



Interdisciplinary

LINKSCIENCEPLACE

DOI: 10.17115

ISSN: 2358-8411

Scientific Journal



Interdisciplinary Scientific Journal. ISSN: 2358-8411

Nº 6, volume 5, article nº 11, December 2018

D.O.I: <http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v5n6a11>

Accepted: 18/08/2018 Published: 30/12/2018

VIII SEMINÁRIO E IV CONGRESSO INTERDISCIPLINAR DIREITO E MEDICINA  
CUIDADOS PALIATIVOS – 20 A 22 DE AGOSTO DE 2018 – ITAPERUNA

## RAPS: A experiência de trilhar a Rede de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil de Itaperuna-RJ

**Mariana Fernandes Ramos dos Santos<sup>1</sup>**

Psicóloga, Neuropsicóloga; Especialista em Psiquiatria; Especialista em Saúde Mental; Mestre em Psicologia

**Diana Ramos de Oliveira<sup>2</sup>**

Pedagoga; Mestrado em Estudos Avançados em Psicologia Social: Relações Grupais; Doutorado em Psicologia Social;

**Ana Maria Ferreira<sup>3</sup>**

Enfermeira; Especialização em Docência do Ensino Superior

### Abstract:

In child care promotion and adolescents see the institutionalization image in philanthropic architectures, "shelters" obsolete idea of treatment. With the psychiatric reform breaks the isolation paradigm to psychosocial rehabilitation and the implication of the network, see proposal against new deinstitutionalization model, appearing CAPS Children and Youth as a care strategy device. This article deals with a descriptive research with systematic observation and mapping of psychosocial care network for children and adolescents before and after the implementation of CAPSi in the city of Itaperuna. We propose a reflection on the experience in this city, the organization of the service network. Focusing on the fidelity of the psychiatric reform in the performances and the need to strengthen care of ties, fostering up new proposals for action in the service logic. The results lead to greater institutionalization before and after the implementation of smaller CAPSi. Discussing the network flow strategies and focus on deinstitutionalization. It was concluded that the proposed CAPSi is a holistic approach, in view of human beings and their relationships in a unique way in which the psychosocial performance has direct implication of the existence of the subject, highlighting their role in care.

**Keywords:** Mental Health; Children and Youth; institutionalization.

### Resumo:

Na promoção de cuidado de crianças e adolescentes vê a imagem de institucionalização em arquiteturas filantrópicas, "os abrigos", ideia obsoleta de tratamento. Com a reforma psiquiátrica quebra o paradigma de isolamento à reabilitação psicossocial e a implicação da rede, proposta vide de encontro ao novo modelo de desinstitucionalização, surgindo o CAPS Infanto Juvenil como dispositivo de estratégia de cuidado. Este artigo trata de uma pesquisa descritiva com

<sup>1</sup>Mestre do Programa de Pós-graduação em Psicologia pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Docente da Faculdade São José em Itaperuna, Itaperuna, RJ. E-mail: [marineuropsi@hotmail.com](mailto:marineuropsi@hotmail.com)

<sup>2</sup> Docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia na Universidade Católica de Petrópolis (UCP), Petrópolis, RJ. E-mail: [diana.oliveira@ucp.br](mailto:diana.oliveira@ucp.br)

<sup>3</sup> Docente da Universidade Iguazu de Itaperuna, Itaperuna, RJ E-mail: [anafesoares@yahoo.com.br](mailto:anafesoares@yahoo.com.br)

observação sistemática e mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes antes e depois da implantação do CAPSi no Município de Itaperuna(RJ). Propomos a reflexão sobre a experiência vivida neste Município, na organização da rede de atendimento. Enfocando na fidelidade da reforma psiquiátrica nas atuações e a necessidade de fortalecer laços de atendimento, fomentando novas propostas de atuação dentro da lógica de atendimento. Os resultados encontrados apresentam uma maior institucionalização antes e a uma diminuição depois da implantação do CAPSi. Discutindo as estratégias de fluxo da rede e o enfoque na desinstitucionalização. Concluiu-se que a proposta do CAPSi é uma proposta holística, na visão do ser humano e suas relações de forma singular, na qual a atuação psicossocial tem implicação direta da existência do sujeito, ressaltando sua função no cuidado.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Infanto-juvenil; Desinstitucionalização

## **Introdução**

O contexto infanto-juvenil nos faz pensar em práticas já estabelecidas como forma de cuidar por uma crença de proteção isolando a criança de todo o seu contexto de inserção e práticas “superprotetoras”. Indagando de que forma eram tratadas as crianças e adolescentes portadoras de doença mental no município de Itaperuna RJ antes e depois da implantação do CAPS Infanto Juvenil de Itaperuna?

Itaperuna localiza-se na região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro, considerada centro regional, em função de sua evolução histórica, e da rede viária que se liga com os demais municípios da região e com os Estados de Minas Gerais e Espírito Santo. Em 2007, a população estimada era de 99.454 habitantes, a taxa de crescimento populacional é de 23% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 1980/1991/2000). Anteriormente, funcionava o Hospital Psiquiátrico, cujo trabalho destinava-se a internação de pessoas com Transtornos Mentais, até 1996, quando fechado pelo Ministério Público. A implantação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) acontece cinco anos depois, tendo registro da implantação em 2006. Desde então, estabeleceu-se a mudança do paradigma da psiquiatria tradicional para a Reforma Psiquiátrica, com a implantação de programas que atendem as demandas entre eles, o CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil de Itaperuna), sendo implantado no dia 17 de dezembro de 2010 como o serviço de atenção psicossocial na Rede de Cuidado Infanto Juvenil, o primeiro do Noroeste Fluminense.

Antes da Reforma Psiquiátrica o paradigma era o do isolamento/reclusão

dos pacientes em hospitais psiquiátricos de longa internação, tendo justificadas: a falta de serviços de saúde mental extra-hospitalares, dificuldades sociais e familiares e a inexistência de políticas públicas que direcionassem de forma eficaz a assistência em saúde mental, norteadas por instrumentos administrativos e legais construídos com esse objetivo, em contrapartida a Cidade de Itaperuna contava com instituições para o cuidado locada na institucionalização como a Associação Santo Antônio dos Pobres (Asilo de Itaperuna) e a Casa da Divina Providência (Abrigo do Padre Geraldo). Neste artigo, será abordado as questões infanto-juvenil que se dava nas instituições totais, que são conhecidas como as instituições quem dão conta de tudo, Goffman (1987) aponta para tais instituições como estabelecimentos fechados em regime de internação, com grupo numeroso de internados vivenciando integralmente. Neste contexto, a instituição funciona como local de residência, trabalho, lazer e espaço de alguma atividade específica, que pode ser terapêutica, correccional, educativa, no mesmo espaço e na mesma lógica. Surge a iniciativa de fomentar a desinstitucionalização, havendo a necessidade de algo que fosse ao encontro de um sujeito social, e com isso nasce o Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi de Itaperuna, 2010).

Conjuntamente com a implantação do CAPSi, surge a rede e a efetivação dos direitos infanto-juvenis, na execução pleiteada na reforma psiquiátrica, ECA, SUS e SUAS enfatizando a valorização da criança e adolescente como um ser social, que tem laços sociais, interação e cuidado em Rede. Proposta a qual este artigo terá seu foco, o cuidado infanto juvenil antes e depois da implantação do CAPSi, onde foram realizadas visitas institucionais e entrevistas abertas com os profissionais que se direcionavam tanto a proposta de institucionalização como da desinstitucionalização, num total e 10 visitas técnicas, sendo coletados dados sobre a realidade em questão, que direcionaram-se aos conteúdos de atendimento a este público. Trazendo como problemática a discussão da implantação da Rede de cuidado Infanto Juvenil de Itaperuna.

**A reforma Psiquiátrica, o SUAS, o ECA e a nova concepção de Criança e adolescente e seus respectivos cuidados.**

Tradicionalmente, a saúde mental infanto-juvenil não se constituía como uma política pública de saúde e sim, como forma privilegiada diferente do que temos atualmente. Com certa diferença, ampliando este cuidado a linha do SUS e a acessibilidade bem como equidade, atualmente, englobam-se vários setores na participação intersetorial da saúde, assistência social, justiça e educação com diálogo ampliado, o que antes eram restritos entre si e com respostas que privilegiavam a institucionalização de crianças e adolescentes, a concepção de “*cuidar*”. No entanto, na mudança do paradigma do cuidado, envolve-se uma série de atores no âmbito de concepções humanas, o diálogo é baseado no matriciamento e na intersetorialidade, envolvendo agentes como dispositivos responsáveis pela garantia dos direitos das crianças, dos adolescentes e das famílias que se fazem práticas nas políticas públicas, e traz várias mudanças para o contexto da infância (Brasil, 2005).

Pôde-se observar que houveram mudanças na concepção de infância e respectivamente nas intervenções se deram de forma a implicação dos direitos que mudaram a cena infantil no contexto brasileiro, exemplos como a carta brasileira de seus direitos, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei Federal no 8.069-1990 (Brasil, 1990). Sendo consideradas crianças todas as pessoas até 12 anos incompletos, e adolescentes, todos de 12 a 18 anos, e destes deveriam ser assegurados os direitos, sendo dever de todas as parcelas de sociedade. O ECA orienta formulação das políticas públicas e trabalho cotidiano com os direitos das crianças, legitimando tais direitos e os resguardando.

Dentro desta legitimação, soma-se a reforma psiquiátrica que contrapõem ao funcionamento de uma instituição como o manicômio ou instituições totais (instituições que tem todos os profissionais dentro da equipe técnica/ instituições de portas fechadas) e avançam para o modo de funcionamento em rede, pautado na desinstitucionalização e na preservação dos laços sociais e comunitários, justificada na ideia de que estas instituições desconsideram o contexto que produziu a vulnerabilidade, colocando às crianças a serem protegidas numa posição de passividade e inferioridade, “guardando-as” para o futuro de forma intensiva.

Na verdade, havia uma dificuldade de observar a criança como um ser

que poderia estar adoecido psiquicamente, numa visão que deveria “tirar” a criança do ambiente que adoecia e assim, se acionava a proposta de tratar-se. De acordo com Silva (2011) prevalecia à ideia de que eles eram intelectualmente incapazes de aprender ou de se interessar por outras atividades, senão as rurais. Em 1959, a Organização das Nações Unidas (ONU) promulgou a Declaração Universal dos Direitos da Criança (Organização das Nações Unidas, 1959) e, passados 20 anos, foi proposto que se proclamasse 1979 como o Ano Internacional da Criança, diante deste paradigma, a família foi considerada como o ambiente mais favorável as crianças e adolescentes (Bertuol, 2003), discutindo-se bem estar, proteção e desenvolvimento e envolvendo setores implicados desde a saúde à justiça.

A formulação da Convenção Internacional dos Direitos da Criança da ONU, de 1989, foi rapidamente onde à concepção trazida foi aceita, e um grande número de países assinaram o documento. Na realidade Brasileira, este compromisso foi firmado pelo decreto presidencial 99.719, ainda em 1990 (Brasil, 1990). Nesta Convenção, o paradigma traz que vários são os atores envolvidos com a proteção e todas as crianças devem ser protegidas, passando a ser um dever social: a Doutrina da Proteção Integral que, nas palavras de Costa (1992, p.19) preconiza que haja condição de desenvolvimento para o ser humano, dando continuidade de seu povo e da espécie e o reconhecimento da vulnerabilidade, o que toma a proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado, lugar onde as políticas específicas deverão atuar para promoção de defesa dos direitos da criança e do adolescente. No Brasil, a forma de proteção às crianças, adolescentes e famílias é fruto da adesão/assinatura do governo a Convenção Internacional dos Direitos da Criança (da ONU), de 1989, onde destaca-se a primeira legislação nacional orientada pelas diretrizes desta Convenção, o ECA (Lei 8.069/90), publicado em 1990. Este Estatuto é uma Lei Federal e contém princípios orientando as políticas públicas locais, entre estas orientações direciona-se a formulação, organização e execução de ações voltadas a esta garantia; os Conselhos Nacional (CONANDA), Estaduais (CONDECAs) e Municipais (CMDCAs) são responsáveis pela formulação e fiscalização das políticas públicas voltadas para a criança, adolescentes e família (Seda, 2000).

A proposta do ECA é pautada num conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para legitimar tais direitos. Quando na realidade, a constituição já tratava da responsabilidade da família em relação à criança. Sendo salvaguardada pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 227, p. 124-125 que define a responsabilidade de todos em relação às crianças e adolescentes colocando que é dever da família, da sociedade e do estado em assegurar à criança e ao adolescente em prioridade, nos direitos a vida, a saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária.

Anteriormente, o conceito de cuidado ficou a mercê das instituições filantrópicas e religiosas, somente com movimento da reforma psiquiátrica, juntamente com a Lei nº 10.216 e o relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, começam-se a fomentar a construção de uma nova política de atenção à Saúde Mental para crianças e adolescentes, de caráter intersetorial, inclusiva, com base territorial, garantindo a integralidade e a equidade (Brasil, 2005), pautado na implementação do ECA de proteção integral. No conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na implantação da Lei no 8.069-90 que aponta em seu artigo 6º: “as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento” (Brasil, Lei nº 8.069-90).

Com isso, houve a criação dos Conselhos Tutelares com a função de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, cuja suas atribuições e competências descritas nos artigos 136 a 139 do ECA (Seda, 2000 & Cury, 2013). A Lei 10.216, a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valorizando a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes focalizadas em desigualdades existentes, ajustando de forma democrática e igualitária as suas ações às necessidades da população.

No SUAS (Sistema Único de Assistência Social) coloca como cena principal a criança e a família, considerando o cidadão e a família como objetos

de intervenção, visando um sujeito como protagonista da rede de ações e serviços, que abre espaços e oportunidades para o exercício da cidadania ativa no campo social, de forma a atuar sobre o princípio da reciprocidade baseado na identidade e reconhecimento concreto, onde sustenta a auto-organização do cidadão e de sua respectiva família no desenvolvimento da função política (Brasil, 2005, p. 21). O SUAS implanta programas como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que lidam com a proteção básica e especial, simultaneamente.

Já no que se refere ao CREAS, podemos dizer que este se define por apresentar uma caracterização de uma proteção especial, cujo é oferecida a sujeitos que se encontram em situação de vulnerabilidade pessoal ou social, pois entende-se que é a modalidade de atendimento que se destina as famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal ou social, situações de vulnerabilidade. Dentro destas podemos destacar: abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil etc. (Brasil, 2005, p. 20).

Independente da medida que se destina é importante uma intervenção humanizada no território, o que vem de encontro à preservação de direitos, pois além de ser o dispositivo que trata desta temática, trata-se de implantação do próprio no território, como uma alternativa de preservação e efetivação de direitos para este público, a criança e ao adolescente, previsto em lei.

O ECA estabeleceu orientações quanto às práticas de institucionalização: o abrigo/acolhimento institucional e entendido como uma medida de proteção provisória e excepcional (Art. 101) e há muita coerência nisso, uma vez que os direitos das crianças se efetivam mediante a execução de políticas públicas, a família e lugar preferencial para o desenvolvimento da criança e a situação de pobreza não pode justificar o afastamento da criança de sua família (Art. 23). Os locais de acolhimento das crianças e adolescente devem ainda (Art. 93) zelar quanto a preservação dos vínculos familiares e comunitários e focar-se na promoção da reintegração familiar, utilizando o

recurso integração familiar substituta quando esgotados os recursos de manutenção na família natural ou extensa, enfatizando também atendimento personalizado e em pequenos grupos, desenvolvimento de atividades em regime de coeducação, não desmembrando de grupos de irmãos, evitar, sempre que possível, a transferência para outras entidades de clientela infantil juvenil abrigadas, estimulando a participação da vida na comunidade local, preparando para o desligamento, participação de pessoas da comunidade no processo educativo, ou seja, a contemplação de um sujeito social e o estímulo as relações sociais fortalecidas se faz presente (Brasil, 1990).

Sendo um ponto importante buscar a articulação dos programas socioeducativos com a rede local de atenção a saúde mental, visando construir, interinstitucionalmente, programas permanentes de reinserção social para os adolescentes com Transtornos Mentais, assegurando que os adolescentes não sejam confinados em alas ou espaços especiais, visando reinserção social, na luta a garantir que a decisão de isolar, se necessário for, o adolescente com Transtornos Mentais que esteja em tratamento seja pautada por critérios clínicos (nunca punitivo ou administrativo) sendo decidida com a participação do paciente, seus familiares e equipe multiprofissional que deverá encaminhar o paciente para a rede de equipamentos abertos da rede de atenção a saúde, conforme a Lei nº10.216 (Brasil, 2006, p. 74). Em dezembro de 2001, realizada em Brasília, foi como exigência da III Conferencia Nacional de Saúde Mental, “Cuidar sim, excluir não”, foi o momento em que a infância entrou na cena da Política Pública de Saúde Mental, onde foi deliberado que houvesse a elaboração e execução de ações no campo da saúde mental infanto-juvenil que deveriam compor as políticas públicas de Saúde Mental. As ações deveriam respeitar as diretrizes do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios do ECA. Tendo estas políticas características intersetoriais e inclusivas que seriam embasadas no território e de acordo com a realidade sociocultural municipal. Nesta perspectiva é fundamental a criação e/ou fortalecimento de uma rede de atenção integral à criança e ao adolescente e a reavaliação dos serviços existentes (Brasil, 2001, p. 57). Ganhando espaços de discussões, abertos a avaliar a reavaliar ações de suma importância para promoção da Saúde Mental infanto-juvenil e suas respectivas

efetividades.

Além das Conferências, a participação da sociedade esta prevista na política nacional de saúde mental infanto-juvenil, instituído pela Portaria 1.608, de 3 de agosto de 2004, cujo teve as seguintes atribuições, como: estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo de atenção a Saúde Mental infanto-juvenil (Brasil,2004, p.20). Anjo (2012) afirma que não é raro em nosso cotidiano nos depararmos com situações de crianças e adolescentes com problemas de conduta acompanhados somente pelo setor de justiça, ou então, situações de depressão e agitação sendo acompanhadas pela educação, sem a participação de serviços de saúde mental, por isso, se faz necessária a implicação da saúde mental dentro destes contextos na elaboração de uma proposta que englobe os dispositivos ao perfil do individuo e não o individuo ao perfil dos dispositivos.

Perfil este também relatado Couto (2008) que historicamente, as ações relacionadas à saúde mental da infância e adolescência foram, no país, delegadas aos setores educacional e de assistência social, com quase ausência de proposições pela área da saúde mental. O que implica que as demandas da saúde mental eram tratadas em todos os ambientes, menos na saúde mental. Sobre o paradigma do cuidado a partir do isolamento, Anjo (2012) coloca que a assistência oferecida acabava por reforçar o isolamento e a homogeneização da clientela infanto-juvenil, gerando uma legião de crianças e adolescentes portadores de Transtornos Mentais sendo tratados a partir da concepção de deficiência ou delinquência.

Na saúde mental, Couto (2008) chama a atenção para que a nível mundial seja evidente um traçado de defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela, afirmando que esta defasagem está presente em nações de todas as regiões do mundo, independente de seus níveis econômicos e de distribuição de renda, mas é especialmente significativa no grupo de países em desenvolvimento. O que nos faz refletir sobre as consequências, de intervenções relacionadas à proposta de um tratamento institucionalizado, surgindo à necessidade de uma elaboração de

uma política específica pra esse público.

No campo da saúde mental infanto-juvenil, dois marcos foram de suma importância para o surgimento de uma visão diferenciada: a implantação do SUS (Lei nº 8.080-90) e a busca por atender crianças e adolescentes e famílias de maneira a garantir a universalidade, a integralidade, a equidade e o acesso a saúde; e a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei nº 10.216 de 2001), cujo na suas implementações fizeram valer a Constituição Federal de 1988, onde a saúde é entendida como um direito de todos e um dever do Estado, em que a Reforma Psiquiátrica brasileira traz a luz a análise crítica no que diz respeito a institucionalização das pessoas com sofrimento psíquico, buscando atendê-las em liberdade e em seus territórios (Brasil, 2001). Por esta questão fomentou-se um atendimento que estivesse dentro desta lógica do cuidado que não mais levava em consideração a doença e sim o sujeito, um sujeito de direitos, social e sobretudo, que está em desenvolvimento e vulnerável ao sofrimento, havendo assim a implantação dentro desta proposta dos CAPS Infanto-juvenil.

### **CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil**

O conceito de “rede” pode parecer intuitivo ao apontar para o conjunto de diferentes serviços envolvidos e os fluxos que possam se estabelecer entre eles. Entretanto, se reduzirmos a ideia de rede ao coletivo de serviços, corremos o risco de burocratizar e simplificar o conceito. Desta forma, rede é uma forma de conceber e agir o cuidado (Brasil, 2005). Neste contexto, rede é algo de âmbito singular, onde cada caso tem suas peculiaridades.

Neste sentido, para Saraceno (1999), a conquista dos espaços sociais e públicos e necessários quando falamos de cidadania. Na Perspectiva teórica-prática da Reabilitação Psicossocial precisa-se trabalhar a construção da cidadania e para que isto aconteça se faz necessário olhar para os espaços onde a vida acontece. Para o autor, o habitar inserir-se numa rede social de trocas e sentidos e do trabalho, do produzir e poder usufruir, implica entrar verdadeiramente, inclusive materialmente, na construção da cidadania. A transposição de suas reflexões para a infância e bem oportuna, pois muito do sofrimento psíquico e relacionado ao viver com poucas possibilidades de vida

social.

A IV Conferencia Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010, discutiu e aprofundou a necessidade de trabalho em rede para a infância e adolescência, envolvendo os serviços da atenção básica, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), assistência, educação e justiça, indicando claramente a necessidade desta forma de organização para integrar diferentes práticas e responder aos desafios do atendimento em saúde mental ratifica a necessidade de assegurar, em todo território nacional, o livre acesso e o tratamento de crianças, adolescentes e jovens com sofrimento psíquico, através da montagem de uma Rede pública Ampliada de Atenção em Saúde Mental de base intersetorial comunitária, em consonância com as necessidades, os recursos e as particularidades de cada território, sob as determinações do ECA e da Lei 10.216 bem com as premissas da Reforma Psiquiátrica e dos Fundamentos da Política de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde. (Brasil, 2010, p.92).

Estando a visão institucionalizada sendo substituída por dispositivos que levem em consideração a lógica de cuidado pleiteado pela Reforma Psiquiátrica, onde a principal exigência é um tratamento voltado para a preservação de direitos, bem como atendimento psicossocial que leve em consideração o indivíduo como um todo e sobretudo que estimule ou fortaleça seus respectivos laços sociais.

### **Rede de Saúde Mental Infanto Juvenil de Itaperuna**

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) foi regulamentado em 2002, pela Portaria 336 do Ministério da Saúde (Brasil, 2002). Portanto, começa a existir quase treze anos depois de promulgado o ECA, e encontra diferentes desafios para o atendimento. Inicialmente, pelos rótulos de deficiência mental e de sua segregação em instituições totais, de caráter escolar ou mesmo psiquiátrico, assim como a organização do atendimento em entidades da filantropia, sem interferência do poder público, a não ser em seu financiamento (Brasil, 2005).

O Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil e o CAPSi, serviço

territorializado, que atua como porta de entrada, com estratégias de funcionamento comunitárias de aproximação ao modo das pessoas viverem a vida, são as principais estratégias da política de saúde mental. Destacam-se aqui as suas diretrizes operacionais: reconhecer aquele que necessita e/ou procura o serviço, seja o público infante juvenil ou o adulto (familiar), implicando em acolhimento e tornando em sua responsabilidade o agendamento do cuidado, seja pelos próprios procedimentos do serviço o encaminhamento deverá necessariamente incluir o ato responsável daquele que encaminha; onde deverá conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, no ato de comprometer os responsáveis pelo ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais no processo de atenção e cuidado situando-os, igualmente, como sujeito da demanda; de modo a garantir que a ação do cuidado seja fundamentada nos recursos teórico- técnicos e de saber disponíveis aos profissionais, da equipe multidisciplinar, com discussão referida aos princípios e às diretrizes da política pública de saúde mental para constituição do campo de cuidados; mantendo abertos os canais de articulação com outros equipamentos do território, operando na lógica da rede ampliada de atenção. “As ações devem orientar-se de modo a tomar os casos em sua dimensão territorial, ou seja, nas múltiplas, singulares e mutáveis configurações, determinadas pelas marcas e balizas de cada sujeito.”(Brasil, 2005, p.15).O CAPSI surge da necessidade de se pensar ações para garantir a efetividade de uma nova política que conte com: profissionais das áreas da saúde, assistência social, direito, escolas, cultura, usuários e familiares. Convidando-se a se pensar em atividades extramuros visando preservações de laços familiares bem como todo o ambiente que de certa forma da ao sujeito as características de ser quem se é, e cai por terra o modelo asilar onde o sujeito entra num novo ambiente muitas vezes com reforçadores diferenciados do anterior com o objetivo de tratar no isolamento.

Com a reforma psiquiátrica, mudou-se a concepção de cuidado, logo foram criadas novas formas de pensar e agir e eram fundamentadas por criação de novas leis que legitimaram essa ação. Uma nova política entra em vigor, com objetivos e formas de se pensar o ser humano diferenciado. Couto

(2008) coloca que esta política tem como finalidade a construção de uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade às necessidades das crianças e adolescentes, apontando duas principais ações em curso dos últimos anos como a implantação destes serviços e a construção de estratégias de articulação intersetorial visando a integralidade do cuidado.

A operacionalização da intersetorialidade no campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil e a construção do trabalho em rede é um dos pilares da Política de Saúde Mental pública para crianças e adolescentes, função implacável do CAPSi, focando no sujeito como um sujeito social de relações sociais. Rovere (*apud* Fleury, 2007), “na análise das redes, o foco encontra-se na análise das relações sociais que se estabelecem entre indivíduos e instituições”. Ou seja, o sentido do funcionamento da rede existe por motivos da própria rede, cujo é efetuado pela própria demanda da rede, criando alternativas de resoluções para o que é identificado como demanda. Na nova lógica de cuidado e com a mudança de formas de a garantia pela nova legislação, há uma influência direta nas ações destinadas a infanto juvenis, partindo da legislação da reforma psiquiátrica à criação de portarias que envolvem direcionamento centrado da descentralização, onde o principal sentido gira em torno de compreender os processos que envolvem a construção de redes intersetoriais no âmbito do cuidado em Saúde Mental à crianças e adolescentes, havendo significativas transformações no campo da saúde mental infanto-juvenil a partir de meados da década de 90 e início dos anos 2000, quando, na implementação da política de saúde mental, inclui-se a cliente pública, isso se deu, a partir da publicação pelo Ministério da Saúde, da Portaria 336, que dispõe sobre a implementação dos Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis e da Portaria nº 1.608, de 03 de agosto de 2004, que institui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental Infanto-Juvenil(Anjos, 2012).

Couto (2008) aponta que a proposta do CAPSi foi elaborada a partir de 2002, sob princípios que regem as demais tipologias de CAPS no país, lei 12.116 e na portaria 336, sendo serviços territoriais, de natureza pública, financiados integralmente com recursos do SUS, com a função de prover atenção em saúde mental baseados na integralidade do cuidado. Sendo um serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes

com transtornos mentais; onde possui a capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, ou seja, o CAPSi é a porta de entrada bem como regulador da Rede de Atenção Psicossocial, sendo tal função definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), preconizando que, de acordo com a determinação do gestor local; responsabilizar-se, sob sua coordenação, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território; coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território; atuar na rede de forma a supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência; realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial e da lógica do cuidado. Sendo que, a equipe do CAPSi tem um modelo básico que contempla uma equipe reduzida, de acordo com a Portaria 336 a equipe multiprofissional é composta por:

“01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 01 (um) enfermeiro; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicologia, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.”(Portaria 336/ GM)

No Brasil há uma clara defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela (Couto; Duarte & Delgado, 2008). A discrepância é muito grande, por este motivo, ainda há territórios desassistidos, pois a demanda é maior que o alcance da política pública. A discussão sobre a Saúde Mental Infanto Juvenil ser uma questão de saúde pública é recente assim como o processo de consolidação de suas políticas públicas está intimamente ligado à efetivação de duas ações estruturantes que se dirigem a

implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSis) em cobertura populacional adequada e qualificação adequada bem como a construção de uma Rede intersetorial de cuidados, abrangendo setores envolvidos na assistência a Infância e adolescência, entre eles, citamos: educação, assistência social, justiça e direitos, com vistas à integralidade do cuidado (Couto; Duarte; Delgado, 2008).

O CAPSi de Itaperuna conta com os seguintes profissionais: 01 coordenador, 01 neuropsiquiatra, 01 neuropsicóloga, 2 enfermeiras, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional e 1 pedagoga. A equipe multidisciplinar é essencial para o funcionamento do mesmo e de suma importância, pois reúne vários saberes em prol da saúde mental do indivíduo, podendo somar olhares com a finalidade de enxergar o indivíduo como um todo, dando a possibilidade de traçarmos maiores e inovadoras propostas de tratamento na composição dos projetos terapêuticos.

O Horário de funcionamento do Capsi 08:00 às 18:00 horas, de segunda à sexta-feira, e, segundo o ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 18) de acordo com a Portaria 336/GM, de 19/02/2002 serão desenvolvidas as seguintes atividades:

“Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros). Em tempo a oficina terapêutica é dispositivo de atenção em saúde mental com características de acolhimento, acompanhamento e tratamento, onde sabemos que o paciente necessita de atenção e recursos diversos para aprender uma atividade, e para aprender a conviver com os outros. É um local de tratamento, em que pretensão tratar e possivelmente a alta do paciente; Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; Visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; Atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; Desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça; Os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias (Brasil, 2005)

O Capsi de Itaperuna realiza as seguintes atividades: atendimento individual atendimento em grupo, oficinas terapeutas, grupos de estudo de caso, reunião de equipe, supervisão clínico-institucional, visitas domiciliares, intervenções intersetoriais para compartilhamento de casos; Sendo o CAPSi de Itaperuna o único na região, também realiza orientações a outros municípios a

respeito do atendimento a criança e adolescente, a importância de tecelamento da rede e sobretudo da preservação do direito que o usuário tem de ser tratado em seu território, compartilhamos casos com os dispositivos de referências do caso bem como a montagem dos projetos terapêuticos para atender as demandas dos usuários. Implicando-se na promoção de saúde mental a participação de todos os envolvidos, todos os dispositivos frequentadores pelo usuário, com a garantia do artigo 4º do ECA: “ É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do “poder público” assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura.”

A proposta de trabalho é dinâmica, assim como a vida de uma pessoa, não se tem nada pronto e nem pouco estruturado, pois partimos do princípio que é o usuário que vai nos direcionar em como melhor cuidar dele, e assim, também com a rede, todos os contatos, parcerias e compartilhamentos foram feitos a partir das necessidades dos casos, e o mais interessante é como a intervenção psicossocial implica na clínica do paciente e como a clínica do paciente influencia a intervenção psicossocial, por isso nossa atuação não é algo engessado e sim espontânea, e singular.

Mesmo sendo algo legitimamente novo, a Rede de Saúde Mental Infante Juvenil tem se constituído numa continuidade, de caráter dinâmico e com a participação dos atores dentro de cada território, tendo como objetivos principais a ampliação da lógica do cuidado e a legitimação dos direitos da infância, principalmente no que se refere ao preservação dos vínculos, sendo importante ressaltar o trabalho de desinstitucionalização ao em vez do abrigo.

## **Metodologia**

A pesquisa realizada foi de caráter descritivo, onde através de visitas às instituições apontadas bem como entrevista aberta com profissionais que atuam no Capsi, através da observação sistemática no período do ano de 2014-2015, totalizando dez visitas, pôde-se levantar os dados, tanto no que se refere ao CAPSI como na Casa Michellita (Instituição de Acolhimento de Menores da Casa da Divina Providência) no que diz respeito à experiência de

trilhar a Rede de Atenção Psicossocial Infante Juvenil de Itaperuna, traçando um paralelo do antes e depois do ordenador da Rede: O Centro de Atenção Psicossocial de Itaperuna.

## Resultados

De acordo com os achados obtidos a partir a observação sistemática e pesquisa descritiva, observou-se que a rede de atendimento de criança e adolescente, antes da implantação do CAPSi de Itaperuna era formada pelas seguintes instituições:

**Tabela1: Atendimento a Criança e Adolescente antes da implantação do CAPSi de Itaperuna**

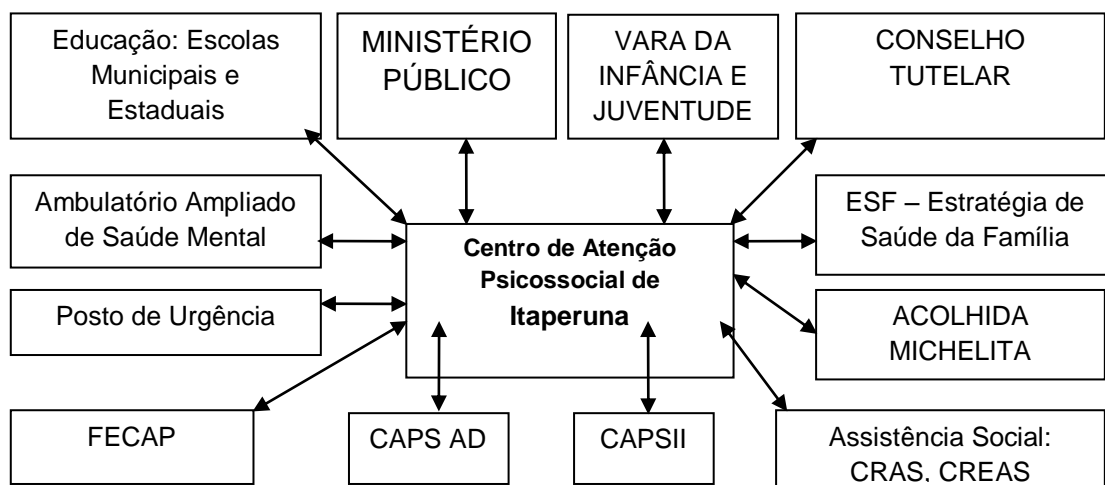
|   |   |
|---|---|
| Ambulatório Raul Travassos                              | com equipe de psiquiatras e psicólogo;  |
| APAE  | Associação de Pais e Amigos de excepcionais, com equipe formada por médico neurologista, psicólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos que realizam atendimento ambulatorial para as crianças com transtornos psiquiátricos |
| CAPS II   | Centro de Atenção Psicossocial de Itaperuna, conta com equipe completa de saúde mental.   |
| CAPS ad   | Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas – conta com equipe completa de saúde mental.   |
| Centro Cultural Nossa Senhora de Fátima (Padre Geraldo) | com equipe formada por psiquiatra, fonoaudiólogo, pedagogo, psicólogo e enfermeiro que atende a crianças e adolescente e um abrigo que acolhe menores.  |
| FECAP   | Fundação Educacional Cultural Assistencial Pré-profissionalizante – com equipe é formada por psiquiatra, psicólogo, pedagogo, professores, e serviço social   |
| Hospital da criança                                     | Atendem demandas de internação clínica de crianças e adolescentes   |
| Posto de Urgência                                       | onde são atendidas as urgências e clínicas através de equipe formada por médico clínico, enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem.   |
| PSF – Programa de Saúde da Família                      | equipe composta com agentes comunitários e enfermeiros que acolhem a demanda.   |

Fonte Própria

Estas instituições têm características de instituições totais, onde o sujeito recebia todos os tipos de tratamento dentro de uma mesma instituição, na qual facilitava a institucionalização e dificultava a emancipação de um sujeito social,

que estimula os laços sociais. Tais instituições apresentam uma visão superprotetora comprometendo a autonomia e a independência do público infanto-juvenil. As características das instituições totais tornam-se cada vez mais marcantes neste cenário, em que os sujeitos realizavam suas atividades especializadas em instituições específicas. As instituições eram de caráter específicos e não se comunicavam entre si, deveria ser decidido em qual instituição a criança ou adolescente deveria tratar-se quando o caso era considerado de leve a moderado, e quando o caso era considerado grave havia a internação no Abrigo de Menores de idade. Cabe ressaltar que o Abrigo de Menores (Casa Michelita) chegou a comportar 70 crianças e adolescentes acolhidos em regime de abrigo.

**Figura1- Organização da RAPS – posteriormente e implantação do CAPSi no Município de Itaperuna.**



Após a implantação do CAPSi em Itaperuna, este dispositivo se impõe como o ordenador da Rede de Atenção Psicossocial da criança, tendo um diálogo aberto com as demais instituições que anteriormente tinham uma atuação das chamadas instituições totais, entrando na lógica de um cuidado ampliado e divisão de responsabilidades com o tratamento e cuidado, ao mesmo tempo que havendo um compartilhamento dessas responsabilidades, permite ao sujeito transitar por estes dispositivos de forma livre e com um olhar

holístico.

## **Discussão**

Na realidade de Itaperuna, município situado no Estado do Rio de Janeiro, percebe-se num plano comparativo que houve uma mudança de paradigma, desde a implantação do CAPSi, assim como, da institucionalização para a desinstitucionalização, anteriormente comprometia a independência e a socialização do indivíduo pelo sistema das instituições totais, na atualidade emana de um paradigma que estimule um sujeito social, que se relaciona com várias instituições de forma a objetivar a independência e a autonomia.

Se pôde observar que havia uma dificuldade de comunicação entre as instituições, o que de certa forma, traz a tona uma visão local de tratamento, em que o fluxo era relacionado a uma única instituição - as instituições totais, posteriormente ao modelo de comunicação que regia, esta nova estrutura ganhou maior flexibilidade, na qual o sujeito perpassa as instituições e as mesmas dialogam entre si.

Brasil (2002) coloca que houve a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Mental, em que esta determina que o atendimento à criança ou ao adolescente que sofre psiquicamente deve ser realizado preferencialmente nos dispositivos de atenção psicossocial, instituídos pela Portaria 336/2002, que estabelece, dentre outras modalidades, o Centro de Atenção Psicossocial infantil – CAPSi, direcionado à atenção da população infantil acometida por transtornos mentais.

Estima-se que 10 a 20% das crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais (Brasil, 2005), neste sentido, há significativa importância no que diz respeito à preservação do sujeito social, que tem laços familiares e comunitários, até mesmo no que se refere à progressão da doença;

Resende (2001) pra uma proposta anterior marcada pela “exclusão”, uma constatação de profissionais, estudiosos e demais envolvidos no movimento em prol da Reforma Psiquiátrica, a de que o lugar social relegado ao doente mental e a sua conseqüente forma de tratamento eram historicamente degradantes, pois quanto mais se excluía mais se fragmentava.

Basaglia (1985, p. 29 in Brasil, 1992, p. 36) a respeito da realidade do

doente mental argumenta que: “O doente mental é doente sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos, porque é uma pessoa sem direitos em relação a quem se pode tudo”

Na atualidade, a função do Centro de Atenção Psicossocial ultrapassa a visão do indivíduo expandindo para o território, atuando com intervenções de matriciamento em estudo de caso com outros dispositivos e instituições, propondo a interlocução entre diferentes formas de atuar em prol do benefício do sujeito, permitindo identificar a peculiaridade das relações que se estabelecem identificando crenças e maneiras de se comportar, conhece-se a realidade e a partir disso se traça intervenções, com o objetivo de primordialmente levar em consideração a singularidade da realidade a qual se destina. Devendo os serviços de Saúde Mental Infante Juvenil assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico se destinando a acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorando a qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, tendo-a como um ser integral com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro. (Brasil, 2005)

O saber e o cuidar além do consultório tem dado ao CAPSi funções de primordial importância dentro da política de atendimento de crianças e adolescentes, sobretudo na proposta de porta de entrada e direcionamento da rede, é possível oferecer maiores estratégias de intervenção, intra e extra-CAPSi, mas, sobretudo, o compartilhar dos casos mostram a efetividade diária, se articulando com a rede e esta com a política Saúde Mental no cotidiano de trabalho do CAPSi, na construção e desconstrução visando um objetivo - o bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization & Ministry of Health Brazil, 2007), o atendimento psiquiátrico à infância e à adolescência no Brasil está abaixo das suas necessidades, ou seja, o Brasil não conta com uma estrutura que atenda a toda a demanda, necessitando se organizar para isto e até lançar mão de outros dispositivos que atuem juntamente à rede.

A rede só verdadeiramente acontece quando há um objetivo conjunto e em comum, seja institucional ou individual, que seja num espaço que não há hierarquias nas relações e que a visão é de autonomia para o sujeito e para as próprias instituições, portanto são parceiros e não interdependentes. A rede não somente lê o indivíduo como aquele que ocupa um espaço limitado em um lugar físico, a rede contempla o ser humano de forma holística, um ser psicossocial

### **Considerações finais**

Como ordenador na Rede, há uma mudança significativa na sua implantação, anteriormente, a rede era constituída por instituições totais, o que sofreu alteração com a chegada do CAPSi como um dispositivo de mapear, articular e organizar ações que viabilizem a formação de redes de atenção junto aos demais setores, considerando a peculiaridade da clientela em questão e trazendo como estratégias de intervenção a desinstitucionalização e o cuidado ampliado e compartilhado intersetorial.

É um dispositivo de referencia positiva apontando para maior inserção das crianças e adolescentes no contexto escolar, e a minimização das internações psiquiátricas e assim, a deinstitutionalização. Este trabalho foi realizado a partir da articulação de uma rede, com o CAPSi como moderador desta rede, onde há um diálogo entre as mesmas e não a concepção de instituições totais como era tido anteriormente. O CAPSi, não é um dispositivo engessadamente contrário a internação, se direciona a buscar a internação como último caso é toda essa experiência vivida da não efetividade do tratamento quando dado pelo isolamento, cabendo a construção da rede uma vez que a internação denigre a subjetividade.

A abordagem de crianças, adolescentes e famílias nas redes de atenção permite uma aposta democrática cada vez mais aperfeiçoada nas praticas cotidianas com seus direitos. Está explícito que dividiremos mais as responsabilidades e coparticipação. Este e um grande desafio, traçar o paralelo entre a Rede de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil antes e depois da implantação do CAPSi de Itaperuna, um recurso necessário à promoção da

Saúde Mental deste público.

## REFERÊNCIAS

Basaglia, F. (1985). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico (2. ed.). Rio de Janeiro: Graal.

Brasil. C.(1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.

\_\_\_\_\_.(1990). Lei no 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Senado Federal

\_\_\_\_\_.(2004) Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_.(1990) Decreto no 99.710 de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção dos Internacionais Direitos da Criança. Diário Oficial da União, Seção 1, 22 nov. 1990, p. 22.256- 22.261, Brasília, DF: Poder Legislativo

\_\_\_\_\_. (2001).Lei no 10.216 de 3 de abril de 2001. Brasília, DF: Senado Federal

\_\_\_\_\_.(2001). Secretaria de Assistência a Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental, (Serie D. Reuniões e Conferencias, 15). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_.(2005) Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. (Serie B. Textos Basicos em Saude). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. (2010) Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferencia Nacional de Saúde Mental-Intersetorial. Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_.(2013) Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Fórum Nacional Infantojuvenil – Recomendações. Versão Preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Bertuol, C. (2003). A criança e o Estatuto da Criança e do Adolescente: um estudo sobre a polissemia da criança nos espaços públicos. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

Castilho, T. et al. (2009) O trabalho com famílias em situação de vulnerabilidade social. São Paulo: Instituto de Terapia Família de São Paulo. Disponível em: <<http://www.clinicaelipse.com/artigos/123-o-trabalho-com-familias-em-situacao-devulnerabilidade-social>>. Acesso em: 2 fev. 2014.

Cirino, O. (2001). Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura. Belo Horizonte: Autêntica.

Costa, A. C. G. da. (1992). Natureza e implantação do novo direito da criança e do adolescente. In: PEREIRA, T. da S. (Coord.). Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90: estudos socio-jurídicos. p.17-33. Rio de Janeiro: Renovar.

Couto, M.C.V.; Duarte, C.S.; Delgado, P.G.D. (2008) A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: situação atual e desafios. Revista Brasileira de Psiquiatria;30(4):390-8.

Couto, M. C. V.; Martines, R. G. (Org.). (2007) Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ.

Goffman, E. (1987). Manicômios, prisões e conventos. (2ª Ed). São Paulo: Perspectiva.

Mendez, E. G. (1998) Infância e cidadania na América Latina. São Paulo: Hucitec/Instituto Ayrton Senna.

Organização das nações Unidas. (1948) Declaração Universal dos Direitos do Homem,. Disponível em: <[http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm)>. Acesso em: 27 jul, 2015.

Organização Das Nações Unidas para a Educação, a ciência e a cultura. (1994) Declaração Mundial de Educação para Todos e Plano de Ação para Satisfazer as Necessidades Básicas de Aprendizagem. Conferencia Mundial sobre Educação para Necessidades Especiais, 06, p.47. Salamanca (Espanha). Genebra: UNESCO.

Resende, H. (2001). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In S. A. Tundis, & N. do R. Costa. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil (pp. 15-74). Petrópolis: Vozes.

Romanini, R. (2006) O Lúdico nos espaços e tempos da infância: escola e cidade: articulações educadoras. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação). Unisinos, São Leopoldo, Rio Grande do Sul.

Saraceno, B.(1999). Libertando identidades. Da reabilitação a cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Cora.

Seda, E.(2000) A criança e sua convenção no Brasil. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia.

Societe Des Nations.(1924) Déclaration des Droits de l'Enfant [Déclaration de Genève],Disponível em: <<http://www.humanium.org/fr/normes/declaration-de-geneve-1924/texteintegral-declaration-de-geneve/>>. Acesso em: 23 dez. 2014.

World Health Organization.(2005). Child and adolescent mental policies and plans. Geneva: WHO (Mental policy and service guidance package).