

## A saúde mental infanto-juvenil e o Caps-I: uma revisão integrativa

### Mental Health Children and youth and Caps – I: an integrative review

Lorena Vechiatto\*

Alvaro Marcel Palomo Alves\*\*

**Resumo:** O artigo tem como objetivo descrever a construção e o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS-i). Para isso foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados SciELO, BVS-psi e portal de periódicos da Capes, entre os anos de 2002 e 2013. Os textos revisados puderam ser subdivididos em dois grupos, o primeiro foi constituído por obras que abarcavam a construção do CAPS-i e o segundo por textos relacionados ao funcionamento dos centros. A partir da análise e discussão dos textos revisados, concluiu-se que o CAPS-i foi criado para garantir atendimento a crianças e adolescentes que até então eram institucionalizadas e tratadas apenas considerando suas questões orgânicas. Porém, mesmo com a criação de um serviço específico para essa população, o CAPS-i ainda não se consolidou como tal, pois caminha em um processo de transição dos modelos médico/individualizantes para o modelo de cuidado integrado.

**Palavras-chave:** CAPS-i. Revisão integrativa. Saúde mental.

**Abstract:** This paper aim to describe the construction and functioning of the Children and Youth Psychosocial Care Center (CAPS-i). Therefore we hold an integrative review of the data base SciELO, BVS-psi and portal periodicals of CAPES from 2002 to 2013. The reviewed texts were subdivided into two groups. The first one was constituted by writings that covered the construction of CAPS-i and the second one by texts related to the working of the Centers. From the analysis and discussion of the reviewed texts we had come to the conclusion that the CAPS-i was created in order to guarantee the care for children and teenagers who were institutionalized and treated just by considering their organic issues. However, even with the creation of a specific service for this population, the CAPS-i hasn't been consolidated because it goes in a way of a medical transition models process or individualizing ones for the integrated care model.

**Key Words:** CAPS-i. Integrative review. Mental health.

Recebido em: 24/01/2016. Aceito em: 04/09/2018

---

\* Mestranda em Psicologia pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia (UEM), linha 03 de pesquisa: Desenvolvimento humano e processos educativos. Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM-2016). lorena\_vechiatto@hotmail.com Contato principal para correspondência.

\*\* Possui Doutorado em Psicologia e Sociedade - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Mestrado em Psicologia da Infância e Adolescência pela Universidade Federal do Paraná (2003). Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (2000), e atualmente é Professor Adjunto da Universidade Estadual de Maringá (UEM). ampalves@uem.br



This content is licensed under a Creative Commons attribution-type BY

## Introdução

A assistência à criança no Brasil é tema de diversos estudos em múltiplos campos de atuação (COUTO, 2008; DEL PRIORE, 1999; RIZZINI, 1997; RIZZINI, 2013; ZALUAR, 1985). Partindo do tema “saúde mental infanto-juvenil no Brasil”, realizou-se uma recapitulação histórica da saúde mental e da condição de assistência à saúde mental a essa população.

Desde o período colonial até os primeiros tempos de independência do Brasil, as crianças eram criadas por meio dos castigos físicos concedidos pela autoridade dos senhores de engenho. Segundo Ribeiro (2006), esses senhores definiam as regras e as normas a serem seguidas pela sociedade de acordo com os princípios da igreja e, assim, os castigos eram utilizados para formação das crianças, criadas para serem adultos passivos e servis às ordens desses dois poderes. As crianças da Colônia também eram acometidas por diversas doenças como, por exemplo, o sarampo, a varíola e a sarna. Em geral essas crianças doentes não conseguiam sobreviver, o que agravava o índice de mortalidade infantil da época. Porém, a Igreja Católica explicava todas essas mortes baseando-se na associação medieval europeia de que crianças são como anjos, pois morrem puros, inocentes e iriam direto para o céu (ARIÈS, 1981).

A partir do século XIX, a criança passou a ser idealizada de forma diferente e a Academia Brasileira de Medicina interessou-se em discutir algumas causas para a mortalidade infantil, sendo uma delas a amamentação mercenária que consistia em obrigar uma escrava a amamentar o filho de seu patrão ou de algum branco. Essa prática foi questionada pelo fato de que, muitas vezes, a condição psicológica e moral da escrava estava afetada e o seu próprio filho acabava sendo privado de seus cuidados e alimentação necessária. Desta forma, os médicos do século XIX procuraram disseminar as ideias higienistas para poupar as crianças das doenças, da falta de alimentação e das mortes e, assim, fornecer-lhes amparo, cuidado e educação (RIBEIRO, 2006). A classe média, segundo Ribeiro (2006), ascendeu no século XVIII consolidando-se como poderosa, rica e importante para o processo de transformação social, pois possuía dinheiro, títulos, cargos no governo e encontrava na medicina

um *status* para difundir suas ideias político-sociais e consolidar-se como elite no século seguinte. Ao mesmo tempo a medicina encontrou nessa “nova classe” um aliado para seu ideal higiênico, o qual interessava para concretização de um saudável Estado brasileiro:

[...] a urbanização do Brasil e a consolidação dos ideais higienistas, responsáveis por toda uma ideologia nascente, que passará a determinar uma nova conduta social, novos costumes e novos padrões de comportamento, culminando nas modificações que serão verificadas na organização da família brasileira, que pouco a pouco vai extinguir muitas das práticas coloniais danosas à infância. (RIBEIRO, 2006, p. 31)

De acordo com a citação acima, o desenvolvimento urbano e a promoção econômica e social da burguesia modificaram o relacionamento das famílias burguesas com as suas crianças. Tal relacionamento passou a ser mais dinâmico e participativo, sem contar que a taxa de mortalidade infantil declinava em relação aos momentos anteriores. Corroborando essa hipótese, Antunes (2007) afirma que a medicina do século XIX focou-se nas crianças e nos jovens mais favorecidos economicamente, trazendo à tona a questão moral, a qual se associa com o controle da sexualidade e com a formação física e intelectual das crianças, tendo sempre em vista a formação de adultos preparados para conviver em uma sociedade burguesa. Os médicos deste período se apoiavam em ideias advindas da psicologia, da biologia e da sociologia funcionalista.

Segundo Ribeiro (2006), há três pontos de interesse e preocupação da medicina brasileira para com a infância e a juventude: a mortalidade infantil, a educação e a sexualidade, sendo um decorrente do outro. Com relação à mortalidade infantil, os médicos higienistas buscaram a causa e a solução para essa questão propondo modificações na alimentação e nos costumes da família. Na educação incluiu-se uma pedagogia moral, para melhor formação das crianças, e uma educação por meio dos colégios internos. Entretanto, o contato diário, nos colégios internos, entre os adolescentes instigava o eclodir de uma sexualidade coletiva, que deixava o sexo mais visível e perceptível, justamente no momento em

que a repressão à sexualidade e o controle à sua manifestação estavam intensificados.

Vale lembrar que as primeiras instituições para abrigo das crianças (que posteriormente ficaram conhecidas como creches), datam do século XIX e são predominantemente francesas, orientadas para as crianças pobres, de rua, órfãs ou filhas de operários. Sua origem, como ressalta Mattioli (1998), tem um sentido de assistência, de política emergencial e pontual. A educação da criança era moralizante e voltada para atender as demandas da sociedade capitalista, uma educação submissa para a criança pobre e outra clássica para a criança da elite. Segundo Rocha (1998), as altas taxas de mortalidade infantil na França e Inglaterra do século XIX levaram o Estado a desenvolver cada vez mais práticas médicas e higienistas no controle social. Tais práticas levavam em consideração a teoria da degenerescência humana.

Trata-se como se sabe, de uma teoria pré-darwinista que, apoiada na doutrina medieval da *queda*, supõe que a espécie humana sofreu um desmembramento involutivo, de onde se originariam os *degenerados*. A degeneração seria sempre hereditária e progressiva, de tal forma que, pelo seu inevitável agravamento nos descendentes, conduziria a estirpe degenerada à extinção (ROCHA, 1998, p.22-23).

Porém, por mais que a criança tenha alcançado um espaço na sociedade e as famílias tenham se modificado por esse ganho, as crianças da classe popular ainda continuavam ser negligenciadas. Quando consideradas insanas, essas acabavam sendo internadas em manicômios criados para adultos, “[...] pois não havia ainda estudos específicos sobre as doenças mentais infantis nem uma classificação que diferenciasses as formas e manifestações da morbidade no adulto e na criança.” (RIBEIRO, 2006, p. 33).

A assistência à criança pobre é apontada por Rizzini (1997) como alvo da filantropia e, posteriormente, do Estado. Foi graças à intervenção higienista que se abandonou uma prática difundida por mais de 150 anos no Brasil, a roda dos expostos. Para os higienistas, a roda difundia a prática de uniões ilícitas por incentivar a entrega de crianças não desejadas ou fora do casamento e o alto índice de mortalidade infantil presente nos abrigos. No final do séc. XIX, o Brasil sofreu

algumas transformações políticas, passou a ser República, houve a libertação dos escravos e conseqüentemente a vinda dos imigrantes europeus. Todas essas transformações modificaram as cidades brasileiras, pois, de acordo com Ribeiro (2006), aumentou a população de baixa renda nas cidades e, também, aumentou a população infantil, a qual passou a despertar nas camadas mais favorecidas, sentimentos ora de pena ora de repulsa.

A criança pobre passou a receber certa atenção e assistência, que antes eram direcionadas somente às crianças da classe burguesa. O médico José Maria Teixeira publicou um estudo em 1876 sobre a mortalidade infantil nas classes rica e pobre. Seu estudo ganhou um prêmio da Academia Brasileira de Medicina do Rio de Janeiro e propiciou aos higienistas a ferramenta empírica necessária para pôr fim à roda dos expostos: “ nas classes abastadas, ella [sic] (a mortalidade infantil) é de 70 a 80 por 1000 crianças criadas no próprio domicílio, ella [sic] no entanto varia de 240 a 750 e até 900 por 1.000 por crianças assistidas e confiadas a amas mercenárias” (TEIXEIRA, 1876, p. 256 apud RIZZINI, 1997, p.112).

Em meados do século XX foi notória a preocupação com a psiquiatria infantil, a deficiência mental, a psicologia e a pedagogia. Conforme Ribeiro (2006), toda essa preocupação pode ser observada a partir de 1921, com a construção do primeiro pavilhão infantil, por Franco da Rocha, no hospital do Juqueri (São Paulo). Também é possível observar com a implantação no final da década de 1920, em Minas Gerais, do Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico, por Helena Antipoff, que pesquisou temas como relação entre produção escolar e meio social da criança; e personalidades e tipos de crianças. E com a criação por Ulysses Pernambucano, em 1924, do Instituto de Psicologia de Pernambuco, o qual tinha por finalidade a educação para crianças com deficiência mental por meio da criação da “Escola para Anormais” (ANTUNES, 2007).

No entanto, segundo Rizzini (1997), não se pode esquecer a grande influência do médico Arthur Moncorvo Filho que, em 1899, fundou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância. Esse Instituto promovia uma assistência médica de várias especialidades para as crianças, além



de prestações de serviços complementares para a formação básica infantil e atos filantrópicos. De acordo com Moncorvo Filho, a história da proteção à infância dividia-se em três momentos:

1º período (antigo) - de 1500 a 1874, procurando lembrar o que fôra [sic] feito desde o tempo colonial até a fundação da pediatria no Brasil.

2º período (médio) - de 1874 a 1889, fundação da pediatria e cultivo da especialidade.

3º período (moderno) - de 1889 a 1922, época em que começou a intensa propaganda de higiene [sic] mental infantil e o interesse geral pela criança [sic] como fator [sic] social. Medidas oficiais prometedoras [sic] (MONCORVO FILHO, 1922, p.15-16 apud RIZZINI, 1997, p.86).

A criança do terceiro período, moderno, é fonte de preocupações e cuidados, todavia sempre por parte de iniciativas privadas com caráter assistencial, sem a intervenção do poder público ou do governo, cujo contentamento com a atuação médica era mantido de longe para evitar que a população responsabilizasse o Estado pela necessidade de fornecer total amparo às crianças. Somente a partir de 1922, o Estado passou a ter um envolvimento com a assistência infantil “[...] promulgando o primeiro Código de Menores do país.” (RIBEIRO, 2006, p. 36).

Entre os anos 1920 e 1930, do século XX, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) interessava-se pelas questões assistenciais e de saúde mental infantil. Tais interesses passam a ser notáveis na primeira metade da década de 20, quando a criança recebe certa atenção por questões demográficas, de saúde e de sexualidade (SCHECHTMAN, 2005). Também, observou-se que de acordo com o mesmo autor, a partir dos anos 20 houve maior implantação de instituições psiquiátricas, as quais serviam como mediadoras das regras vigentes na sociedade daquele período e defensoras de um saber psiquiátrico preventivo, articulando-se com o surgimento da psiquiatria infantil. O período de atuação da Liga destacou-se pelo enfoque nas medidas de intervenção educativa e nas medidas eugênicas (melhoria da raça). Isso porque os problemas socioeconômicos brasileiros estavam atrelados às questões raciais e de classes, que só poderiam ser sanados por meio da normatização da educação, a qual promoveria um desenvolvimento

mental correto e comportamentos mais adequados e assentados ao meio físico e social. Esses tipos de comportamentos seriam tidos como sinônimo de saúde mental normal.

A Liga implantou, em 1932, a clínica de Eufrenia, cujo objetivo era atender crianças da pré-escola e da escola com o intuito de prevenir “[...] doenças nervosas da infância, corrigir as reações psíquicas anormais e sublimar o caráter da juventude.” (SCHECHTMAN, 2005, p. 27). Essa nova clínica permitiu que os psiquiatras explicassem o psiquismo por meio da concepção médico-pedagógica do desenvolvimento mental. De acordo com Schechtman (2005), em 1934, incorporou-se a clínica com o ambulatório do Centro Psiquiátrico Nacional e, em 1942, a Liga defendeu o pressuposto de que para criar e educar as crianças, os pais, leigos para essa tarefa, deveriam recorrer a modelos científicos transmitidos pelos médicos.

Com a chegada do século XXI, observou-se que no Brasil, e também em diferentes países independentemente dos seus níveis econômicos, havia notória discrepância entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a disponibilidade de uma rede de serviços apropriada para responder por ela (BELFER; SAXENA, 2006). Ou seja, as políticas de saúde mental existentes estavam voltadas para os problemas da população adulta e a população de crianças e jovens ficavam submetidas a essas políticas, as quais possuíam especificidades de intervenção e organização que se limitavam ao atendimento dos adultos e não possuía a mesma eficiência quando apenas estendidas para o cuidado das crianças e dos jovens.

A partir dos anos 1980, pesquisadores do Instituto de Medicina Social e da Fiocruz divulgaram a experiência desenvolvida na Itália sob o comando do psiquiatra Franco Basaglia e sua equipe. Assim, o próprio conceito de doença mental passou a ser revisto.

Basaglia utiliza a expressão “doença mental” propositadamente entre aspas, não para negar sua existência, mas para colocar sob suspeição a possibilidade desse conceito, tal como cunhado pela psiquiatria, dar conta da complexa experiência que representa. Assim é que o termo “doença mental” dá lugar a *existência sofrimento do sujeito em relação com o corpo social*, proporcionando ao conceito permanen-

tes condições para a sua própria transcendência (AMARANTE & ROTELLI, 1992, p. 51).

Para os autores, uma vez superado o conceito de doença mental, o paradigma que o sustenta também é passível de desconstrução. O Ocidente produziu uma racionalidade que acabou por se tornar instrumental, resultando em uma ciência excessivamente conceitual, onde o próprio fenômeno acaba sendo mais conceito que fenômeno. Ao tentar conhecer a doença mental, é preciso fazê-lo a partir da separação sujeito-objeto, tal qual preconizado pelo positivismo. O problema (já antevisto pelo próprio Auguste Comte), é que uma ciência positiva não deve se erigir sobre a subjetividade, mas extirpá-la. Ao superar a lógica sujeito-objeto e realocar a doença mental no par existência-sofrimento, a reforma psiquiátrica precisa demolir o pilar dessa produção: o manicômio. Sobre isso, se expressam Amarante & Rotelli (1992, p. 53):

Desconstruir o manicômio significa bem mais que o simples desmantelamento de sua estrutura física; significa o desmantelamento de toda a trama de saberes e práticas construída em torno do objeto doença mental, com a consequente reconstrução da complexidade do fenômeno *existência-sofrimento*, que implica a *invenção* de novas, e sempre novas, formas de lidar com objetos complexos.

No século XXI mudou-se a concepção que havia sido construída de saúde mental para dar lugar a uma nova ideia do que abrange esse termo. Seguindo o modelo antipsiquiátrico (mas adaptando-o à realidade brasileira, como já apontou Amarante, 1992), documentos das diversas secretarias de saúde de Estados e municípios, não existe uma definição categórica de saúde mental, pois as diferenças culturais, os julgamentos subjetivos, e as variadas teorias comprometem o modo de definição desse assunto. Geralmente, usa-se o termo saúde mental associado a um equilíbrio entre as atividades cognitivas e os esforços para administrar as emoções psicológicas (PARANÁ; SECRETARIA DA SAÚDE, s. d.; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, s.d).

No Brasil, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (s. d.), a política nacional de saúde mental deve garantir atendimentos às pessoas com transtornos mentais, mas sempre visando garantir a interação dessas pessoas

com a comunidade, com serviços e com a família. Essa proposta de atendimento conta com uma rede variada de serviços, tais como os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura e os Centros de Atenção Psicossocial. O enfoque desse trabalho se dobrará em descrever a construção e o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial de tipologia voltada para as crianças e os adolescentes, também conhecido como Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS-i).

No dizer de Couto; Duarte; Delgado (2008), esse enfoque se faz necessário pela ausência de políticas de saúde mental infanto-juvenil na maioria dos países, tornando o desenvolvimento de políticas nacionais de saúde mental nessa área um empreendimento, além de necessário, extremamente urgente. Nos dizeres dos pesquisadores, uma política de saúde mental para infância e adolescência: “[...] ampliaria o sistema de serviços, daria a institucionalidade à construção dos dados e de informações culturalmente relevantes [...], e contribuiria para o avanço de pesquisas nesta área.” (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 391). De acordo com Couto; Duarte; Delgado, (2008), no Brasil, no ano de 2002, a saúde mental de crianças e jovens foi reconhecida como questão de saúde pública e inserida na composição das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS-i).

O CAPS-i é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. (BRASIL, 2004, p. 23)

Portanto, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um dos serviços da rede de atenção à saúde mental que faz articulação com outros programas e com outras fontes de atendimento à saúde. Seu principal objetivo é minimizar as exclusões dos doentes mentais, principalmente de crianças e adolescentes. Seu trabalho é voltado para um determinado território, que vai além das áreas geográficas, ele é constituído pelas

peças que nele habitam, como os vizinhos, amigos e familiares, e pelas instituições que dele fazem parte (associação de moradores, igreja e escola). É a partir do trabalho em conjunto, com esse território, que poderá ser estabelecida uma rede de cuidados às pessoas que sofrem com algum transtorno mental, às suas famílias e a todos à sua volta. O CAPS também é o responsável por promover trabalho com as equipes de saúde da família, com os agentes comunitários de saúde e com outras redes, repassando as políticas e programas de saúde mental ao território. No CAPS-i devem ser desenvolvidos projetos terapêuticos e comunitários, evitando o uso de medicamentos em excesso, encaminhar e acompanhar os moradores das residências terapêuticas. (BRASIL, 2004)

Para receber autorização do governo há certas restrições para que o CAPS-i possa ser implantado nas cidades brasileiras, uma delas é apenas cidades que possuem mais de 200.000 habitantes ou que atendam a certos critérios epidemiológicos. O CAPS-i é caracterizado como um “[...] serviço ambulatorial de atenção diária, destinado a crianças e adolescentes com transtorno mental [...]” (BRASIL, 2002, p. 06) e que também devem regular o território e a rede assistencial do local onde estão inseridos, bem como responsabilizar-se em organizar as demandas e as redes de cuidado para essa população, coordenar supervisões em unidades de atendimento psiquiátrico, supervisionar e capacitar equipes, serviços e programas de saúde na atenção à infância e à adolescência, além de realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental (BRASIL, 2002).

O auxílio que essa rede de serviço oferece para o atendimento dos pacientes inclui atividades que abrangem intervenções individuais, atendimentos grupais e familiares, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas e atividades externas (BRASIL, 2002). Entretanto, essas atividades, por coincidirem com as realizadas pelas outras tipagens de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), quando realizadas pelo CAPS-i devem levar em consideração a faixa etária a quem se destinam a atender e não utilizarem essas formas de cuidado de modo inconsequente apenas como extensões dos

CAPS, mas transformando essas atividades em prol do atendimento infantil e juvenil e usando-as como ponto de partida para o atendimento dessas crianças e jovens.

O funcionamento dos CAPS-i deve ocorrer no período das 08hs às 18hs, durante os cinco dias úteis da semana. Os centros contam com uma equipe de um médico (psiquiatra ou neurologista ou pediatra com especialização em saúde mental), um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e pedagogo) e cinco profissionais de nível médio (técnicos de enfermagem, administração, educação ou artesão). Essa equipe é destinada para atender 15 crianças e/ou adolescentes por turno e ter como atendimento diário um máximo de 25 pacientes.

A respeito do CAPS-i é possível encontrar poucas pesquisas que abordem o assunto ou até mesmo a assistência à saúde mental infanto-juvenil no Brasil. Em geral, quando se aborda o tema saúde mental infanto-juvenil, as pesquisas tratam não exclusivamente do CAPS-i, mas associam esse tipo de serviço a outros como, por exemplo, as equipes de saúde da família (ESF). Esse tipo de associação pode ser observado no texto de Delfini e Reis (2012), o qual, por meio da análise das entrevistas realizadas com gerentes de CAPS-i e das ESF, buscou-se articular esses sistemas de atendimento com a atenção que os centros disponibilizam para a saúde mental de crianças e adolescentes. Outro texto que também se faz importante nessa área é o de Couto; Duarte e Delgado (2008), que realizou uma análise das políticas públicas brasileiras de saúde mental infanto-juvenil, relacionando os CAPS-i com as redes intersetoriais (outra política que aborda o cuidado com a criança e com o adolescente).

Como pode ser observado, faz-se necessária uma pesquisa de revisão integrativa que busque descrever a construção e o funcionamento do CAPS-i de forma que haja entendimento das propostas desse serviço e para compreender a relação que os textos acima, e não somente eles, fazem com o CAPS-i. A seguir serão detalhados os procedimentos adotados na revisão empreendida.

### **Percurso metodológico**

A pesquisa realizada que serviu de base para construção desse texto tinha como foco



realizar uma descrição da construção e do funcionamento do CAPS-i, por meio de uma seleção de textos que caracterizem as condições históricas e sociais do surgimento da assistência à saúde mental infanto-juvenil no Brasil. Como também a identificação de portarias e de princípios que regem o funcionamento do CAPS-i. Partindo desse objetivo, pode-se dizer que esse artigo está pautado em uma pesquisa descritiva, pois procura descrever as características de um fenômeno (GIL, 2007), no caso, um dos tipos de política pública denominada CAPS-i. O foco dessa pesquisa bibliográfica foi revisar de forma integrativa a construção e o funcionamento do CAPS-i, pautando-se em publicações exclusivamente em português de artigos, portarias, dissertações e conferências. As bases de dados que deram subsídio para esta pesquisa foram o *SciELO*, a BVS-psi e o portal de periódicos da Capes.

O critério de inclusão de documentos na revisão foi que tais documentos deveriam estar datados no período do ano de 2002 a 2013, pois a implantação do CAPS-i deu-se a partir da promulgação, pelo Ministério da Saúde do Brasil, da portaria nº 336/GM em 19 de fevereiro de 2002, e até o ano de 2013 pelo fato de que nesse ano houve o primeiro Congresso Brasileiro de CAPS-i. Assim, a pesquisa teve uma perspectiva histórica de levantar dados do estado atual da política pública denominada CAPS-i e das discussões que estão ocorrendo nesse nível de política pública. A análise dos dados foi realizada por meio de agrupamentos, ou seja, realizou-se uma revisão integrativa dos textos encontrados, os quais foram analisados evolutivamente em relação à implementação do CAPS-i, levando em consideração o que estava posto nas leis e o enfoque dado por cada texto revisado.

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa busca, primeiramente, identificar um tema e selecionar uma(s) hipótese(s) ou questão(ões) para a pesquisa que orientará na elaboração da revisão integrativa. No caso dessa pesquisa norteadora, o tema foi pautado na saúde mental infanto-juvenil no Brasil, mais especificamente na caracterização das condições de criação das políticas de saúde mental no Brasil – enfoque na política pública CAPS-i. Também, fez-se necessário um levantamento das informações extraídas dos estudos selecionados, ou seja, categorizar os estudos que fizeram parte

da pesquisa de acordo com o ano de cada obra, o título de cada texto encontrado, a base de dados assim como suas palavras-chave, se era um artigo, tese, dissertação, lei, portaria ou cartilha.

## **Análise e discussão dos resultados**

Após extensa investigação nas bases de dados supracitados, utilizando como descritores as palavras-chave: centro *and* de atenção *and* psicossocial *and* infanto-juvenil e centro *and* de atenção *and* psicossocial *and* infantil, foram levantados ao todo 149 textos. Após a leitura dos títulos e dos resumos desses textos, foram selecionados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, apenas 36 textos. Portanto, a pesquisa realizada contou com a revisão sistemática de 36 textos, sendo eles compostos por duas portarias do Ministério Público da Saúde, duas dissertações, três cartilhas, um anais de congresso e 28 artigos. Em seguida, foram construídas tabelas por ano de publicação, nas quais foram descritos o tipo de documento localizado, o objetivo, a metodologia, os resultados e a conclusão de cada um dos estudos encontrados.

Assim, a análise dos resultados ocorreu por meio de uma subdivisão das publicações em dois grupos. No primeiro grupo foram incluídas as publicações entre os anos de 2002 a 2006 que eram referentes à construção do CAPS-i por conterem maior número de textos esclarecedores sobre o novo serviço. Por sua vez, no segundo grupo foram incluídas as publicações do ano de 2007 a 2013, as quais eram referentes ao funcionamento do CAPS-i, porque havia maior quantidade de textos tratando dos serviços realizados nos diferentes centros e também de investigações feitas com os próprios funcionários e usuários.

Com os resultados subdivididos em dois grupos - os textos da construção e os textos do funcionamento - foi possível ter uma visão mais geral de como se configurou a construção e desenvolvimento do CAPS-i ao longo dos seus 12 anos de implantação. Para além disso, foi possível observar como o CAPS-i foi surgindo, quais foram seus princípios norteadores e como eles foram (ou não) sendo consolidados nas práticas do serviço. Portanto, essa discussão pretende evidenciar como se apresentaram as publicações desde a criação do CAPS-i até o ano

de 2013. Com a análise dos dados foi possível observar que o processo de produção de artigos, portarias, cartilhas e anais se deu em três etapas. Na primeira etapa houve a publicação das cartilhas voltadas para superar o tradicional modelo clínico de atendimento, centrado na figura do médico e no diagnóstico. Em seguida, vieram as publicações voltadas para a evolução epidemiológica e pesquisas sobre o cotidiano de implantação do CAPS-i. E por fim, na terceira etapa, as publicações ficaram voltadas para uma crítica ao modelo tradicional, buscando soluções teórico-metodológicas em direção ao modelo psicossocial, o qual ainda não foi compreendido por todos os profissionais da rede.

Quanto aos textos referentes à construção do CAPS-i pode-se apreender que eles foram os precursores para embasar a implantação do serviço de saúde mental para a população infanto-juvenil, a qual vem de uma história de abandono e reclusão. A cartilha Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil (BRASIL, 2005) foi essencial para promover as discussões do processo histórico de descuido para com a infância. Além disso, promoveu-se o esclarecimento da necessidade de se instaurar um serviço público voltado para o atendimento infanto-juvenil que contrariasse todo o processo de institucionalização sofrido por algumas crianças dos séculos passados. O artigo de Ribeiro (2006) também deu continuidade à retomada do processo histórico da infância e da adolescência no âmbito da saúde mental, demonstrando como o cuidado para com as crianças do século XIX (ditado pela igreja e pelos senhores de engenho), se modificou no século XX para ser ditado pela classe burguesa por meio das ideias higienistas; para ser modificado novamente no século XXI, quando emergiu um serviço específico que atendesse ao público infanto-juvenil.

Outra cartilha que se fez importante para a construção do CAPS-i foi publicada no ano de 2004, Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Tal texto esclarece princípios básicos a respeito do novo serviço que entrou em vigor por meio da portaria nº 336/GM (BRASIL, 2002). Esse texto mostrou-se importante, pois ele esclarece o que é um CAPS, quais são as suas tipologias, qual é função de cada um deles, quais são os serviços ofertados por eles, por quais profissionais a equipe deve ser formada, a

necessidade de fornecer atendimento às famílias dos usuários, atenção primária como porta de entrada para os encaminhamentos ao CAPS-i, a realização do trabalho em rede e entre muitos outros fatores que complementam as informações fornecidas pela portaria.

Portanto, de acordo com essas publicações iniciais o CAPS-i teria tudo para ser um serviço revolucionário no marco da história da assistência à saúde mental infanto-juvenil. Propor-se-ia a atender por meio de equipes multiprofissionais os diagnósticos de autismo, psicose, neurose ou qualquer outro comportamento psíquico que afetasse o desenvolvimento de laços sociais. Essas equipes, formadas por diferentes profissionais da área da saúde, seriam responsáveis por discutir cada caso para que, assim juntos, dessem o diagnóstico ou planejassem um plano terapêutico interdisciplinar. O que pode ser constatado até esse ponto é que o modelo do CAPS-i pretende superar as ideias de institucionalização das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, superando o modelo biologizante que enfoca somente na doença orgânica e na figura do médico como detentor exclusivo do saber.

Todavia, o que se observa no subgrupo destinado ao funcionamento do CAPS-i é algo um pouco diferente do que se consolida como princípios nas cartilhas. Muitos artigos como de Santos (2006), Hoffmann, Santos e Mota (2008), Delfine et al (2009) e Ronchi e Avellar (2010) ficaram pautados nos estudos de prontuários de diferentes CAPS-i, evidenciando que independentemente do centro ainda há a prevalência da importância de classificar e enquadrar o sofrimento do paciente em um manual de diretrizes clínicas e de diagnósticos. Isso demonstra que o saber médico ainda é a fonte primordial nos atendimentos, dominando as formas de classificação e de diagnóstico perante outros profissionais. Com estes dados, conclui-se com base nas dissertações de Beltrame (2010) e de Gomes (2012) e no artigo de Delfine e Reis (2012) que existe um serviço de saúde mental voltado ao atendimento infanto-juvenil, porém esse serviço ainda funciona com resquícios das ideias médicas, burguesas, orgânicas e higienistas, o que acaba caracterizando a atuação do CAPS-i como sendo um serviço ambulatorial, o que diverge dos princípios de construção dos centros.



Esses dados apontam o quanto os profissionais na área da saúde precisam de capacitações para atender a população em sofrimento e também poder discutir com outros profissionais no momento de fornecerem um diagnóstico e na criação do plano terapêutico singular. Além das capacitações é necessário que os profissionais busquem textos que complementem suas atuações e promovam pesquisas no campo da saúde mental infanto-juvenil. Tais necessidades podem ser observadas nos artigos de Falavina e Cerqueira (2008), Hoffmann, Santos e Mota (2008), Ronchi e Avellar (2010), Monteiro et al (2012) e nos anais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (2013).

Além desses pontos de divergência, supracitados, entre os princípios de construção do CAPS-i e a forma de funcionamento atual dos centros há outras diferenças que foram observadas. Uma delas é a consequência das atuações pautadas somente na figura do médico, pois se toda e qualquer decisão a respeito da criança ou do adolescente em sofrimento ficar por conta dos médicos, conseqüentemente, o trabalho em equipe não acontece. Ou seja, o princípio de que o atendimento no CAPS-i se daria por meio de equipes multiprofissionais não acontece como evidenciam os artigos de Santos (2006), Falavina e Cerqueira (2008), Hoffmann, Santos e Mota (2008), Delfine et al (2009), Ronchi e Avellar (2010), Monteiro et al (2012), a dissertação da Gomes (2012), e nos anais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (2013).

Também se pode apontar que o dispêndio dos CAPS-i em acolher as famílias das crianças e dos adolescentes em sofrimento é extremamente deficitário, pois artigos como os de Ferriolli, Marturano e Puntel (2007), Mendes, Loureiro e Crippa (2008), Nogari e Bernardino (2009), Monteiro et al (2012), Machineski, Schneider e Camatta (2013) e a dissertação da Gomes (2012) trazem à tona a necessidade de criar um diálogo, vínculo, atendimento, orientação e cuidado com os pais ou responsáveis por estas crianças em sofrimento psíquico. Isso porque, além de minimizar as angústias de ter um ente querido em sofrimento e de compreender como lidar com essas crianças e adolescentes, o contato com os pais também auxilia na compreensão do contexto vivenciado pela criança e na construção de um

plano terapêutico que não abarque somente o indivíduo em sofrimento.

Desse modo, os artigos de Schmid (2007), Falavina e Cerqueira (2008), Visani e Rabello (2012) evidenciaram na prática como a inserção da família no projeto terapêutico da criança trouxe resultados positivos para a melhora do quadro clínico do sofrimento infanto-juvenil. Além de possibilitar que os familiares tirem dúvidas, desmistifiquem suas ideias de loucura e superem medos e angústias ao travarem conversas com os profissionais do centro. Demonstram como a conversa, o cuidado e a integração com os pais permite que os profissionais compreendam melhor o que se passa com a criança, pois os pais geralmente já notaram alterações no comportamento do filho que podem auxiliar na compreensão do sofrimento infanto-juvenil. Assim, compreende-se que uma parcela dos CAPS-is consegue pôr em prática um atendimento voltado às famílias que possuem crianças ou adolescentes em estado de sofrimento psíquico. Esse fato demonstra como uma diretriz proposta por textos da construção do CAPS-i é executada e como o seu resultado é positivo, tanto para os usuários e seus familiares, quanto para os próprios profissionais.

Em relação às demandas atendidas no CAPS-i, ao longo dessa revisão bibliográfica, observou-se que alguns centros divergem do princípio de atender às demandas específicas ao sofrimento psíquico infanto-juvenil. Os centros são os responsáveis por acolher todas os usuários que chegam aos profissionais, porém isso não implica que todas elas devam ser atendidas, pois muitas não estão relacionadas a questões de saúde mental infanto-juvenil. Tais ideias são sustentadas mediante as publicações dos artigos de Ferriolli, Marturano e Puntel (2007), Delfine e Reis (2012), Beltrame e Boarine (2013), e das dissertações de Beltrame (2010) e Gomes (2012), pois esses textos trazem à tona como principal queixa encaminhada aos CAPS-is questões do âmbito escolar. Ou seja, questões que estão associadas aos problemas das instituições escolares as quais, por sua vez, os transferem aos alunos como se fossem um problema de sofrimento psíquico individual. As queixas de problemas de aprendizagem e de comportamento escolar como, por exemplo, déficit de atenção, hiperatividade e agressividade são encaminhadas da escola para

os CAPS-is demonstrando que essas instituições não problematizam as suas práticas de ensino e culpabilizam unicamente o aluno pelo seu comportamento fora do “normal”.

Com a leitura do artigo de Delfine et al (2009) foi possível analisar que os serviços de atenção primária que deveriam ser a via de encaminhamentos aos CAPS-is cedem o seu papel aos Conselhos Tutelares. O texto, ao estudar o perfil dos usuários de um CAPS-i, evidenciou que a maioria dos casos que chegavam ao centro era derivada dos encaminhamentos pelos conselheiros. Além da questão dos encaminhamentos feitos pelo conselho, a dissertação de Beltrame (2010) nomeou mais três outras formas de encaminhamento que divergem da forma proposta nos princípios de construção do CAPS-i, são elas: a escola, a escola em conjunto com os pais e a escola em parceria com os conselhos tutelares. Desse modo, tanto conselheiros quanto a escola e os familiares possuem percepção deturpada a respeito dos possíveis atendimentos oferecidos pelo centro e acabam utilizando o espaço como abrigo para as crianças e os adolescentes abordados pelo conselho ou como válvula de escape para seus problemas institucionais. Em contrapartida, o artigo de Ronchi e Avellar (2010) infere que a maioria dos encaminhamentos feitos ao CAPS-i pesquisado era por meio das Unidades Básicas de Saúde. Tal observação demonstra que há alguns serviços que conciliam os princípios de construção do CAPS-i, que é responsabilizar a atenção primária pelos encaminhamentos, com a prática realizada no decorrer do funcionamento das atividades do centro.

Em consequência das atuações pautadas somente na figura do médico o trabalho em equipe não acontece, ou seja, o princípio de que o atendimento no CAPS-i se daria por meio de equipes multiprofissionais não se dá. Apesar das inúmeras contradições existentes entre os princípios de funcionamento do CAPS-i e suas atuais ações, compreende-se que esse serviço foi e é um marco para a história da saúde mental infanto-juvenil. Pois, é por meio desse serviço que profissionais, familiares, comunidade e os próprios pacientes começam a compreender a criança e o adolescente como sujeitos de direitos (cultura, segurança, educação, alimentação, lazer). Essa discussão demonstrou contradições que ainda precisam ser superadas,

porém também evidenciou que há centros que conseguem conciliar as diretrizes das cartilhas com as práticas do cotidiano.

### **Considerações finais**

Ao longo desse artigo alcançou-se o objetivo de descrever o processo de construção e de funcionamento do CAPS-i. Com isso, conclui-se que o CAPS-i foi criado para garantir atendimento às crianças e aos adolescentes que até então eram institucionalizadas e tratadas apenas a partir das questões orgânicas (modelo clínico). Porém, nota-se que mesmo com a criação de um serviço específico para essa população o CAPS-i ainda não se consolidou como tal, pois os centros ainda estão em processo de transição entre o modelo médico e o cuidado integrado, o qual une os diferentes profissionais, as famílias, a comunidade e os pacientes em prol da reinserção social da criança e do adolescente.

Ao observar o grupo de textos referente à construção do CAPS-i, foi possível compreender que a cartilha Brasil (2005) e o artigo de Ribeiro (2006) foram essenciais para promover as discussões do processo histórico de descuido para com a infância. Além disso, promoveram o esclarecimento da necessidade de se instaurar um serviço público voltado para o atendimento infanto-juvenil, que contrariasse todo o processo de institucionalização sofrido por algumas crianças dos séculos passados. As cartilhas têm papel fundamental na orientação e estabelecimento de princípios a serem seguidos em todo o território nacional. Esses documentos, em parceria com as portarias, esclarecem o que é um CAPS, quais são as suas tipologias, qual é função de cada um deles, por quais profissionais a equipe deve ser formada, a necessidade de fornecer atendimento às famílias dos usuários e outros fatores que complementam as informações fornecidas pela portaria. Portanto, de acordo com essas publicações, o modelo do CAPS-i pretendia transformar as ideias de institucionalização das crianças e dos adolescentes em sofrimento psíquico, superando assim o modelo biologizante que dava enfoque à doença orgânica e à figura do médico como detentor exclusivo do saber.

Todavia, o que se observou no subgrupo destinado ao funcionamento do CAPS-i foi certo distanciamento do que se consolida como

princípios nas cartilhas. Muitas pesquisas se pautaram nos estudos de prontuários de diferentes CAPS-i, evidenciando que independentemente do centro ainda há a prevalência de ações classificatórias que enquadram o sofrimento do paciente em um manual de diretrizes clínicas e de diagnóstico. Diante disso, infere-se, com base nas pesquisas e documentos analisados, que hoje existe um serviço de saúde mental voltado ao atendimento infanto-juvenil, porém esse serviço ainda funciona com resquícios das ideias médicas, burguesas, organicistas e higienistas.

Outro dado apontado na revisão integrativa foi que o CAPS-i tem como função atender e acolher crianças e jovens que sofrem psicologicamente de doenças graves, entretanto nas suas práticas atuais prevalece o atendimento de crianças com problemas escolares ou demandas de abrigamento do conselho tutelar, como se essas questões fossem uma patologia do sujeito. Não havendo preocupação em questionar as instituições escolares e as intervenções dos conselhos e nem o despreparo dos profissionais do CAPS-i, os quais não conseguem reconhecer que tal demanda não é uma questão patológica do sujeito, mas um problema histórico, social, educacional e político. Assim, evidencia-se a existência de práticas que se associam ora com as ideias propostas pela desinstitucionalização e desospitalização, ora com as práticas manicomialistas e higienistas.

Espera-se que o artigo possa ser um ponto de partida para outras investigações em nível acadêmico e institucional e que colabore com uma visão geral e crítica das políticas públicas destinadas a crianças e adolescentes brasileiros(as).

## Referências

AMARANTE, P. & ROTELLI, F. Reformas psiquiátricas na Itália e Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Amarante, P & Bezerra Jr., B. **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

ANTUNES, M. A. M. A psicologia em instituições educacionais. In: \_\_\_\_\_. **A psicologia no Brasil**. São Paulo: Unimarco, 2007, p. 63-85.

ARIÈS, P. O sentimento da infância. In: \_\_\_\_\_. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981, p. 29-49.

BELFER, M. L.; SAXENA, S. **Who child atlas project**. Lancet, v. 367, n. 9510 p. 551-552, feb. 2006. Disponível em: <[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)>. Acesso em: 25 Set. 2013.

BELTRAME, M. M. **Infância e Saúde Mental**: reflexões sobre a dinâmica de trabalho em um CAPSi. In: \_\_\_\_\_. 2010, p. 252. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós Graduação em Psicologia. Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.) – Universidade Estadual de Maringá, 2010.

BELTRAME, M. M.; BOARINI, M. L. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 02, p. 336-349, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº336/GM**. Brasília: Ministério da saúde, 19 fev. 2002, p. 01-09. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 26 Set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria da Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Como é um CAPS para Infância e Adolescência (CAPSi)? In: \_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da saúde, 2004, p. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria da Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção em saúde mental infanto-juvenil no SUS. In: \_\_\_\_\_. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Ministério da saúde, 2005, p. 07-10.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasil Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 04, p. 390-398, 2008.

DELFINI, P. S. S. de, et al. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 02, p. 226-236, 2009.

DELFINI, P. S. de S.; REIS, A. O. A. A articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 02, p. 357-366, fev. 2012.

DEL PRIORE, M. (org) **História da infância no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999.

FALAVINA, O. P.; CERQUEIRA, M. B. Saúde mental infantil: perfil dos usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 01, p. 34-46, 2008.



- FERRIOLLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa da Saúde da Família. **Saúde Pública**, v. 2, n. 41, p. 251-259, 2007.
- GIL, A. C. Como classificar as pesquisas? In: \_\_\_\_\_. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007, p. 41-57.
- GOMES, F. M. de A. **SAÚDE MENTAL INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**: discurso de profissionais médicos. In: \_\_\_\_\_. 2012, p. 126. Dissertação (Mestrado – Programa de Mestrado em Psicologia. Área de concentração: Psicologia e Saúde Mental.) – Universidade Federal de São João del-Rei, 2012.
- HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 03, p. 633-642, 2008.
- MACHINESKI, G. G.; SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 01, p. 126-132, 2013.
- MENDES, A. V.; LOUREIRO, S. R.; CRIPPA, J. A. S. Depressão materna e saúde mental de escolares. **Revista de Psiquiátrica Clínica**, São Paulo, v. 05, n. 35, p. 178-186, 2008.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e contexto enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 04, p. 758-764, 2008.
- MONTEIRO, A. R. M. et al. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes – a busca pelo tratamento. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 03, p. 523-529, 2012.
- NOGARI, M.; BERNARDINO, L. M. F. Um encontro com o inconsciente: o trabalho com a escuta em um centro de atenção psicossocial infantil. **Associação Psicanalista de Curitiba**, Curitiba, ed. 18.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Apresentação**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925#](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925#)>. Acesso em: 26 Set. 2013.
- PARANÁ, SECRETARIA DA SAÚDE. **SPP/DVSAM - Saúde Mental**. Definição de saúde mental. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>>. Acesso em: 26 Set. 2013.
- RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 01, p. 29-38, jan./abr. 2006.
- RIZZINI, I. **O século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 1997.
- ROCHA, L. C. Há algo de degenerado no reino da sociedade industrial moderna. In: MERISSE, A. et al. **Lugares da infância**. São Paulo: Arte & Ciência, 1998.
- RIZZINI, I.; LEITE, A.; MENEZES, C. D. **Cuidado Familiar e Saúde Mental**: a Atenção das Famílias a Seus Filhos na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: PUCRIO, 2013
- RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 12, n. 01, p. 71-84, 2010.
- SANTOS, P. L. dos. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 315-321, 2006.
- SCHECHTMAN, A. Textos da I reunião temática. In: Brasil; Ministério da Saúde; Secretaria da atenção à saúde; Departamento de ações programáticas estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Ministério da saúde, 2005, p. 25-34.
- SCHMID, P. C. Viajando não, só sonhando! **Revista do Departamento de Psicologia-UFF**, Niterói, v. 19, n. 01, p. 187-198, 2007.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. IPUB. NUPPSAM. **Anais do I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial – I CONCAPSi. Volume I**. UERJ/UFRJ: Rio de Janeiro, 2013. 305 p. Acesso em [data], [www.congressobrasileirodecapsi.com.br](http://www.congressobrasileirodecapsi.com.br).
- VISANI, P.; RABELLO S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. **Revista Latino Americana de Psicologia Fundamental**, São Paulo, v. 15, n. 02, p. 293-308, 2012.
- ZALUAR, A. **A máquina e a revolta**. São Paulo: Brasiliense, 1985.