execução da própria PSMCA.

Entretanto, como já apontado, não é possível afirmar a existência de um entendimento comum sobre o modo de colocar em operação a direcionalidade do trabalho em rede, sendo também muito diversas as experiências em curso.

Considerando essa diversidade, vamos propor, a título de contribuição, alguns pontos mais diretamente ligados à dinâmica da operação em rede, para em seguida avançarmos na discussão do plano estrutural das redes de cuidados em SMCA, baseadas na intersetorialidade.

Do ponto de vista dinâmico, vamos propor que:

- a) **Rede supõe um processo.** Ou seja, sua positividade depende de estar em permanente construção. Desta forma, “construir rede” – fala recorrente no campo da SMCA – não visa **em si** uma materialidade, onde um conjunto de dispositivos estaria à disposição dos operadores para referência e contrarreferência dos casos atendidos. A ideia de construção de rede tem estreita relação com a concepção de

clínica que orienta o campo público da saúde mental. Nesta concepção, as particularidades de cada caso são os determinantes para a construção de **sua** rede de suporte. Assim, nas redes, podem coexistir desde os recursos formais de um território (instituições e serviços), até os recursos laicos ou informais, se a direção clínica do caso assim o determinar. A rede, então, nunca estará totalmente finalizada, porque nunca se poderá saber de antemão o que um determinado caso demandará como suporte em seu processo de tratamento e cuidado.

- b) **A rede é aberta.** Essa imagem da rede é consoante com seu caráter processual e tem como consequência a necessidade de novas invenções a cada caso ou situação que se apresente.

- c) **A rede tem 'nós'.** Estes são os pontos de ancoragem da rede e o que lhe confere concretude ou existência material. Os **nós** da rede podem, em muitos casos, coincidir com as instituições/serviços e, portanto, sua existência nos territórios é fundamental na construção de redes. Entretanto, a ocorrência de instituições e serviços formalmente implantados em um dado território não garante a existência de uma rede de suporte aos casos.

- d) **A rede depende de uma presença viva.** Sendo ela processual, aberta e ancorada em pontos de sustentação nem sempre institucionais, a rede depende da intervenção de uma **presença viva** para sua construção. Dito de outra forma, o estabelecimento das redes não se dá de forma efetiva e consequente apenas a partir de orientações normativas, protocolares ou pela organização de fluxos de atendimento. Não há, no âmbito das normatizações ou protocolos, uma racionalidade que, por si, garanta a direção esperada. É a lógica de rede, e o marco ético da política, que devem presidir a norma e o protocolo, e não o contrário. A rede, assim entendida, depende de que um serviço, equipe ou profissional faça valer sua necessidade e direção. Ela não pode ser pensada a partir de uma racionalidade em si que, em exterioridade ao próprio processo de sua construção, lhe confira existência e legitimidade, como supostamente pretendem os fluxos

previamente estabelecidos. A norma requer interpretação, a partir dos princípios que orientam a ação psicossocial. Como proposto por Laurent (1996):

O que é um procedimento e sua aplicação? [...] A regra não é independente de sua prática regular. Ela não está no céu das regras e a prática em outro lugar. Isso quer dizer também: [...] não há regra sem uma prática viva de interpretação das regras (p.17, grifo meu).

Há necessidade, portanto, de uma **presença viva** que, orientada pelos princípios éticos da política, intervenha sobre a artificialidade das normas, para que a SMCA coloque em operação o seu mandato. Ou seja, para iniciar o processo de construção das redes é necessário que um dispositivo ‘esclarecido’, através de um profissional de saúde mental, se apresente como o primeiro agente desse processo, constituindo um ponto de começo, uma ancoragem primeira, um ponto *a partir de onde* o que virá a ser construído como rede se faça realidade.

Esse dispositivo (*ponto a partir de onde* começa a rede) não se situa, no tempo inicial da construção, no mesmo patamar dos demais parceiros do cuidado, porque será responsável por convocar e por fazer valer a necessidade dessa rede. A **presença viva** é o agente que protagoniza o processo. Em um segundo tempo, este ponto de ancoragem inicial integrará a rede como mais um dentre os vários componentes, selando a corresponsabilização, colaboração intersetorial e interinstitucional, como marcas do processo, próprias à operação em rede.

É a tomada de responsabilidade que diferencia o primeiro tempo da construção de uma rede, inscrevendo a ideia de **presença viva** como imprescindível para que a rede seja construída³⁵. A tomada de responsabilidade é um princípio ético, e a lógica de rede, o modo de sua aplicação.

³⁵ Tomada de responsabilidade é um dos conceitos centrais no texto da Psiquiatria Democrática Italiana, significando o compromisso ético dos serviços com a história viva de seus usuários (DELL'ACQUA & MEZZINA, 1991).

Social e historicamente os problemas de SMCA foram traduzidos como questões educacionais ou de justiça, e as instituições de assistência até fins do século XX se orientavam por estes discursos, com práticas pedagógicas ou corretivas que se naturalizaram como forma de cuidado. Para fazer valer a criança como sujeito passível de sofrimento mental, de idiossincrasias, a SMCA terá o desafio não apenas de operar uma torção discursiva no que foi naturalizado, mas de afirmar, através de sua **presença viva** nos diferentes territórios, os efeitos inclusivos que poderão advir de um cuidado pautado no reconhecimento da criança ou adolescente como sujeito.

A determinação normativa que confere aos CAPSi a função de ordenadores da rede (ou da demanda) em SMCA, pode ser tomada como intrinsecamente ligada a esta ideia de **presença viva**. Espera-se dos CAPSi que possam funcionar como “motor” ou como “usina” de **uma** rede, em **um** território, para **um** determinado caso, a partir da orientação ética da tomada de responsabilidade pelas questões da SMCA em determinado território. Entretanto, a **presença viva** não se confunde com o CAPSi. Ela pode ser encarnada por outro dispositivo/agente da saúde mental, estendendo a possibilidade de sua ação a qualquer contexto do país, tenha ou não CAPSi dentre os seus recursos de saúde mental. Mas, onde houver CAPSi, ele não poderá recuar desta função.

- e) **A rede é sempre ampliada.** Por questão de coerência interna, nenhum ponto de ancoragem da rede pode se constituir como total, outorgando a si a capacidade de encerrar o suprimento das necessidades de um determinado caso. Nesse sentido, a rede é, por natureza, ampliada, assim como a clínica na atenção psicossocial. Em relação ao cuidado de crianças e adolescentes, para além das questões de coerência interna, há o fato de que, no processo de constituição subjetiva, uma criança é atravessada por diferentes discursos (familiares, jurídicos, educacionais, psicológicos, culturais, etc.), que geram práticas de assistência diversas, com as quais a SMCA terá que lidar, sensibilizando-as para o compromisso com o trabalho psicossocial, sem descaracterizá-las em relação aos seus próprios mandatos. A

ideia é que no espaço vazio produzido pelo entrecruzamento de diferentes discursos (já que não há correspondência ponto a ponto entre eles) emane a criança mesma, com suas particularidades, idiossincrasias e tudo o mais que lhe confere humanidade/subjetividade. Será, portanto, a criança, ou o adolescente, que poderá vir a constituir o ponto comum nas diversidades setoriais, o verdadeiro problema comum a reunir diferentes práticas e discursos em torno de questões que nenhum deles sozinho é capaz de responder. A rede ampliada esclarece também os limites de todo e qualquer saber frente à complexidade da experiência humana.

Se, em relação à dinâmica da operação em rede, os pontos destacados anteriormente podem constituir uma direção consequente na SMCA, será preciso considerar que uma rede pública de atenção não se reduz ao seu componente dinâmico, mesmo que este seja decisivo para sua efetividade, mas, igualmente, inclui os componentes materiais, ou seja, os serviços e instituições. A execução de uma política pública exige o desenvolvimento de diferentes planos de ação, uns mais visíveis e concretos do que outros, mas todos imprescindíveis ao processo de sua consolidação.

Como sugerido por Stelk e Slaton (2010), com foco nas transformações necessárias para que a SMCA supere a defasagem presente na maior parte dos países do mundo entre as necessidades das crianças e adolescentes e as ofertas de cuidado, as mudanças nos sistemas de atendimento devem alcançar as diferentes dimensões que compõem o espectro dos programas políticos de SMCA.

Com base no estudo de Stelk e Slaton (2010) pode-se afirmar que no plano da estrutura estão situadas as instituições e serviços diretamente oferecidos à população, que constituem a face mais visível da ação política para as famílias, crianças e adolescentes. Além desta, há o corpo legislativo e normativo da política, o financiamento, diretrizes, organização de treinamento e formação permanente dos trabalhadores, sistema de monitoramento e acompanhamento, produção de dados e informações oficiais, organização de defesa de direitos e demais aspectos relacionados

à base de suporte da política. Este plano é o menos visível para famílias e usuários, mas decisivo para o desenvolvimento da face estrutural, mais visível. Além dos dois planos, os autores distinguem a meta-estrutura, entendida como o plano onde estão em ação os valores, crenças, culturas, visões de mundo, concepções sobre as diferenças humanas que, em maior ou menor grau, afetam o modo como os agentes do cuidado exercem seu trabalho junto à clientela, e também a forma como a sociedade em geral acolhe ou delibera sobre as ações políticas. É certamente o componente mais resistente à mudança quando propostas inovadoras são colocadas em ação.

Ainda segundo os autores, as transformações no plano da estrutura são as mais frequentes e provavelmente as mais fáceis de ser realizadas, porque mais diretamente ligadas às decisões de gestores e trabalhadores do sistema de atenção. Entretanto, argumentam, os demais planos não devem ser negligenciados em relação à importância que têm como guias e suporte na consolidação das políticas de atenção à saúde mental. Eles pavimentam transformações sociais, culturais, teóricas, clínicas e outras, indispensáveis para que inovações no modo de cuidar possam se inscrever de modo mais definitivo.

Sem uma sólida fundação não há como desenvolver as transformações necessárias ao cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, quando considerados sujeitos de plenos direitos sociais e subjetivos.

O componente estrutural da rede, os serviços e instituições, por constituir a face mais tangível do sistema de atenção, representando a materialidade da política junto aos usuários e suas famílias, deve ser objeto de investimento prioritário no período inicial de implantação de políticas públicas, como a de SMCA.

A ampliação do acesso requer a oferta de novos serviços, mas também o aprofundamento do conhecimento sobre as instituições que historicamente vinham assistindo crianças e adolescentes, de modo que possam ser reorientadas, potencializadas e passem a integrar uma rede ampliada de atenção, fundamentada nos princípios éticos da saúde mental. Concomitantemente à implantação de novos

serviços, a reorientação dos já existentes é, portanto, um passo decisivo na consolidação do processo de legitimidade da PSMCA.

Para discutir este argumento, será apresentado a seguir um estudo desenvolvido em quatro localidades do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2006-2008. Trata-se da pesquisa intitulada “Conhecendo a Rede Pública Ampliada de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente”, que mapeou e descreveu todas as instituições públicas ligadas aos setores da saúde, educação, assistência social, justiça/direitos, que prestavam assistência às crianças e adolescentes nas localidades estudadas. O estudo teve o intuito de aprofundar o conhecimento sobre os recursos em SMCA, com base em realidades assistenciais específicas, e de colaborar com o esclarecimento de estratégias para o desenvolvimento da PSMCA.

O referido estudo diz respeito ao plano estrutural da PSMCA, e sua inclusão neste capítulo cumpre a finalidade de subsidiar a discussão sobre o desenvolvimento da rede ampliada de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, com foco no componente material/estrutural da rede.

Como será visto a partir das realidades estudadas, há ações em curso, mas há também necessidade premente de construção de novas ações e serviços, assim como de redirecionamento de muitos dos já existentes – tarefa precípua das esferas de gestão, com a participação ativa de trabalhadores, usuários e da sociedade organizada e esclarecida.

3.5 – A Pesquisa Rede Ampliada de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente

No período de 2006 a 2008 foi realizado o estudo “*Conhecendo a rede pública ampliada de atenção à saúde mental da criança e do adolescente: dimensões da exclusão*”, resultado de uma parceria entre a Universidade Federal do Rio de Janeiro (através do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental, do Instituto de Psiquiatria – NUPPSAM/IPUB) e a Universidade de Columbia de Nova York/EUA

(através da Divisão de Psiquiatria da Infância e Adolescência), com o apoio e colaboração da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde do Brasil (MS)³⁶. A autora desta tese integrou a equipe de pesquisadores responsáveis pelo estudo.

O estudo mapeou e descreveu em quatro localidades do Estado do Rio de Janeiro todas as instituições públicas de assistência a crianças e adolescentes, ligadas aos setores da educação, saúde, assistência social e justiça/direito.

Para fins da pesquisa, instituições públicas foram definidas como aquelas de natureza pública ou financiadas regularmente com recursos do poder público. A premissa para a extensão do mapeamento aos setores da educação, assistência social, justiça e direitos, além do setor saúde, foi o fato histórico que apontava a atuação desses setores sobre crianças e jovens com problemas de saúde mental, conforme já referido. Além disso, contou a hipótese de que a necessária cobertura para as diferentes ordens de problemas implicados na SMCA dificilmente poderia se restringir à oferta de serviços especializados de saúde mental, hipótese consonante com as diretrizes da política de saúde mental brasileira e com estudos internacionais sobre o tema da organização de serviços para SMCA (OMS, 2005a, 2005b; BELFER, 2008). Considerou-se, então, que a atenção em SMCA a ser desenvolvida nas diferentes regiões brasileiras, deveria incluir, sob uma direção esclarecida e de forma colaborativa e corresponsável, todos os setores públicos voltados à assistência de crianças e adolescentes. O estudo visou produzir uma descrição desses setores, em uma realidade específica.

Esses objetivos estavam atrelados às hipóteses de que na atenção à SMCA há a presença de setores não diretamente relacionados à saúde mental, que poderiam ser articulados na montagem de uma rede pública ampliada, e a de que o CAPSi pode ter papel estratégico tanto no atendimento quanto na articulação dos diferentes setores envolvidos (DUARTE et al, 2008). A utilização do termo *rede pública ampliada de atenção* para nomear a pesquisa tem direta relação com estas hipóteses.

³⁶ A pesquisa foi aprovada pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 10 de outubro de 2006 (Parecer n° 993/2006).

O trabalho de campo foi realizado em quatro localidades do Estado do Rio de Janeiro, unidade da federação escolhida para o estudo por ter implantado a partir do ano 2000 uma experiência pioneira de gestão da política estadual de SMCA³⁷, o “*Fórum Interinstitucional para o Atendimento em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro*”³⁸. Dispositivo coletivo de debates e de pactuação de diretrizes estaduais, de caráter intersetorial e aberto à participação de associações de familiares de pacientes mentais, o Fórum se constituiu como importante estratégia para o desenvolvimento de ações relacionadas à SMCA no âmbito do Estado do Rio.

A partir do Fórum, os municípios do Estado iniciaram a organização das redes locais de cuidado em SMCA. Os principais resultados nos primeiros seis anos de funcionamento foram: a) abertura de CAPSi em diferentes municípios de grande ou médio porte populacional; b) redução das internações psiquiátricas de crianças e jovens, assim como redução significativa de determinações judiciais para as mesmas³⁹; c) organização de ambulatórios de saúde mental na rede básica para o atendimento de crianças e adolescentes em cidades de pequeno porte; d) elaboração de protocolos de ação e de recomendações oficiais para a SMCA; e) oferta de formação em SMCA para os trabalhadores da rede pública dos intersetores; f) criação de indicadores de qualidade para os CAPSi; g) desenvolvimento de ações de desinstitucionalização de crianças e adolescentes abrigados em dispositivos da assistência social, especialmente nos abrigos para ‘portadores de deficiência’; h) inclusão na agenda da saúde mental estadual das questões relacionadas às crianças e adolescentes. Estas conquistas, e os desafios que se destacaram delas, fizeram com que o Estado do Rio fosse considerado *locus* apropriado para a realização da pesquisa ‘rede ampliada’.

³⁷ Através da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde (ASM/SES), atualmente denominada Gerência de Saúde Mental.

³⁸ Instituído pela Resolução SES 1485/2000, publicada no DO de 11 de abril de 2000. O Fórum era constituído por representantes dos serviços públicos de diferentes setores, profissionais, universidades, órgãos de classe, entidades estaduais ligadas à SMCA e familiares. As reuniões mensais eram franqueadas à participação de todos os interessados, o que lhe conferia um amplo caráter participativo e representativo.

³⁹ A internação psiquiátrica de adolescentes através de determinações judiciais foi prática corrente no Estado do Rio até o início do século XX. Para melhor conhecimento, ver: BENTES, 1999.

As localidades foram selecionadas a partir de critérios para classificação das cidades em relação ao porte populacional (pequenas, médias e grandes; respectivamente com cerca de 50.000, 200.000 e 500.000 ou mais habitantes), e à presença ou não de CAPSi em sua rede de saúde mental. Dois pré-requisitos organizaram a escolha das áreas: elas deveriam ser heterogêneas quanto ao porte populacional e quanto à presença de CAPSi na sua rede de atenção à saúde mental. Uma peculiaridade do estudo foi o fato de que, no tempo transcorrido entre a elaboração do projeto, sua aprovação pelos Comitês de Ética (UFRJ, Universidade de Columbia e CONEP) e a organização do trabalho de campo, foram inaugurados CAPSi nas localidades onde não existiam, restringindo o parâmetro de heterogeneidade das áreas ao porte populacional.

Dessa forma, foram selecionadas para integrar o estudo: a) como localidades de grande porte, Niterói e uma região da cidade do Rio de Janeiro, esta última designada no estudo como AP4⁴⁰, sem Barra da Tijuca; b) como localidades de médio porte, Itaboraí e Volta Redonda⁴¹. As localidades também foram descritas segundo população geral, área territorial, densidade demográfica, renda mensal do responsável pelo domicílio e proporção da população infantil e juvenil em relação ao total de habitantes, de forma a subsidiar a escolha de áreas distintas, mas comparáveis entre si.

O levantamento das instituições dos quatro setores (saúde geral/saúde mental, educação, assistência social, justiça/direitos) foi realizado através da busca de informações nos sítios virtuais dos ministérios e das secretarias de governo (estadual e municipal) correspondentes; e complementado pela conferência das listagens iniciais junto aos gestores estaduais e municipais responsáveis pelas pastas, para elaboração final do conjunto de instituições a serem estudadas (DUARTE et al, 2008; DUARTE et al, 2010).

⁴⁰ A Área Programática 4 (AP4) corresponde às regiões administrativas de Jacarepaguá, Cidade de Deus e Barra da Tijuca, na cidade do Rio de Janeiro, conforme organização distrital da Secretaria Municipal de Saúde. Para a finalidade da pesquisa Rede Ampliada, foi excluída a região da Barra da Tijuca.

⁴¹ Para acesso ao detalhamento da metodologia utilizada no estudo "Rede Ampliada", ver: DUARTE et al, 2008; DUARTE et al, 2010.

O quantitativo de 618 instituições, dos quatro setores e localidades, foi registrado como válido para integrar o estudo, sendo 175 do setor saúde; 344 da educação; 15 da justiça/direitos e 84 do setor assistência social.

As 344 instituições de educação listadas representaram uma amostra do setor. Isto porque inicialmente foram encontradas 502 instituições aptas a integrar a pesquisa. Frente ao grande número de escolas, foi decidida a utilização de uma amostragem do setor, baseada nos critérios de: a) inclusão de todas as escolas com educação especial (definidas na pesquisa como aquelas com classe especial ou com alunos especiais integrados ao ensino regular); b) amostragem das escolas de ensino regular, escolhidas aleatoriamente através de sorteio. Aplicados estes critérios, chegou-se ao quantitativo de 344 escolas a serem investigadas.

Das 618 instituições, 525 foram efetivamente entrevistadas, correspondendo a 84,9% dos casos, o que permitiu o traçado de um quadro bastante representativo do atendimento às crianças e adolescentes nas localidades e setores investigados.

A Tabela 3, abaixo, resume o número de instituições na amostra final do estudo, por localidade e por setor investigado.

**Tabela 3 - Número de Instituições na amostra final do estudo, por área e setor
(N=525)**

Setor	AP4	Niterói	Itaboraí	V. Redonda	Total % Total
Saúde/S. Mental	9	52	35	36	132 (25,1%)
Educação	74	126	52	68	320 (61,0%)
Justiça/Direitos	3	4	2	2	11 (2,1%)
Ass. Social	13	23	9	17	62 (11,8%)
Total	99	205	98	123	525
% do Total	18,90%	39,00%	18,70%	23,40%	100%

Fonte: Relatório Final da Pesquisa Rede Ampliada UFRJ/UC/OPAS/MS (DUARTE et al, 2008)

A pesquisa utilizou como estratégia metodológica a aplicação por entrevistadores previamente treinados de um questionário estruturado, especialmente construído para o estudo, que foi respondido pelos diretores ou responsáveis de cada instituição, a partir de agendamento prévio realizado pela equipe de coordenação de campo da pesquisa.

O questionário foi composto por 70 questões estruturadas, ligadas a eixos temáticos específicos: a) Dados informativos sobre o entrevistado, como o cargo e tempo de serviço na instituição; b) Estrutura da instituição e serviços oferecidos, como, por exemplo, o ano de criação, função e objetivos, serviços oferecidos; c) Constituição da equipe, vínculos de trabalho, categorias profissionais em exercício, trabalhadores diretamente ligados à assistência à criança e adolescente; d) Clientela infantil e juvenil, número de clientes atendidos nos últimos 12 meses, gênero, cor/raça, faixa etária, renda familiar, e demais; e) Acesso a serviços, informações sobre o tempo médio para o primeiro atendimento, existência de lista de espera, recusa de clientela por ausência de vagas, facilidade de acesso por transporte público, etc.; f) Relações interinstitucionais, informações sobre instituições para as quais encaminha e das quais recebe clientes/usuários; g) Demanda em SMCA, tipos de problemas mais comuns; h) Lacunas e barreiras em relação aos serviços de SMCA; i) Considerações e comentários do entrevistado; j) Considerações e comentários do entrevistador.

O amplo universo de instituições incluídas no estudo e de questões investigadas permitiu a consolidação de um número considerável de informações, que foram apresentadas e discutidas no Relatório Final da Pesquisa (DUARTE et al, 2008) e em artigo publicado com a finalidade de apresentar de forma mais aprofundada a metodologia e os principais resultados do estudo (DUARTE et al, 2010). Desta forma, optamos por não detalhar aqui toda a metodologia e resultados do estudo, que estão disponíveis no documento e artigo citados. Destacaremos apenas os pontos mais relevantes para a finalidade do presente capítulo.

Das 70 perguntas do questionário, três foram questões abertas onde o entrevistado deveria listar livremente até três instituições em resposta a perguntas sobre relações interinstitucionais mais frequentes na cobertura da clientela: a) de

quais instituições a dele recebia mais clientes/usuários até 18 anos; b) para quais encaminhava mais; c) e quais aquelas que na sua área geográfica considerava exemplares em termos dos serviços oferecidos para SMCA ⁴².

Neste capítulo, as informações geradas por essas três questões serão pela primeira vez consolidadas e analisadas⁴³, por conterem material relevante sobre relações interinstitucionais e intersetoriais mais frequentes no cotidiano dos serviços, que poderão contribuir para a discussão sobre a noção de rede pública ampliada de atenção em SMCA.

Antes, porém, apresentaremos alguns resultados gerais da pesquisa com a finalidade de contextualizar a discussão.

Resultados da Pesquisa “Rede Ampliada”: contexto para análise

O estudo ‘Rede Ampliada’ encontrou um número significativo de instituições prestando serviços para crianças e adolescentes em todas as localidades e setores estudados (DUARTE et al,2008).

Como demonstrado na Tabela 3, o setor com o maior número de instituições em cada uma das localidades foi o da educação, correspondendo a 61% das instituições investigadas (n=320). Este dado certamente tem relação com a escolaridade obrigatória, que inscreveu a educação como política universal para a população de crianças e adolescentes no Brasil. O setor saúde foi o segundo mais numeroso, com 25,1% das instituições (n=132), seguido da assistência social, com 11,8% (n=62), e da justiça/direitos, com 2,1% (n=11). Os setores com maior número de serviços foram aqueles com programas de cobertura universal para crianças e adolescentes – as escolas na educação e a atenção básica na saúde -; e os menos

⁴² A versão completa do Questionário “Rede Ampliada” está disponível em DUARTE et al, 2008.

⁴³ Esses dados não foram objeto de análise no Relatório Final da pesquisa ou no artigo publicado sobre a mesma, tendo sido trabalhados para as finalidades desta tese.

numerosos, os voltados para atenção a populações específicas, como aquelas em situação de vulnerabilidade ou com direitos violados, respectivamente o da assistência social e o da justiça/direitos.

Em relação às localidades, Niterói despontou como a que tinha o maior número de instituições em todos os setores (n=205), seguida por Volta Redonda (n=123), Rio de Janeiro/AP4 (n=99) e Itaboraí (n=98), indicando não haver correlação direta entre o porte populacional das cidades e o número de serviços existentes.

Na AP4 estavam as instituições com o maior tempo de existência, em média 31 anos; e em Itaboraí, as com o menor, média de 16,2 anos (DUARTE et al, 2010, p. 291). O fato de o Rio de Janeiro (onde está a AP4) ter sido capital da República até o ano de 1960 explica a presença de instituições mais antigas em relação às demais localidades, já que como capital inaugurou muitas das políticas públicas brasileiras. Em relação aos setores estudados, o da educação foi o que registrou instituições mais antigas, média de 29,2 anos de existência; e do da saúde as mais novas, média 14,2 anos (idem, ibidem). Houve enorme variação no tempo de existência das instituições, tendo sido encontradas algumas inauguradas no próprio ano de realização da pesquisa e outras com até 102 anos de existência.

Em cada setor foram encontradas diferentes tipologias de serviço, das mais complexas às mais básicas, sendo as mais frequentes por setor: a) na saúde, os serviços da rede básica e da Estratégia de Saúde da Família; b) na educação, os colégios e CIEPS⁴⁴; c) na assistência social, os CRAS/CREAS⁴⁵; d) na justiça/direitos, os Conselhos Tutelares (DUARTE et al, 2010, p. 292).

Os serviços específicos de SMCA não foram de fácil ou imediata identificação, com exceção dos CAPSi. Isto porque as áreas estudadas eram muito heterogêneas na forma de ofertar esses serviços. Para identificar as instituições de SMCA foi necessário estabelecer critérios aplicáveis a todas as localidades. Decidiu-se que elas deveriam constar da listagem do setor saúde, ter equipes de saúde mental atendendo crianças e

⁴⁴ CIEP: Centro Integrado de Educação Pública.

⁴⁵ CRAS: Centro de Referência da Assistência Social; CREAS: Centro de Referência Especializado da Assistência Social.

adolescentes e estar sob a gestão técnica e administrativa das coordenações municipais de saúde mental⁴⁶. Aplicados os critérios, foram encontradas 19 instituições: dois Hospitais Gerais com leitos de suporte para casos de SMCA; dez ambulatorios da rede básica com equipes de saúde mental (em Postos, Centros ou Unidades Básicas de Saúde), e sete dispositivos próprios da saúde mental (CAPSi, CAPS AD, Hospital Psiquiátrico). Essas 19 instituições foram designadas no estudo como 'Instituições de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes' (ISM-CA) a fim de subsidiar análises específicas.

A Tabela 4 apresenta as 19 ISM-CA por localidade, distinguindo as que pertenciam à saúde geral (Hospital Geral e Ambulatórios de Saúde Mental na rede básica) e à saúde mental (CAPSi, CAPS AD e Hospitais Psiquiátricos).

Tabela 4 - Instituições de Saúde Mental para crianças e adolescentes (ISM-CA), por localidade.

Setor	AP4	Niterói	Itaboraí	V. Redonda	Total
Saúde geral	4	6	2	0	12
Saúde mental	2	3	1	1	7
Total	6	9	3	1	19

Fonte: Relatório Final da Pesquisa Rede Ampliada UFRJ/UC/OPAS/MS (DUARTE et al, 2008)

A dificuldade na identificação dos serviços específicos de SMCA (com exceção dos CAPSi) não se referiu unicamente às limitações do estudo 'Rede Ampliada' na coleta de informações, mas à própria dificuldade histórica do sistema de saúde/saúde mental de organizar instituições para este fim. Das 525 instituições, apenas 3,6% (n=19) foram identificadas como específicas de saúde mental para crianças e adolescentes. Niterói foi a área com o maior número de ISM-CA (n=9) e Volta Redonda com o menor (n=1), sendo que no período estudado existia no sistema de saúde de Volta Redonda apenas o CAPSi para a cobertura dos problemas de SMCA.

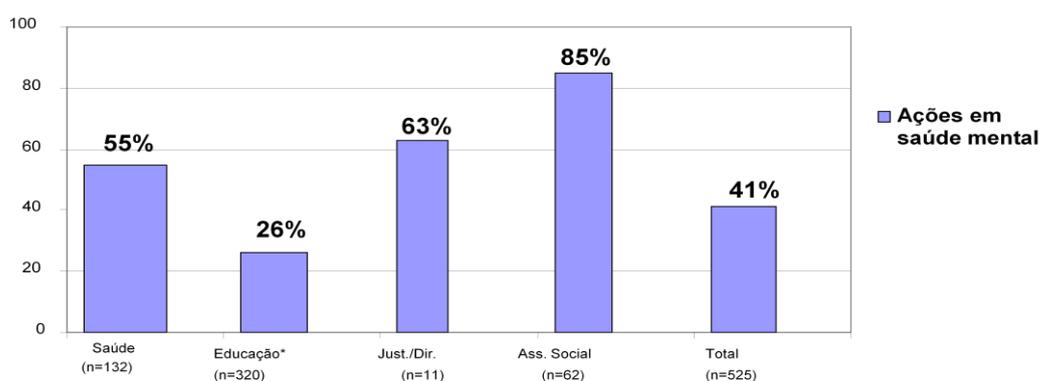
⁴⁶ Em cada uma das localidades investigadas havia uma Coordenação de Saúde Mental, ligada à Secretaria Municipal de Saúde, que detinha o mandato de implantação, desenvolvimento e acompanhamento da rede local de saúde mental.

Com a finalidade de verificar a possível existência de ações em SMCA sendo oferecidas por outras instituições - em acordo com a histórica dispersão setorial na assistência à SMCA -, e considerando os limites de captação de informação do questionário 'Rede Ampliada', foi criada, para fins específicos da pesquisa, uma categoria de análise denominada 'ações em saúde mental'. Do conjunto de dados disponíveis, considerou-se que a existência de psicólogo ou psiquiatra na instituição, realização de consulta psiquiátrica, psicológica ou de avaliação psicológica⁴⁷ eram os registros mais diretamente ligados à ideia de 'ações em saúde mental' presentes nos serviços.

A consolidação dos dados indicou que 41% das instituições apresentavam pelo menos uma das ações em saúde mental elencadas, sendo a assistência social o setor que registrou o maior percentual de presença de uma dessas ações (dentro do próprio setor). Este achado pode ter relação com a história das políticas de assistência à infância no Brasil, originalmente ligadas à assistência social e filantropia, como discutido no primeiro capítulo.

O número exíguo de ISM-CA contrastou desta forma com o número expressivo de instituições que desenvolviam alguma ação de SMCA, segundo os parâmetros elencados pelo estudo 'Rede Ampliada' (GRÁFICO 6).

Gráfico 6 - Ações em Saúde Mental (pelo menos uma) nos diferentes setores (%)



⁴⁷ Informações disponíveis no banco de dados da Pesquisa Rede Ampliada pelas respostas às perguntas sobre profissionais e serviços existentes em cada instituição.

O fato de 41% das instituições apresentarem pelo menos uma ação em saúde mental sugeriu a existência de recursos com potencial para integrar uma rede ampliada de atenção em SMCA em todas as localidades analisadas. Niterói e Itaboraí foram áreas onde mais instituições registraram o componente ‘ação de saúde mental’ (57% e 45%, respectivamente), contrastando com a AP4 e Volta Redonda (27% e 24%, respectivamente).

Uma visualização mais ampla deste achado, combinando a presença das ações de saúde mental pelos setores e localidades, é apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 – Presença de Ações em Saúde Mental (pelo menos uma) nas localidades, por setor (%)⁴⁸

Localidade	Setor		Ações em saúde mental (%)
AP4	Saúde	(n=9)	88,9
	Educação	(n=74)	8,1
	A. Social	(n=13)	76,9
Niterói	Saúde	(n=52)	86,5
	Educação	(n=126)	38,9
	A. Social	(n=23)	91,3
Itaboraí	Saúde	(n=35)	34,3
	Educação	(n=52)	44,2
	A. Social	(n=9)	77,8
V. Redonda	Saúde	(n=36)	22,2
	Educação	(n=68)	7,4
	A. Social	(n=17)	88,2

Fonte: Relatório Final da Pesquisa Rede Ampliada UFRJ/UC/OPAS/MS (DUARTE et al, 2008)

A diferença em relação à presença de ‘ações em saúde mental’ no setor saúde entre as localidades de grande e de médio porte foi significativa. Enquanto na AP4 e em Niterói o setor saúde registrou mais de 80% das instituições com ação em saúde mental, em Itaboraí e Volta Redonda, o registro foi de 34,3% e 22,2% respectivamente.

⁴⁸ Por decisão da equipe de pesquisadores e em acordo com a aprovação do projeto junto ao CONEP, os dados do setor Justiça/Direitos não foram descritos separadamente para preservar a identificação das instituições.

Na assistência social, não houve grande diferença entre as áreas, já que em todas elas foi encontrada alta frequência de presença de ações em saúde mental no setor. O setor da educação foi o que apresentou menor registro de ação em saúde mental em três localidades, excetuando-se Itaboraí.

A presença mais significativa de pelo menos uma das ações em saúde mental no setor da assistência social, como já referido, guarda relação com a realidade histórica brasileira que, em grande parte do século XX, destinou à assistência a responsabilidade pelo cuidado de crianças e adolescentes, lotando em suas instituições profissionais de diferentes categorias, principalmente psicólogos (MENDONÇA, 2000).

Em relação às características sociodemográficas dos usuários, a grande maioria dos entrevistados relatou serem de área urbana (exceção para Itaboraí, onde mais da metade da clientela era proveniente de área rural); de cor parda ou preta; e com renda familiar menor do que um salário mínimo (DUARTE et al, 2008, p.58). Em relação ao sexo, a maior parte das instituições referiu atender proporções semelhantes de clientela feminina e masculina.

Sobre os problemas de SMCA mais usuais nos serviços⁴⁹, a percepção dos entrevistados indicou os problemas de aprendizagem como os mais frequentes, seguidos dos problemas de ansiedade, comportamento antissocial e violência dirigida a outras pessoas (idem, p.64) – todos relacionados a problemas comportamentais ou a fenômenos de externalização, comumente mais identificáveis como problemas na população de crianças e adolescentes pelos serviços de setores externos à saúde mental, e mesmo pela sociedade em geral. Os menos mencionados foram respectivamente, os ligados à ideação suicida, comportamentos autísticos e abuso sexual.

Quando analisadas separadamente, as 19 ISM-CA registraram frequência mais alta de casos de maior gravidade psicopatológica, em acordo com o esperado para

⁴⁹ A Pesquisa Rede Ampliada não avaliou diretamente a prevalência de transtornos mentais, trabalhando unicamente com a percepção dos entrevistados sobre a estimativa de problemas em SMCA mais frequentes na clientela atendida.

serviços específicos de SMCA. Da mesma forma, nas 19 ISM-CA a proporção de clientela masculina foi maior do que a feminina, contrastando com o registro das instituições tomadas em conjunto, mas em conformidade com estudos de caracterização de clientela de serviços próprios à SMCA (LAURIDSEN & TANAKA, 1999; HOFFMANN, SANTOS & MOTA, 2008).

Os CAPSi estudados eram todos de natureza pública municipal, tinham tempo de existência de no máximo 5 anos, trabalhavam com equipes multiprofissionais, formadas em sua maioria por servidores públicos, ofereciam uma ampla variedade de ações psicossociais de tratamento e cuidado, como acolhimento imediato (porta de entrada aberta e ausência de fila de espera), atendimento à crise, atendimento domiciliar, atendimentos individuais e coletivos, acompanhamento de familiares, e desenvolviam ações de (re)inserção social. Todos foram unânimes em afirmar que a maioria da clientela era composta por usuários do sexo masculino, com quadros de maior severidade psicopatológica. No entanto, apenas os localizados nas cidades de médio porte afirmaram receber clientela em uso abusivo de álcool e outras drogas.

Como principais barreiras de acesso aos serviços de SMCA, o conjunto dos entrevistados identificou a falta desses serviços, a falta de recursos financeiros, os problemas de transporte, o desconhecimento sobre os programas existentes e a resistência das famílias na busca e na adesão ao tratamento.

Relações intersetoriais e interinstitucionais: análise das questões abertas do questionário 'Rede Ampliada'

Os dados que serão apresentados a seguir dizem respeito à análise das perguntas abertas do questionário que, conforme já esclarecido, estavam diretamente relacionadas ao tema da articulação interinstitucional e intersetorial, solicitando do entrevistado o nome de até três serviços para os quais mais frequentemente

encaminhava clientela até 18 anos, de quais recebia e quais considerava exemplar na prestação de serviços em SMCA na sua área de abrangência⁵⁰.

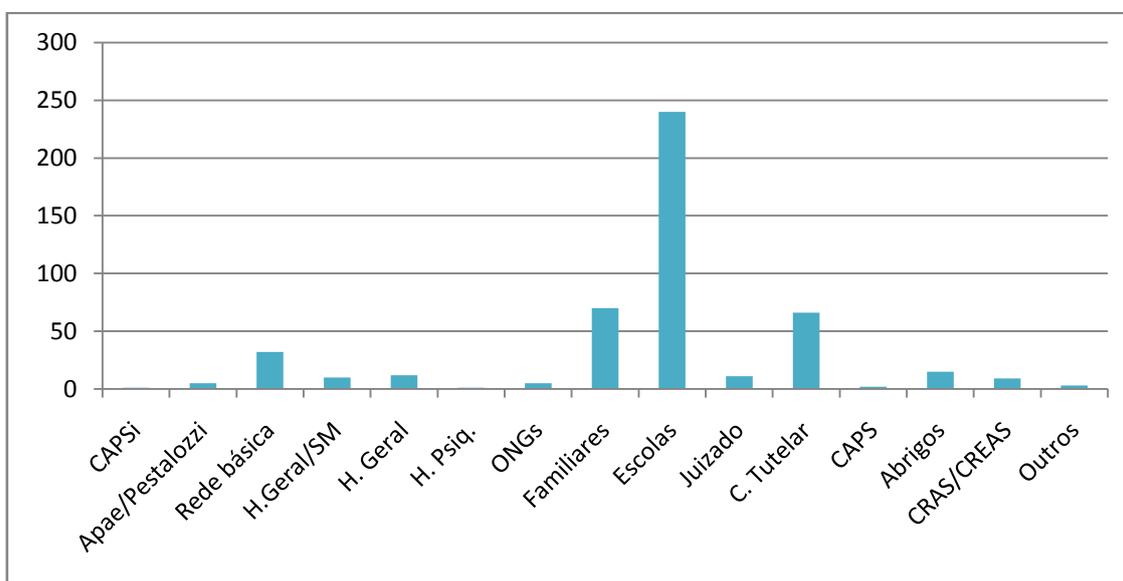
A importância delas para discussão neste capítulo foi ter permitido a livre escolha dos entrevistados para citar instituições mais presentes no cotidiano dos serviços, em relação ao referenciamento de clientela e suporte para o atendimento de crianças e adolescentes com problemas mentais. Elas permitiram, dessa forma, uma certa aproximação com a pulsação dos territórios no que dizia respeito à presença de determinadas instituições. Este fator é relevante nas análises de contexto, por estar relacionado com um componente que denominaremos de **visibilidade entre serviços de um território** - componente importante para o entendimento das reais relações entre serviços, que deverão ser consideradas nas ações de organização da cobertura em SMCA.

Com a finalidade de preservar a identificação das instituições citadas pelos entrevistados, cada uma foi classificada e codificada segundo sua principal função (se era uma Escola, CAPSi, Unidade da Rede Básica de Saúde, CRAS/CREAS, Conselho Tutelar, e assim por diante). Ao todo 15 códigos de classificação responderam pelos serviços citados. A consolidação das informações foi feita com base na primeira resposta dada a cada uma das três perguntas.

Em relação às **instituições das quais eram recebidos mais usuários até 18 anos**, as escolas foram expressivamente citadas como as mais frequentes. Em segundo lugar foram registradas as famílias, seguidas pelos Conselhos Tutelares e Unidades da Rede Básica de Saúde (GRÁFICO 7).

⁵⁰ No Questionário da Pesquisa Rede Ampliada, estas questões referem-se às perguntas: **a) Q37** ("Por favor, liste, por nome, as 3 instituições das quais sua instituição RECEBE MAIS clientes/usuários até 18 anos"); **b) Q40** ("Liste, por nome, as 3 instituições PARA AS QUAIS a sua instituição ENCAMINHA MAIS clientes/usuários até 18 anos"); **c) Q59** ("Por favor, liste 3 instituições (que não a sua própria) na sua área geográfica, as quais, na sua opinião, oferecem serviços exemplares em saúde mental para clientes/usuários até 18 anos"). DUARTE et al, 2008.

Gráfico 7 - Tipo de Instituições de onde eram recebidos mais clientes até 18 anos (frequência).



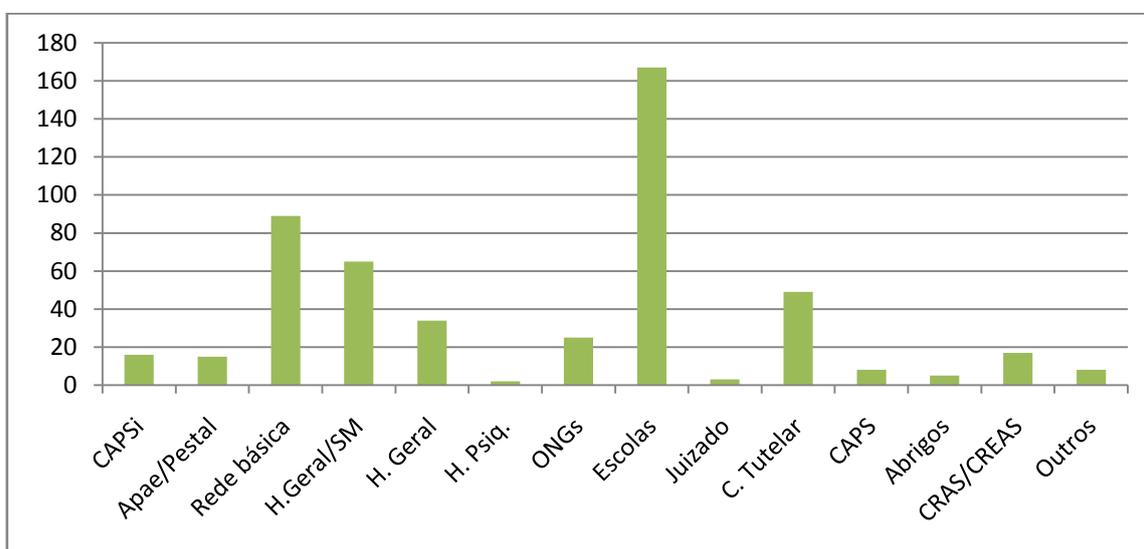
Fonte: Base de dados da Pesquisa Rede Ampliada UFRJ/UC/OPAS/MS. (OBS: 43 entrevistados não responderam).

Chama a atenção o lugar ocupado pelo Conselho Tutelar como instituição de onde eram recebidos usuários, ficando à frente de Hospitais Gerais, Abrigos, ONGs e outras. Se em relação à criança e adolescente a demanda por serviço advinda de escolas e famílias costuma ser comum, fato corroborado pelas respostas dos entrevistados, o mesmo não se pode dizer sobre o Conselho Tutelar (CT). Órgão encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos de crianças e adolescentes sempre que ameaçados ou violados (Lei 8069/09), seria esperado que o CT tivesse presença menos expressiva como solicitante por serviços. O fato de aparecer como terceira instituição mais frequente no registro de procedência da clientela sugere a necessidade de esta questão ser investigada através de estudos específicos, tanto no sentido de verificar a incidência de situações de violação de direitos na população infantil e juvenil nas localidades estudadas, como no sentido de avaliar o risco de judicialização⁵¹ no acesso aos serviços públicos.

⁵¹ O termo judicialização se refere, neste caso, à intervenção do judiciário ou de órgão de defesa de direitos na efetivação da assistência pública à determinada população. A judicialização tem uma característica vicariante, isto é,

Como principais **locais para onde eram encaminhados clientes até 18 anos**, as escolas continuaram a despontar como mais frequentes (GRÁFICO 8). Entretanto, outras categorias de serviços se destacaram, como as da Rede Básica de Saúde e os Hospitais Gerais. A presença dos Conselhos Tutelares continuou de certa forma expressiva neste item, ratificando a necessidade de esforços no sentido de entender em maior profundidade o que isto significa.

Gráfico 8 - Tipo de Instituição para onde eram encaminhados clientes até 18 anos (frequência)



Fonte: Base de dados da Pesquisa Rede Ampliada UFRJ/UC/OPAS/MS. (OBS: 22 entrevistados não responderam).

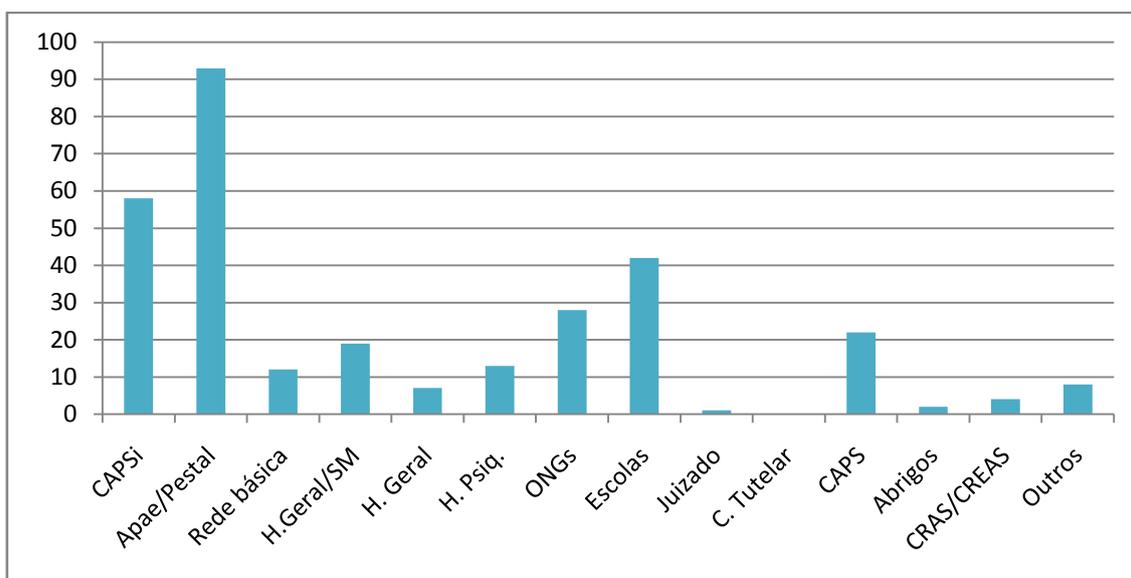
As instituições com maior presença nos fluxos de recepção e encaminhamento foram as ligadas a programas básicos e universais em seus respectivos setores (escolas e serviços básicos de saúde), em contraposição às instituições com serviços voltados para populações específicas (CAPSi, APAE/Pestalozzi, CRAS/CREAS). A exceção, como apontado, foi a presença dos Conselhos Tutelares como instituições de onde eram recebidos e para onde eram encaminhados crianças e adolescentes.

substitui o fluxo e a dinâmica do sistema de atenção, frequentemente sob alegação de lacunas no sistema. Além de uma ação de defesa de direitos, constitui intervenção nos critérios de acessibilidade.

Um dado de extrema relevância para a atual Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (PSMCA) foi registrado a partir da consolidação das informações sobre os **serviços considerados exemplares na atenção em SMCA**.

Por livre escolha dos entrevistados, depois das APAES/Pestalozzi, os CAPSi foram os mais citados neste quesito (GRÁFICO 9).

Gráfico 9 - Tipo de Instituições consideradas exemplares na oferta de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes (frequência).



Fonte: Base de dados da Pesquisa Rede Ampliada UFRJ/UC/OPAS/MS. (OBS: 216 entrevistados não responderam).

A importância desse dado se deve ao fato de os CAPSi serem dispositivos muito recentes no cenário assistencial, principalmente quando comparados com APAEs, Pestalozzi ou ONGs - instituições consolidadas, reconhecidas e valorizadas pela sociedade como prestadoras de serviços a crianças e adolescentes com deficiências e para onde eram referenciados grande parte daqueles com problemas mentais na ausência de rede pública de saúde mental.

O reconhecimento dos CAPSi como exemplares em SMCA, na sequência das APAES/Pestalozzi, indica que eles se destacaram nos territórios mesmo com pouco tempo de existência. De que outra forma entender que tenham sido livremente citados como serviços exemplares? Se forem somadas as referências feitas às demais tipologias de CAPS⁵², os serviços territoriais da saúde mental irão se aproximar em frequência de citações às instituições filantrópicas, corroborando o argumento da relevância deste achado para reafirmar a pertinência e relevância da direcionalidade da atual PSMCA.

Uma ressalva deve ser feita em relação ao alto índice de não resposta a esta questão (aproximadamente 41% dos entrevistados não responderam). A decisão de não citar um serviço, ou a avaliação de que nenhuma instituição merecia a qualificação de exemplar, podem ter contado na ausência de respostas e devem ser tomadas como dado importante no âmbito deste estudo, uma vez que ausência de resposta deve ser considerada como informação de valor no debate da assistência pública. Entretanto, mesmo feita a ressalva, as respostas encontradas permitem inferir a importância estratégica dos serviços territoriais de saúde mental, tanto no cuidado propriamente dito dos usuários quanto na colaboração entre serviços para construção das redes locais.

Apesar de o índice elevado de não resposta desautorizar uma conclusão mais generalizável, estes dados sugerem que, a despeito do pequeno tempo de existência, os serviços tipicamente *territoriais*, nascidos do ideário da Reforma Psiquiátrica, como os CAPS e CAPSi, desempenham papel significativo na direcionalidade e conformação da atenção.

A maior ou menor frequência de menções, em um território, a determinado serviço ou ao seu reconhecimento como exemplar será designada, neste estudo, como *visibilidade entre serviços de um território* – e constituirá um dos componentes da descrição para configurações de rede, que será melhor discutida adiante.

⁵² Em algumas localidades, antes da existência de CAPSi, havia CAPS com acesso para crianças e adolescentes com problemas mentais.

3.6 - Configurações possíveis da Rede Pública Ampliada de Atenção em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes: contribuições ao debate

Como já referido, as instituições e serviços constituem a face mais tangível da rede de atenção para os usuários e suas famílias. O caráter recente da política de SMCA e o pouco conhecimento existente sobre as realidades locais, no que diz respeito aos serviços em atuação, às reais relações institucionais estabelecidas, e à conformação dos fluxos de atendimento (recepção e encaminhamento de clientela), exigem esforços na construção de metodologias que auxiliem uma melhor compreensão dos contextos, para que venham a ser qualificados, e possam ser reconhecidos pelas famílias/usuários como efetivos locais de cuidado.

A pesquisa 'Rede Ampliada' se inseriu nesse esforço de conhecimento. Alguns de seus resultados serão utilizados, neste momento, para um exercício, que visa à descrição de configurações possíveis da rede. Trata-se de um exercício provisório, a ser aprofundado e verificado quanto à sua aplicabilidade na análise de contextos locais, e ao debate da organização da rede pública ampliada de atenção em SMCA.

Espera-se que essas descrições auxiliem o traçado de planos de ação, que permitam reorientar os recursos existentes, indicar outros necessários, e facilitar o diálogo intersetorial, com vistas à melhoria das condições de cobertura para crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental, em um determinado território.

Duas considerações prévias se fazem necessárias como subsídio à discussão:

- a) Partiremos da premissa de que a saúde mental é uma dimensão transversal a diferentes políticas públicas dirigidas ao público infantil e juvenil, ao mesmo tempo em que diz respeito a uma ação específica do campo da saúde mental no cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais e psicossociais.

A dimensão transversal e a ação específica não são antagônicas, mas guardam entre si diferenças que devem ser consideradas no processo de organização das redes de cuidado. Transversalmente é possível aplicar de modo mais extensivo o conceito de que experiências de pertencimento coletivo, de construção de laços sociais e do valor tributado à palavra da criança e do adolescente são aspectos importantes para sua saúde mental⁵³, e não devem ser subestimados nas ações setoriais. No entanto, quando se trata da ação específica, é preciso pressupor a existência de vicissitudes psíquicas impedindo ou dificultando o desenrolar dessas experiências, o que vai requerer um ato clínico como condição de possibilidade para que o sujeito encontre vias, sempre singulares, de alento e de deslocamento em relação àquilo que o impede, possibilitando que lide melhor, e da maneira que puder, com sua própria vida.

- b) Na organização das redes, a transversalidade e a especificidade da SMCA deverão ser objeto de investimento. No plano da política, o desafio, ainda não enfrentado, é o de traduzir essas dimensões em diretrizes que orientem a construção de redes sensíveis⁵⁴ às diferentes ordens de problemas implicados na SMCA. Não é incomum o privilégio de uma dimensão (transversal ou específica) em detrimento da outra nas propostas de organização de serviços, ainda que se considere necessário o estabelecimento de prioridades no desenvolvimento de uma política pública. Outra tendência, herdada da tradição de sistemas hierarquizados, é cindir essas dimensões, localizando-as separadamente no nível básico e no especializado. O caráter inovador da atenção psicossocial foi exercer no território ações complexas como as requeridas no cuidado de pessoas com transtornos mentais. A atenção psicossocial subverteu a ideia naturalizada de que no nível básico só se

⁵³ Ideia desenvolvida por Ferreira (1999).

⁵⁴ A preocupação de construir coletivamente serviços sensíveis ao singular, isto é, à experiência subjetiva dos usuários está presente no debate atual não apenas da atenção psicossocial, como da atenção primária e da saúde pública. Uma obra de referência sobre este importante debate em relação à atenção primária, é Stewart (2010). Para o mesmo tipo de abordagem, em relação aos transtornos mentais, Rudnick & Roe (2011).

desenvolvem 'tecnologias simples de cuidado'; subversão que exigiu a noção de rede como síntese-operatória.

Concordando com Delgado (2002), diríamos que: *A ampliação da cobertura em saúde mental traz à tona o tema da 'natureza' mais ou menos especializada do cuidado a ser prestado. A extensão horizontal das ações não implica uma degradação da qualidade da intervenção clínica, mas inegavelmente cria uma tensão, na qual a dimensão especialização X não especialização é o aspecto mais visível.*

Em uma rede pública ampliada de atenção atuarão diferentes setores com potencialidade de produzir efeitos significativos para a SMCA.

Assim, nas redes ampliadas de SMCA a tensão entre o transversal e o específico deve ser mantida como fato de estrutura e não como contradição conjuntural a ser superada.

Apresentaremos a seguir uma proposta de descrição para configurações de rede que leva em consideração as dimensões apontadas.

Configurações das Redes Públicas Ampliadas

Vamos considerar que, no plano das instituições e serviços, as redes ampliadas de atenção poderão apresentar diferentes configurações relacionadas à sua efetividade potencial, que podem ser descritas através de alguns componentes estratégicos.

Consideraremos, para este exercício descritivo de configurações possíveis, os componentes da *densidade potencial da rede*, *visibilidade de serviços em um território* e *direcionalidade dos vetores de encaminhamento*, como componentes mínimos para descrição de uma rede ampliada.

O componente da **densidade potencial da rede** pode ser descrito pela relação entre o número de serviços existentes dos diferentes setores e o contingente populacional de crianças e adolescentes em determinado território. Em acordo com a distinção entre a dimensão transversal e a ação específica na SMCA, a análise da densidade deve cotejar o plano da *densidade potencial geral* dos recursos com o da *densidade potencial específica* para o atendimento em SMCA.

A **visibilidade dos serviços em um território** se refere à proeminência de determinados serviços do território, podendo ser estimada pelo número de vezes em que um serviço é citado por outros como referência para suporte, colaboração ou como exemplar em certa ação de cuidado.

O componente da **direção dos vetores de encaminhamento** diz respeito à conformação dos fluxos de atenção (recepção e encaminhamento), que traçam em alguma medida o percurso dos usuários em determinado território, e pode ser estimado através da análise dos principais encaminhamentos sugeridos por cada instituição para cobertura da clientela. Este componente inclui a percepção das barreiras de acesso existentes.

Esta discussão será feita através de cenários fictícios, inspirados nos resultados da pesquisa 'Rede Ampliada'.

Configurações possíveis da Rede Ampliada de Atenção em SMCA

Os dados da pesquisa constituirão apenas um ponto de partida para descrição de configurações de rede porque têm limitações quanto a esta finalidade. Vale registrar que tais limitações não são do estudo 'Rede Ampliada', que não pretendeu abordar o tema das configurações, mas da possibilidade dos resultados serem utilizados em estado bruto para este fim.

A estimativa da *densidade potencial geral* da rede requer como informações básicas o quantitativo populacional (geral ou infantil/juvenil) do território, e o número de serviços de diferentes setores voltados ao cuidado de crianças e adolescentes. A *densidade potencial específica para SMCA* depende do conhecimento sobre a existência de 'ações em saúde mental' em cada serviço dos diferentes setores, e da atribuição de peso relativo às que são desenvolvidas em serviços próprios da saúde mental, e as que são desenvolvidas em serviços dos demais setores.

Em relação à densidade potencial para saúde mental, alguns dados da pesquisa auxiliarão a sugestão de algumas configurações possíveis para rede.

A Tabela 6 apresenta um resumo de informações próximas as que seriam necessárias para estimar a *densidade potencial geral e específica* de uma rede, como o contingente populacional, número de instituições por setor, e número de instituições com ação em saúde mental.

Tabela 6 - Número de instituições com ação em saúde mental e número de instituições por setor (N=525).

Área	Dados Gerais		Serviços com ação em saúde mental/ Serviços por setor				Total Geral
	Pop. Geral	Pop. CR	Saúde	Educação	AS	Justiça	
AP4	623.279	186.983	7/9	6/74	10/13	3/3	26/99
Niterói	474.002	142.200	45/52	49/126	21/23	1/4	116/205
Itaboraí	215.792	64.737	12/35	23/52	7/9	2/2	44/98
V. Redonda	255.653	76.695	8/36	5/68	15/17	1/2	29/123
Total Geral	1.568.726	470.615	72/132	83/320	53/62	7/11	215/525

Fonte: Relatório Final da Pesquisa Rede Ampliada UFRJ/UC/OPAS/MS (DUARTE et al, 2008)

Nota: População Geral segundo Censo IBGE 2008. População de crianças e adolescentes (Pop. CR), estimada em 30% da pop. geral.

Como apontado em outra parte deste capítulo, as ações em saúde mental, registradas pela pesquisa 'Rede Ampliada', foram reduzidas a poucos itens (presença de psiquiatra, psicólogo, consulta psiquiátrica e psicológica), não necessariamente os únicos relevantes para estimar a presença de ação em saúde mental nas instituições. Porém, como exercício, e considerando a partir deste momento as localidades como cenários fictícios, vamos sugerir, a partir da Tabela 6, algumas configurações possíveis de rede: a) rede com boa densidade potencial em saúde mental, como aproximadamente observado em Niterói; b) rede com média densidade potencial em saúde mental, como aproximadamente observado em Itaboraí; c) rede com baixa densidade potencial em saúde mental, como aproximadamente observado na AP4 e Volta Redonda.

A dimensão da densidade da rede precisará, no entanto, ser combinada com os demais componentes descritivos – visibilidade de serviços e vetores de encaminhamento – para permitir a formulação de modelos descritivos mais abrangentes e consistentes, que auxiliem, por exemplo, a decisão por ações de qualificação da rede, compatíveis com as realidades e situações locais.

O escalonamento das densidades não reflete a situação das localidades, pelos motivos já discutidos, e também não é capaz de descrever por si a configuração de uma rede, mesmo sendo um componente fundamental nesta discussão.

Na suposição de uma rede ter 'maior densidade potencial em saúde mental', mas nenhum serviço de saúde mental indicar visibilidade (ou seja, não for mencionado como suporte aos casos, ou como exemplar), ou constar dos principais fluxos de atenção, estimar-se-ia tratar de uma localidade cuja configuração da rede ampliada seria **de médio potencial para a rede pública ampliada de atenção em SMCA**, porque haveria recursos assistenciais, porém com ausência de direcionalidade e dinâmica à saúde mental.

Em outra situação, na hipótese de haver baixa densidade, baixa visibilidade e baixa presença da saúde mental nos fluxos de encaminhamento, a configuração da rede indicaria **baixo potencial para rede pública ampliada de atenção em SMCA**,

requerendo, por exemplo, além da urgente abertura de serviços, processos de formação, supervisão, matriciamento etc., como ações prioritárias.

Outro exemplo poderia ser o de uma localidade com boa densidade, boa visibilidade e boa dinâmica nos fluxos de atenção em saúde mental, o que configuraria uma rede com **bom potencial para a rede pública ampliada de atenção em SMCA**, requerendo ações de sustentabilidade da situação.

Estas situações fictícias, mas com razoável potencial descritivo, se consideradas as realidades dos territórios brasileiros, requerem, no entanto, aperfeiçoamento. A pesquisa 'Rede Ampliada' permitiu identificar a relevância desses componentes (densidade, visibilidade e dinâmica dos fluxos de encaminhamento), mas permanece o desafio de dimensionar mais adequadamente cada um deles. A densidade dos recursos, por exemplo, exige, para aumentar seu potencial descritivo, que seja construída uma unidade de medida capaz de distinguir um hospital geral de uma equipe do PSF, como 'instituição' existente na localidade – apenas para esclarecer um dos desafios a serem enfrentados nas descrições de rede.

Mesmo considerando a incipiência da proposta de configurações para rede ampliada, a decisão de sugeri-la nesta tese visa contribuir com a qualificação das estratégias de desenvolvimento das redes de SMCA – ação recente no país no âmbito da política de saúde mental – e para o aprofundamento do debate sobre elas.

É desejável avançar em estudos que possam dimensionar com mais precisão os três componentes sugeridos, ou outros com capacidade descritiva, de modo a se obterem descrições mais aproximadas da realidade e dos modos de funcionamento da rede de SMCA.

A noção de *rede ampliada de atenção* tem aplicabilidade como ferramenta para avaliação da atenção em saúde mental no território. Por isto, o percurso da pesquisa 'Rede Ampliada' pôde oferecer subsídios úteis para a análise proposta.

Os desafios da atual política de saúde mental para crianças e adolescentes envolvem este aspecto da estruturação de uma rede, além de todos os outros

relacionados à clínica, à formação e demais pontos de sustentabilidade de uma política pública consequente, efetiva e referida ao norte ético da inclusão.

Parafrazeando Delgado (2001), diríamos que a PSMCA está apenas *no litoral de um vasto mundo*, mas o caminho já percorrido configura uma experiência, uma ação, que no campo da política *é essencialmente o começo de algo novo* (ARENDR, 2002, p.51).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da recente experiência brasileira de implantação da política de SMCA, sob o marco da atenção psicossocial, indicou a presença de avanços no campo do cuidado, particularmente no que diz respeito à ampliação do acesso aos casos de maior gravidade e complexidade. A criação, pelo SUS, desde 2002, de Centros de Atenção Psicossocial para infância e adolescência (CAPSi), constitui uma das principais conquistas efetivadas em nome da política pública, e tem direta relação com a ampliação do acesso. Outro aspecto significativo foi registrado pela presença de recursos intersetoriais, com potencial para integrar uma rede pública ampliada de atenção em SMCA, indicando que a estratégia da articulação intersetorial, como via para construção desta rede, constitui uma direção consequente e exequível para a realidade brasileira, mesmo que seja necessário investimento substancial para o melhor conhecimento dos serviços existentes, e sua potencialidade, nas diversas e diferentes regiões do país.

As duas ações, CAPSi e articulação intersetorial, representam o início da tomada de responsabilidade do Estado democrático brasileiro pelo cuidado psicossocial de crianças e adolescentes. O amparo ético das ações nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, do ECA e do SUS, indica que está em desenvolvimento uma efetiva possibilidade de superação da desassistência às questões de SMCA, assim como da tendência disciplinar e correccional que marcaram a história brasileira da assistência à infância e adolescência no século XX.

A sustentabilidade do cuidado psicossocial depende, entretanto, de serem superados alguns desafios registrados no decorrer deste estudo. Através da revisão meta-narrativa dos artigos publicados em periódicos nacionais, no período de 2002 a 2010, puderam ser esclarecidas algumas questões relacionadas ao trabalho dos CAPSi, e outras ligadas à produção de conhecimento sobre o tema que podem obstruir o melhor desenvolvimento da proposta pública.

Ainda que os resultados da revisão meta-narrativa tenham limites de generalização para o universo dos CAPSi, pela restrição da análise aos periódicos nacionais e pela concentração regional dos CAPSi investigados, algumas questões foram consideradas representativas de tendências atuais no processo de desenvolvimento deste dispositivo. De modo geral, parece haver pouca clareza acerca do mandato público que especifica e legitima o CAPSi como ação psicossocial nos territórios. A inovação que ele representa em relação à história da assistência à infância e adolescência no país é uma questão não tematizada. A justificativa para sua criação se ampara, muitas vezes, na história da psiquiatria de adultos, ou simplesmente não é abordada. Critérios restritivos de acesso, não acolhimento de situações de crise e outros problemas registrados em alguns CAPSi parecem indicar também este distanciamento em relação ao mandato psicossocial.

Mesmo com estas questões em aberto, os CAPSi foram avaliados como prestadores de serviços exemplares em SMCA nas localidades investigadas por pesquisa empírica que mapeou e descreveu as instituições de assistência às crianças e adolescentes dos setores da saúde, assistência social, justiça e educação, existentes em quatro localidades do Estado do Rio. Este registro indica que, embora com limitações, um dispositivo territorial, psicossocial, produz efeitos de qualidade nos locais onde exerce sua função.

A execução de uma ação inovadora no sistema público de cuidado, como o CAPSi, é processual, depende de mecanismos permanentes de disseminação de seus princípios e fundamentos, e de ações regulares de formação de recursos humanos, porque convive, durante sua implementação, com velhos paradigmas e práticas nos quais são formados seus principais operadores. Essas contradições, inerentes ao processo e não necessariamente superáveis, reforçam a necessidade de ampliação e qualificação do debate sobre o mandato público e suas vias e realização.

Neste aspecto, a produção científica tem também lugar de destaque porque constitui importante fator de difusão das inovações em saúde mental e de seus resultados. Entretanto, a produção sobre o CAPSi indicou ser menor do que a

importância histórica do dispositivo. A produção sobre CAPSi configurou-se como literatura de aproximação com o tema, de caráter descritivo e basicamente constituída por relatos de experiência. Foi majoritariamente divulgada em periódicos da área da Psicologia, ainda que tenha sido observada a presença de estudos em revistas de outras áreas do conhecimento. Um registro importante foi a ausência de artigos em revistas da Psiquiatria. O material analisado não permite esclarecer as razões dessa ausência, mas é possível inferir que o atual caráter restritivo dos meios de difusão da produção científica em Psiquiatria - que não privilegiam estudos qualitativos ou narrativos, frequentes na atenção psicossocial -, tenha contado, constituindo-se como importante barreira de acesso na difusão de novas práticas.

Evidência que emerge da revisão da literatura, a escassez de estudos sobre o tema CAPSi publicados em periódicos científicos brasileiros, não é uma lacuna que afeta apenas a SMCA, mas todo o campo da atenção psicossocial. Os estudos são raros e concentrados regionalmente (no Sudeste), mostrando-se necessário romper prováveis barreiras estruturais (da política de fomento à ciência, da formação, do financiamento) para a produção de conhecimento no campo da saúde mental pública no país.

Um destaque merece ser feito à contribuição de psicanalistas para a ampliação do conhecimento sobre CAPSi e seus desafios. Os estudos empreendidos estabeleceram um vigoroso diálogo com a atenção psicossocial e a atual política pública, permitindo afirmar que na SMCA a presença da Psicanálise tem constituído importante via de qualificação do trabalho.

Em relação à construção da rede ampliada de atenção - noção tomada nesta tese como síntese das ações a serem desenvolvidas para melhoria do acesso e da qualidade da atenção em SMCA - a ênfase recaiu sobre os aspectos dinâmico e estrutural de sua organização. No plano dinâmico foi sugerida a noção de *presença viva* como marca distintiva e modo particular de ação da saúde mental na tessitura da rede de suporte aos casos e da rede de cuidado em um território. Considerou-se que, nesse período formativo da política de SMCA, são necessários esforços para

conceituação de determinadas ações, no sentido de contribuir com a realização orientada da experiência, assim como com a possibilidade de avaliar seus efeitos.

A pouca literatura existente sobre a genealogia da noção de rede em saúde mental e a diversidade de práticas exercidas em seu nome, especialmente na recente proposta de construção de redes em SMCA, podem concorrer para uma polissemia improdutiva e impeditiva da verificação de sua potência e reais limites.

No que diz respeito ao plano estrutural da rede, tão importante para o desenvolvimento da política quanto o dinâmico, e com base nos resultados de pesquisa desenvolvida em quatro localidades do Estado do Rio, foram propostos três componentes descritivos, como recursos de análise para avaliar a cobertura e a efetividade potencial de uma rede ampliada. Os componentes de *densidade, visibilidade e direcionalidade dos fluxos*, indicaram ser compatíveis com a proposta da rede ampliada, mas requerem aplicação em territórios reais, para que possa ser avaliada com mais precisão sua real contribuição na qualificação de estratégias de organização das redes. Até o momento, não são conhecidos estudos ou experiências que tomem noções descritivas como parâmetro de análise das condições iniciais de uma localidade, de tal forma que orientem as decisões e caminhos a seguir.

A atual política de SMCA, pela potência que indica ter na melhoria da qualidade de vida dos usuários e seus familiares, através do trabalho realizado por seus dispositivos e estratégias de ação nas redes de cuidado, ainda depende de substanciais investimentos na abertura de serviços, mas, fundamentalmente, na qualificação dos trabalhadores. Além disso, necessita fortalecer e expandir seus mecanismos democráticos de participação e deliberação, sem os quais o risco de retrocesso se fará mais forte do que sua promissora vivacidade.

Até o momento, os CAPSi e a rede ampliada têm indicado um caminho fértil para a consolidação da política que, no entanto, necessita de outras ações e dispositivos para que possa responder à responsabilidade de cuidado que tem. Se as duas ações analisadas representam o início do processo de transformação da

desassistência em cuidado, elas não podem ser tomadas como sendo todo o processo. Requerem apoio e expansão, além da agregação de novos recursos.

Esperamos que este estudo tenha contribuído para destacar sua relevância, assim como para esclarecer alguns desafios no caminho da reescrita da história da SMCA no contexto brasileiro. A política de SMCA é promissora, mas não está consolidada. Precisa avançar para que em futuro próximo tenham sido escritas novas linhas na história da SMCA, ética e psicossocialmente orientadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Domingos Sávio. *Encontro Nacional: 20 anos de luta por uma sociedade sem manicômios*. Bauru, dez 2007. (vídeo)
- AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. IN: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. AMARANTE, P. (coord). Rio de Janeiro: Ed. Nau, p.45-65, 2003
- ARANTES, Esther Maria de Magalhães. Rostos de Crianças no Brasil. IN: PILOTTI, F. & RIZZINI, I. (Org). *A arte de governar crianças*. A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Amais, p. 171-220, 1995
- ARENDT, Hannah. *A dignidade da política*. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará, 2002
- BALLARIN, Maria Luiza G.; MIRANDA, Iara Monteiro S.; FUENTES, Ana Carolina R.C. Centro de Atenção Psicossocial: panorama das publicações de 1997 a 2008. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*. V. 30(4), p. 726-37, 2010
- BELFER, Myron. Critical review of world policies for mental healthcare for children and adolescent. *Current Opinion in Psychiatry*. V. 20, p. 349-352, 2007
- BELFER, Myron. Child and Adolescent mental disorders: the magnitude of problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. V. 49(3), p. 226-236, 2008
- BENETTI, Silvia Pereira da Cruz et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 23(6), p. 1273-82, jun 2007.
- BENTES, Ana Lúcia Seabra. *Tudo como dantes no quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial*. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1999
- BERCHERIE, Paul. A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. IN: CIRINO, O. *Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. BH: Ed. Autêntica, p.127-144, 2001
- BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. IN: AMARANTE, P. (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. RJ: Ed. Fiocruz, p.41-71, 1994.
- BONTEMPO, Valéria Lima. Dos cuidados intensivos à direção do trabalho um a um. *Revista Eletrônica Clinicaps*. 2007
- BONTEMPO, Valéria Lima. A assembleia de usuários e o CAPSi. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*. V. 29(1), p. 184-89, 2009a

BONTEMPO, Valéria Lima. Extrapolando os muros do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil/CAPSi. *Revista Eletrônica Clinicaps*. 2009b

BORDIN, Isabel; PAULA, Cristiane de. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. IN: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F. & KOHN, R. (Eds). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. São Paulo: Ed. Artmed, p. 101-117, 2007

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana W. de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 24(2), p. 456-68, fev 2008.

BOTELHO, Adriana Pedreira et al. Meninos de rua: desafiliados em busca de saúde mental. *Psicologia em Estudo*. Maringá, V.13, n.2, p. 361-370, abr-jun 2008

BRANDÃO JUNIOR, Pedro Moacyr. Um bebê no CAPSi: uma clínica possível. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*. RJ(UERJ), Ano9, n.2, p. 345-55, 2009

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

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

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília. 1990.

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

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Brasília. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Seminário Nacional Política de Saúde Mental para Infância e Adolescência (Relatório Final)*. 2001b

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS. *Diário Oficial da União*. 2002a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 184, de 20 de março de 2002. Dispõe sobre a ampliação do financiamento para os CAPS. *Diário Oficial da União*. 2002b

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília. 2002c

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1608, de 3 de agosto de 2004. Constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. *Diário Oficial da União*. 2004a

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental*. 5ª Ed. Brasília. 2004b

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*. Brasília. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Brasília. *Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil*. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Gestão da Área Técnica de Saúde Mental 2003-2006*. MS. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. *Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília, 2011a, 106 p.

CACCIARI, Fernanda R.; LIMA Flavia Teresa; BERNARDI, Marli da Rocha. Ressignificando a prática: um caminho para a inclusão. *Revista Construção Pedagógica*. SP, V.13, n.10, 2005

CALGARO, Allyne; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. V. 30(3), p.176-83, set 2009

CAMPOS, F. & HENRIQUES, C. (Orgs.). *Contra a maré à beira-mar*. A experiência do SUS em Santos. São Paulo: Ed.Hucitec, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: MINAYO, C., et al (Org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006

CANAVÊZ, Fernanda; BRANDÃO JUNIOR, Pedro Moacyr. Um caso que fala para a rede: a escuta analítica na articulação da assistência em saúde mental. *Revista Mental*. Ano VII, n.12, p.139-152, jan-jun 2009

CARMO, Zélia; POLLO, Vera. O CAPSi Dom Adriano Hipólito: uma instituição atravessada pela Psicanálise. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. S. João Del Rei, v.4(2), p. 151-59, jul 2010

CARVALHO, Marcos Danúbio Alves de; SILVA, Helder Oliveira; RODRIGUES, Leila Vieira. Perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, CE. *SMAD*. V. 6, n.2, p.337-49, 2010

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social*. Uma crônica do salário. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos Técnico-Assistenciais em Saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. IN: *Projeto VER-SUS/BRASIL*. Brasília. MS, p.92-106, 2004

- CHALMERS, Ian. *Effective Care During Pregnancy and Childbirth*. 1989.
- CIACCIA, Antonio Di. A prática entre vários. IN: ALTOÉ, S. & LIMA, M.M. *Psicanálise, Clínica e Instituição*. RJ: Ed. Rios Ambiciosos, p.34-54, 2005
- CIRINO, Oscar. *Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2001
- COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Documentário, 1976
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. 2º Ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1983
- COSTA, Naiara Lima; CALAIS, Sandra Leal. Esquizofrenia: intervenção em instituição pública de saúde. *Pesquisa*. SP (USP), V. 21(1), p. 183-198, 2010
- COUTO, Maria Cristina Ventura. Por uma Política Pública de Saúde Mental para crianças e Adolescentes. IN: FERREIRA, T. (Org). *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. BH: Ed. Autêntica, p. 61-74, 2004.
- COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. V. 30(4), p. 390-398, 2008
- COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. IN: RIBEIRO, E.L. & TANAKA, O.Y. (Orgs). *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Ed. Hucitec, p. 271-279, 2010
- CRESWELL, John W. *Projeto de Pesquisa*. Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto. POA: Ed. Artmed, 2010.
- CRIVELATTI, Marcia M. Barreto; DURMAN, Solânia; HOFSTATTER, Lili Marlene. Sofrimento Psíquico na Adolescência. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis, V. 15 (Esp), p. 64-70, 2006
- CUNHA, Carolini Cássia; BOARINI, Maria Lucia. O Lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*. V. 3, n.1, p. 68-76, jun 2011
- DELFINI, Patricia Santos de Souza et al. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. V. 19(2), p. 226-36, 2009
- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. *Cadernos IPUB*. RJ, n.14, p.113-121, 1999.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Prefácio. IN: ALMEIDA, N. & DELGADO, PGG (orgs). *De volta à cidadania*. Políticas públicas para crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: IFB, 2000

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. No litoral do vasto mundo. Lei 10.216 e a amplitude da Reforma psiquiátrica. IN: VENÂNCIO, AT & CAVALCANTI, MT. (orgs) *Saúde Mental: campo saberes e discursos*. RJ: Ed. IPUB/CUCA, p. 283-90, 2001.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma Psiquiátrica: papel dos CAPS e do Programa de Saúde da Família. *Coletânea da Universidade Estadual de Maringá*. 2002

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Por uma clínica da reforma. *Caderno Saúde Mental*. Ed. ESP/MG, v. 1, p. 59-66, 2007.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 63(2), p. 114-21, 2011

DELL'ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise. IN: DELGADO, J. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Ed. Resenha, 1991.

DELVAN, Josiane da Silva et al. Crianças que utilizam serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. V. 20(2), p.228-37, 2010

DOMBI-BARBOSA, Caroline et al. Condutas Terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenil atendida nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. V. 19(2), p. 262-68, 2009

DUARTE, Cristiane S. et al. Child Mental Health in Latin America: present and future epidemiologic research. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. V. 33(3), p. 203-22, 2003

DUARTE, Cristiane S. et al. *Conhecendo a Rede Pública Ampliada de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente: dimensões da exclusão* (Relatório Final). Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro & Division of Child and Adolescent Psychiatry, Columbia University, New York. 2008

DUARTE, Cristiane S. et al. A rede pública ampliada de atenção à saúde mental da criança e do adolescente: estudo-piloto em quatro localidades do Estado do Rio de Janeiro. IN: RIBEIRO, E.L. & TANAKA, O.Y. (Orgs). *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Ed. Hucitec, p. 280-302, 2010

DURMAN, Solânia et al. Centro de Atendimento Psicossocial Infantil. CAPSi: um espaço para o ensino em saúde mental. *Revista Nursing*. SP, V. 8 (89): 480-83, out 2005

ELIA, Luciano. A rede de atenção na saúde mental: articulações entre CAPS e Ambulatórios. IN: *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*. Brasília. MS, p. 45-58, 2005

ELIA, Luciano da Fonseca. O dispositivo psicanalítico ampliado e sua aplicação na clínica institucional pública da saúde mental infanto-juvenil. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*. RJ (UERJ), V.7, n.3, p.613-20, dez 2007

ENGEL, Magalli Gouveia. *A loucura na cidade do Rio de Janeiro: ideias e vivências (1830-1930)*. 2 vol. Tese (Doutorado em História). Universidade Estadual de Campinas. 1995

ESPÍNDOLA, Cybele Ribeiro; BLAY, Sérgio Luís. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. V. 28(3), p. 265-75, set-dez 2006.

ESPING-ANDERSEN, G. Ofuturo do 'WelfareState' na nova ordem mundial. *Lua Nova*. *Revista de Cultura e Política*: n. 35, p. 73-111, 1995.

FALAVINA, Olívia Pala; CERQUEIRA, Monique Borba. Saúde Mental Infanto-Juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. *Revista Espaço para a Saúde*. Londrina, V.10, n.1, p. 34-46, dez 2008.

FARACO, Ceres Berger, et al. Terapia Mediada por animais e saúde mental: um programa no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência em Porto Alegre. *Saúde Coletiva*. V. 06(34), p. 231-36, 2009

FERREIRA, Tania. *A escrita da clínica*. Psicanálise com crianças. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 1999.

FLEURY, Sonia. Política Social e Democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. *Caderno de Saúde Pública*. V. 1(4), p. 400-417, 1985

FLEURY, Sonia. A reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. V. 14(3), p.743-52, 2009

FORD, Tamsin. Practioner review: how can epidemiology help us plan and deliver effective child and adolescent mental health services? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. V. 49(9), p. 900-914, 2008

FOUCAULT, Michael. *Vigiar e Punir*. Nascimento da Prisão. Petrópolis: Ed. Vozes, 1977

GOLDBERG, Jairo. *Clínica da Psicose*. Um projeto na rede pública. RJ: Ed. Te Corá, 1994

GREENHALGH, Trisha et al. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*. V.82, n.4, p. 581-629, 2004

GREENHALGH, Trisha. Meta-narrative mapping: a new approach to the systematic review of complex evidence. IN: HURWITZ, B; GREENHALGH, T; SKULTANS, V. (ed). *Narrative Research in Health and Illness*. London: BMJ, p.349-81, 2004

GREENHALGH, Trisha et al. Storylines of research in diffusion of innovations: a meta-narrative approach to systematic review. *Social Science & Medicine*. V. 61, p. 417-30, 2005

GREENHALGH, Trisha. *Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2008.

GUERRA, Andréa Máris Campos. A Psicanálise no campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil. *Revista Psyché*. SP, ano IX, n.15, p.139-154, jan-jun 2005

HAM, C. Lesson and conclusions. IN: HAM, C. (Ed). *Health care reform: learning from international experience*. Buckingham, Open University Press, 1997

HAM, C. *Evaluations and impact of disease management programs*. Bonn: Conference of Bonn. 2007

HENNA, Elizabete Satie et al. Rede de Atenção à Saúde Mental de base comunitária: a experiência de Santo André. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. V. 18(1), p. 16-26, 2008

HERMANN, Maurício Castejón. Instituições, grupos e seus modos de coordenação: intersecções no campo da saúde mental. *Mudanças. Psicologia da Saúde*. V. 14(1), p.32-41, jan-jun 2006

HOFFMANN, Maria Cristina C. Lopes; SANTOS, Darcil Neves; MOTA, Eduardo Luiz Andrade. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Caderno de Saúde Pública*. RJ, V. 24(3), p.633-42, mar 2008

INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos Fundap*. N.22, p.102-110, 2001

ISOLAN, Luciano Rassier et al. Grupo de Adolescentes com transtorno depressivo maior do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência do Hospital das Clínicas de Porto Alegre: relato de uma experiência. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. V. 8 (2/3), p. 211-225, mai-dez 2006

LAURENT, Eric. A instituição, a regra e o particular. *Correio*. N. 15, p.15-19, out/Nov 1996

LAURIDSEN, Edith; TANAKA, Oswaldo. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. *Revista de Saúde Pública*. V. 33, p.586-592, 1999

LEAT, P et al. Integrated delivery systems: has their time come in Canada? *Canadian Medical Association Journal*. V.154, p. 803-809, 1996

LEVAV, I et al. Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: results of a country survey. *European Child and Adolescent Psychiatry*. V. 13(6), p. 395-401, 2004

LIMA, Janaína Alves de; LIMA, Ana Cláudia Vasconcelos. Avaliação do nível de desenvolvimento mental e social de crianças de 3 a 5 anos de idade em situação de risco pessoal e social. *Temas do Desenvolvimento*. V.15 (87/88), p. 4-8, jul-out 2006

LOBO, Lilia Ferreira. *Os infames da história: a instituição das deficiências no Brasil*. Tese (Doutorado em Psicologia). Rio de Janeiro, PUC. 1997

LOPES, Ana Lúcia Mendes; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Revisão Sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis, V. 17(4), p. 771-8, out-dez 2008.

LOPES, Cassandra M. Bismarck; FACUNDES, Vera Lúcia D.; NÓBREGA, Keise Bastos G. da. Perfil e desempenho funcional das crianças com transtorno invasivo do desenvolvimento atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Recife. *Revista de Neurobiologia*. V. 73(4), p.119-13, 2010.

LOPES, Roseli; MALFITANO, Ana Paula Serrata. Ação Social e intersetorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. V. 10, n.20, p.505-15, jul-dez 2006

LUND, Crick et al. Scaling up child and adolescent mental health services in South Africa: human resource requirements and costs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. V. 50(9), p.1121-1130, 2009

LUZ, Madel Terezinha. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. V 15(1), p. 39-57, 2005

MÂNGIA, Elizabete et al. Necessidades de adolescentes com sofrimento psíquico. *Revista de Terapia Ocupacional*. USP, V.14, n.3, p.123-32, set/dez 2003

MENDES, Emilio Garcia. *Infância e Cidadania na América Latina*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1998.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Revista de Med de Minas Gerais*. V. 18(supl4), p.3-11, 2008

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS, 2011, 549p

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. *O direito à infância e à adolescência: a trajetória da Política Social dirigida às crianças e adolescentes no Brasil Republicano*. 2000. 380f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2000

MENEZES, Tathiana Tavares; MELO, Victor J. O pediatra e a percepção dos transtornos mentais da infância e adolescência. *Revista Adolescência e Saúde*. V. 7, n.3, p. 38-46, 2010

MEYER, Gabriela Rinaldi; BERLINCK, Manoel Tosta. Um olhar singular: a clínica na instituição de saúde mental. *Estilos da Clínica*. V. 16(1), p. 152-69, 2011

MILHOMEM, Maria Aparecida G. Correa; OLIVEIRA, Alice G. Bottaro. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. V. 30(2), p.272-9, jun 2009

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A complexa dinâmica da divulgação científica. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro. V. 1(1), p.35-44, jan-jun, 2007

MORETTO, Cybele Carolina; CONEJO, Simone Peixoto; TERZIS, Antonios. O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil. *Revista Vínculo*. V. 1, n.5, p.55-69, 2008

MÜLLER, Tânia Mara. *A primeira escola especial para crianças anormais do Distrito Federal: o Pavilhão Bourneville do Hospício Nacional de Alienados*. Dissertação (Mestrado em Educação). UERJ. 1998

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. *Declaração de Direitos das Crianças*. 1959

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. *Convenção sobre os Direitos da Criança*. 1989

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001*. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. OMS, 2001

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE [OPAS]. *Declaração de Caracas*. Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde. OMS/OPAS, 1990

PATEL, Vikram et al. Mental Health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*. V. 369, p.1302-1313, 2007

PATEL, Vikram et al. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. V. 49(3), p. 313-334, 2008

PAULA, Cristiane; DUARTE, Cristiane S.; BORDIN, Isabel. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. V. 29(1), p. 11-17, 2007

PAULA, Cristiane Silvestre; MIRANDA, Claudio Torres; BORDIN, Isabel A. Santos. Saúde Mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. IN:

RIBEIRO, E.L & TANAKA, O.Y. *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Ed. Hucitec, p.75-92, 2010

PAWSON, Ray et al. Realistic Review: a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research and Policy*. V. 10 (1), p.21-34, 2005

PILOTTI, Francisco. Crise e Perspectivas da Assistência à Infância na América Latina. IN: PILOTTI, F. & RIZZINI, I. (Orgs). *A arte de governar crianças*. A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Amais, p.11-45, 1995

POCINHO, Margarida. Lições de Metanálise. 2008.

PRIORE, Mary Del (Org). *História da Criança no Brasil*. 3ªed. São Paulo: Ed. Contexto, 1995.

RAMIRES, Vera Regina R. et al. Saúde Mental de crianças no Brasil: uma revisão de literatura. *Interação em Psicologia*. V. 13(2), p. 311-22, 2009

RASERA, Emerson Fernando; ROCHA, Rita M. Godoy. Sentidos sobre a prática grupal no contexto da saúde pública. *Revista Psicologia em Estudo*. Maringá, V.15, n.1, p.35-44, 2010

REBOUÇAS, Denise et al. O trabalho em Saúde Mental: um estudo de satisfação e impacto. *Caderno de Saúde Pública*. RJ, V. 24(3), p. 624-32, mar 2008

REIS, Alberto Olavo Advincula et al. Prontuários para que servem? Representação dos coordenadores de equipe dos CAPSi a respeito do valor e da utilidade dos prontuários. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. V. 19(3), p. 383-92, 2009

RIBEIRO, Clarissa Sudano, et al. A produção bibliográfica brasileira sobre a assistência em saúde mental infanto-juvenil: levantamento exploratório. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. V. 5(1), p.94-103, jan-jul 2010.

RIZZINI, Irma. *Assistência à infância no Brasil*. Uma análise de sua construção. Rio de Janeiro: Ed. Universitária Santa Úrsula, 1993

RIZZINI, Irene. *O século perdido*. Raízes históricas das Políticas Públicas para Infância no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Amais, 1997

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. *A institucionalização de crianças no Brasil*. Percurso histórico e desafios do presente. SP: Ed. Loyola, 2004

RONCHI, Juliana Peterle; AVELLAR, Luziane Zacché. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi de Vitória-ES. *Psicologia, Teoria e Prática*. V. 12(1), p. 71-84, 2010

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. Estágio em Serviço Social na saúde mental: desafios de ação universidade-serviço assistencial: uma experiência em CAPSi. *Revista Serviço Social & Realidade*. Franca, V.17, n.2, p.251-280, 2008

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*. V. 20(2), Editorial, 2007.

RUA, Maria das Graças. As políticas públicas e a juventude dos anos 90. IN: *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD, p. 731-752, 1998

RUDNICK, A.; ROE, D. (editors). *Serious mental illness. Person-centered approaches*. Radcliff Publishing: London/New York, 375p, 2011.

SAMPAIO, Rosana F.; MANCINI, MC. Estudos de Revisão Sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. V. 11, n.1, p. 83-9, jan-fev 2007.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça*. A política social na ordem brasileira. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Campos, 1994.

SCANDALORA, Ana Silvia et al. Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel – PR. *Psicologia & Sociedade*. V. 21(3), p.334-42, 2009

SCHECHTMAN, Alfredo. *Psiquiatria Preventiva: infância e eufrenia*. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Instituto de Medicina Social, UERJ, 1981

SCHMID, Patrícia Cavalcanti. Viajando não, só sonhando! *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*. V. 19, n.1, p.187-198, jan-jun 2007

SEBROECK, Marie Anne Pacheco Van et al. Atuação do enfermeiro no quadro de depressão infantil: abordagem diagnóstica de enfermagem. *Revista Eletrônica de Pesquisa Cuidado é Fundamental*. Ed. Supl.2, p. 15-17, out-dez 2010

SEN, A. Por que a equidade em saúde? in SEN, A. & KLIKSBURG, B. *As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado*. Editora Companhia das Letras: São Paulo, 2010, 73-93.

SHATKIN, Jess; BELFER, Myron. The Global Absence of Child and Adolescent Mental Health Policy. *Child and Adolescent Mental Health*. V. 9(3), p.104-108, 2004

SHORTELL, S.M. et al. Creating organized delivery systems: the barriers and the facilitators. *Health Service Administration*. V. 38, p. 447-466, 1993

SILVA, Renata Prudêncio. *Medicina, Educação e Psiquiatria para Infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX*. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em História das Ciências). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. 2008

SOUSA, Djanira L. Martins; PINTO, Antonio Germane Alves; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do

Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza-Ceará. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis, V. 19(1), p.147-54, 2010

SPOSITO, Marília Pontes; CARRANO, Paulo César Rodrigues. Juventude e políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*. N. 24, p. 16-39, 2003

STELK, Wayne; SLATON, Elaine. The role of infrastructure in the transformation of child-adolescent mental health systems. *Adm Policy Mental health*. V.37, p. 100-110, 2010

STEWART, M (org). *Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TÁVORA, Rafaela Carolini de Oliveira et al. Atendimento de crianças e adolescentes em CAPS: visão dos familiares. *Revista Eletrônica de Pesquisa Cuidado é Fundamental*. Ed. Supl 2, p. 697-700, out-dez 2010

TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol. 9 (1), p. 25-59, 2002

TENÓRIO, Fernando; ROCHA, Eduardo de Carvalho. A Psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. IN: ALBERTI, S. & FIGUEIREDO, A.C. (Orgs). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Ed. Companhia de Freud, p. 55-72, 2006

TOLEDO, Rose Pompeu de. O ambiente terapêutico, o grupo e a equipe num CAPSi. *Revista Vínculo*. SP, V.1, n.1, dez 2004

TOLEDO, Rose Pompeu de. A experiência de atendimento a um grupo de familiares em um centro de atenção psicossocial infantil (CAPSi). *Revista Vínculo*. SP, V.3, n.3, dez 2006

TYANO, Sam; FLEISCHMAN, Anat. Public Awareness of Child and Adolescent Mental Health: a review of the literature. IN: REMSCHMIDT, H. et al (Eds). *The Mental Health of Children and Adolescents: an area of global neglect*. UK: WPA, p.13-26, 2007

VENÂNCIO, Ana Teresa; LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *O campo da Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. Te Corá/IFB, 1997

VERONESI, Fabio; MOREÍ, Carmem L. O. Ocampo. A capoeira como instrumento e recurso terapêutico para pessoas com sofrimento psíquico. *Revista Eletrônica de Extensão. EXTENSIO*. V. 6, n.8, dez 2009

VERONEZE, Cristiane Berriel et al. Residência em Psicologia Hospitalar e da Saúde do HU/UFJF: consolidando práticas no campo da saúde. *Psicologia em Pesquisa*. JF(UFJF), V. 2(1), p. 20-6, jan-jun 2008

VOGEL, Arno. Do Estado ao Estatuto. Propostas e vicissitudes da política de atendimento à infância e adolescência no Brasil contemporâneo. IN: PILOTTI, F. & RIZZINI, I. (Orgs). *A arte de governar crianças*. A história das políticas sociais, da

legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Amais, p. 299-346, 1995

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Geneva, 2005a

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Atlas Child and Adolescent Mental Health Resources*. Global Concerns: implications for the future. Geneva, 2005b

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *MhGAP - Mental Health Gap Action Programme : scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva, 2008.

WERNECK VIANNA, M. (1991). *Notas sobre política social*. Physis. Revista de Saúde Coletiva. IMS/UERJ. V. 01, n. 01, 117-131.

ZAMBENEDETTI, Gustavo. *Configurações de rede na interface saúde mental e saúde pública: uma análise a partir das conferências de saúde e saúde mental*. Porto Alegre. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

ANEXO I

Artigos sobre CAPSi incluídos na Revisão Meta-Narrativa (período 2002-2010)

Ano de Publicação	Título	Autor(es)	Periódico
2003			
	Necessidades de adolescentes com sofrimento psíquico	Elisabete Mângia; Cecília Neves Assumpção; Jaqueline m. Quinta; Maria de Fátima Rufino	Revista de Terapia Ocupacional (USP), v.14, n.3, p.123-32
2004			
	O ambiente terapêutico, o grupo e a equipe num CAPSi	Rose Pompeu de Toledo	Vínculo, 1 (1). Sem registro do número das páginas
2005			
	Centro de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPSi): um espaço para o ensino em saúde mental	Solânia Durman; Terezinha Dias; Juceli Zimmermann Mion; Salete Nelsi; Elizabeth Aparecida de Souza	Nursing-SP, 8 (89): 480-483
	Ressignificando a prática: um caminho para a inclusão	Fernanda Rodrigues Cacciari; Flavia Teresa de Lima; Marli da Rocha Bernardi	Construção Psicopedagógica, 13 (10):
	A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil	Andréa Máris Campos Guerra	Psychê, 9 (15): 139-154
2006			
	Grupo de Adolescentes com transtorno depressivo maior do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência do Hospital das Clínicas de Porto Alegre: relato de uma experiência	Luciano Rassier Isolan; Gustavo Estanislau; David Bergmann; Maria Lucrecia Scherer Zavaschi	Revista Brasileira de Psicoterapia, 8 (2/3): 211-225, maio-dez.
	Avaliação do nível de desenvolvimento mental e social de crianças de 3 a 5 anos de idade em risco pessoal e social	Janaína Alves de Lima; Ana Cláudia Vasconcelos Lima	Temas do Desenvolvimento, 15 (87/88): 4-8, jul-out.
	Sofrimento psíquico na adolescência	Márcia Monique Barreto Crivelatti; Solânia Durman; Lili Marlene Hoffstader	Texto Contexto Enfermagem, 15 (Esp): 64-70
	Instituições, grupos e seus modos de coordenação: intersecções no campo da saúde mental	Maurício Castejón Hermann	Revista Mudanças, Psicologia da Saúde, 14 (1): 32-41 (jan-jun)
	A experiência de atendimento a um grupo de familiares em um centro de atenção psicossocial infantil	Rose Pompeu de Toledo	Vínculo, 3 (3):
	Ação social e intersectorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura	Roseli Esquerdo Lopes; Ana Paula S. Malfitano	Revista Interface, v.10, n.20, p. 505-15, jul/dez

Ano de Publicação	Título	Autor(es)	Periódico
2007			
	Viajando não, só sonhando!	Patrícia Cavalcanti Schimid	Revista do Departamento de Psicologia-UFF, 19 (1): 187-198
	Dos cuidados intensivos à direção do trabalho no um a um	Valéria Lima Bontempo	Revista Clinicaps (online), 1 (3).
	O dispositivo psicanalítico ampliado e a sua aplicação na clínica institucional pública de saúde mental infanto-juvenil	Luciano da Fonseca Elia	Estudos e Pesquisas em Psicologia-UERJ, 7 (3): 613-620
2008			
	Estágio em Serviço Social na saúde mental: desafios de ação Universidade-Serviço Assistencial. Uma experiência em CAPSi	Lucia Cristina dos Santos Rosa	Serviço Social & Realidade, 17(2): 251-280
	O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto	Denise Rebouças; Lúcia Abelha; Letícia Fortes Legay; Giovanni Marcos Lovisi	Caderno de Saúde Pública, 24 (3): 624-632
	Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil	Maria Cristina Corrêa Lopes Hoffman; Darci Neves Santos; Eduardo Luiz Andrade Mota	Caderno de Saúde Pública, 24 (3): 633-642
	Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde	Olivia Pala Falavina; Monique Borba Cerqueira	Revista Espaço para a Saúde, 10 (1): 34-46
	Residência em Psicologia Hospitalar e da Saúde do HU/UFJF: consolidando práticas no campo da saúde	Cristiane Berriel Veroneze; Tania Maria Silva Benfica; Maria Stella Tavares Filgueiras; Suzana Fajardo Leal; Fernanda Deotti Rodrigues	Psicologia em Pesquisa-UFJF, 2 (1): 20-26
	Rede de Atenção à saúde mental de base comunitária: a experiência de Santo André	Elizabeth Satie Henna, Luiz Carlos de Abreu; Marcos Luiz Ferreira Neto; Alberto Olavo Advincula Reis	Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano, 18 (1): 16-26
	Meninos de rua: desafiados em busca de saúde mental	Adriana Pedreira Botelho; Samantha Lemos Ferreira da Silva; Marina Janzen Kassab; Lígia Costa Leite	Psicologia em Estudo, 13 (2): 361-370 (abr/jun)
	O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil	Cybele Carolina Moretto; Simone Peixoto Canejo; Antônio Terzis	Vínculo, 1 (5):1-99

Ano de Publicação	Título	Autor(es)	Periódico
2009			
	Terapia Mediada por animais e saúde mental: um programa no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência em Porto Alegre	Ceres Berger Faraco; Adolfo Pizzinato; Michele Casser Csordas; Mariana Calesso Moreira; Maria Lucrecia scherer Zavaschi; Tatiane Santos; Vera lúcia Silva de Oliveira; Franciele Luana Boschetti; Laura de Moraes Menti	Saúde Coletiva, 6 (34): 231-236
	Condutas Terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenil atendida nos Centros de Atenção Psicossociais infantojuvenis do Estado de São Paulo	Caroline Dombi-Barbosa; Moacyr Miniussi Bertolino Neto; Felipe Lessa Fonseca; Carlos Mendes Tavares; Alberto Olavo Advincula Reis	Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano, 19 (2): 262-268
	A Assembléia de usuários e o CAPSi	Valéria Lima Bontempo	Psicologia, Ciência e Profissão, 29 (1): 184-189
	Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil da Grande São Paulo, Brasil	Patrícia Santos de Souza Delfini; Caroline Dombi-Barbosa; Felipe Lessa da Fonseca; Carlos Mendes Tavares; Alberto Olavo Advicula Reis	Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano, 19 (2): 226-236
	Prontuários, para que servem? Representação dos coordenadores de equipe dos CAPSi a respeito do valor e da utilidade dos prontuários	Patrícia Santos de Souza Delfini; Caroline Dombi-Barbosa; Felipe Lessa da Fonseca; Alberto Olavo Advicula Reis; Moacyr Miniussi Bertolino Neto; Maria Margarida Licursi Prates; Ariana Queiroz de Oliveira	Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano, 19 (3): 383-392
	Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial infantil de Cascavel-PR	Ana Silvia Scandolara; Angela Rockenbach; Emerson Aparecido Sgarbossa; Lilian Rafael Linke; Nelsi Salete Tonini	Psicologia & Sociedade, 21 (3): 334-342
	Um bebê no CAPSi: uma clínica possível	Pedro Moacyr C. Brandão Junior	Estudos e Pesquisas em Psicologia-UERJ, 9 (2): 345-355
	A capoeira como instrumento e recurso terapêutico para pessoas com sofrimento psíquico	Fábio Veronesi; Carmem Leontina Ojeda Ocampo Moré	Revista Eletrônica de Extensão - Extensio; 6 (8): 50-63 (dez)
	Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental	Aline Calgaro; Emilianie Nogueira de Souza	Revista Gaúcha de Enfermagem, 30 (3): 476-483 (set)
	O trabalho nos centros de atenção psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil	Maria Aparecida das Graças Correa Milhomem; Alice Guimarães Bottaro de Oliveira	Revista Gaúcha de Enfermagem, 30 (2): 272-279 (jun)
	Extrapolando os muros do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil/CAPSi	Vera Lima Bontempo	Revista Clinicaps (online), 3 (9).
	Um caso que fala para a rede: a escuta analítica na articulação da assistência em saúde mental	Fernanda Canavêz, Pedro Moacyr Chagas Brandão Junior	Revista Mental, ano VII (12): 139-152 (jan-jun)

Ano de Publicação	Título	Autor(es)	Periódico
2010			
	Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitória-ES	Juliana Peterle Ronchi; Luziane Zacché Avellar	Psicologia, Teoria e Prática, 12 (1): 71-84
	Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do sul do Brasil	Josiane da Silva Delvan; João Rodrigo Maciel Portes; Maiara Pereira Cunha; Marina Menezes; Eduardo José Legal	Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano 20 (2): 228 -237
	O CAPSi Dom Adriano Hipólito: uma instituição atravessada pela psicanálise?	Zelia Carmo; Vera Pollo	Práticas e Pesquisas Psicossociais, 4 (2): 151-159
	Esquizofrenia: intervenção em instituição pública de saúde	Naiara Lima Costa; Sandra Leal Calais	Psicologia-USP, 21 (1): 183-198
	Atendimento de crianças e adolescentes em CAPSi: visão dos familiares	Rafaela Caroline de Oliveira Távora, Ana Ruth Macedo Monteiro, Suzane de Fátima do Vale Tavares, Sâmya Aguiar Lobo, Fernanda Araújo Rios	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental- UNIRIO (online), 2 (Ed. Supl): 697-700 (out/dez)
	Atuação do Enfermeiro no quadro de depressão infantil: abordagem diagnóstica de enfermagem.	Marie Anne Pacheco Van Sebroeck, Taiane Bertoldi da Costa, Deisele Peixoto Bittencourt de Miranda, Rosâne Mello	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental-UNIRIO (online), 2 (Ed. Supl): 15-17 (out/dez)
	Perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, Ceará.	Marcos Danúbio Alves de Carvalho, Hélder Oliveira e Silva, Leila Vieira Rodrigues	Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 6 (2): 337-349
	Sentidos sobre a prática grupal no contexto da saúde pública	Emerson Fernando Rasera; Rita Martins Godoy Rocha	Psicologia em Estudo, 15 (1): 35-44 (jan-mar)
	Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do CAPS de fortaleza-Ceará	Djanira Luiza Martins de Souza; Antonio Germane Alves Pinto; Maria Salete Bessa Jorge	Texto Contexto Enfermagem, 19 (1): 147-154 (jan-mar)
	O pediatra e a percepção dos transtornos mentais na infância e adolescência	Tathiana Tavares Menezes; Victor J. Melo	Revista Adolescência & Saúde, 7(3): 38-46
	Perfil e desempenho funcional das crianças com transtorno invasivo do desenvolvimento atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade do Recife	Cassandra M. Bismarck Lopes; Vera Lúcia D. Fagundes; Keise Bastos G. da Nóbrega	Neurobiologia, 73 (4): 119-130