



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - CCJS  
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

SEGISLANE MOÉSIA PEREIRA DA SILVA

**SAÚDE MENTAL INFANTIL E INTERDISCIPLINARIDADE:** Percepções a partir do trabalho em equipe no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil João Paulo II em Sousa/PB

SEGISLANE MOÉSIA PEREIRA DA SILVA

**SAÚDE MENTAL INFANTIL E INTERDISCIPLINARIDADE:** Percepções a partir do trabalho em equipe no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil João Paulo II em Sousa/PB

Monografia apresentada à aprovação da Coordenação do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do grau de Graduação.

Orientadora: Ms Juliana e Silva de Oliveira

SOUZA- PB  
2017

SEGISLANE MOÉSIA PEREIRA DA SILVA

**SAÚDE MENTAL INFANTIL E INTERDISCIPLINARIDADE:** Percepções a partir do trabalho em equipe no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil João Paulo II em Sousa/PB

Monografia apresentada à aprovação da Coordenação do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do grau de Graduação.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Ms. Juliana e Silva de Oliveira  
(Orientadora)

---

Consuelo Barreto Martins de Melo Sousa  
(Membro da Comissão Examinadora)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Helmara Giccelli Formiga Wanderley  
(Membro da Comissão Examinadora)

*À memória de minha avó Isaltina Pereira.*

*À toda minha família.*

*Com todo meu amor.*

## AGRADECIMENTOS

É de suma importância considerar que o trabalho de conclusão de curso não é fruto de rápidas reflexões; este fruto, na verdade, é resultado do esforço contínuo de longos quatro anos de graduação, sendo impossível negar que neste caminho percorrido, sempre fui muito bem acompanhada. E a quem colaborou com essa trilha, agradeço profundamente.

Agradeço, particularmente:

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Juliana e Silva de Oliveira, por ter realmente me orientado nesta jornada. Foram dela que vieram as maiores contribuições para este trabalho, e a maior atenção quando percalços surgiram durante esta pesquisa. Obrigada tia Ju;

Dedico este trabalho à minha família, o sr Mário Sérgio, meu pai, a qual tenho um sentimento inigualável, sempre me amando e fazendo tudo que pode e o que não pode por mim. A minha mãe, Maria das Graças, a mãe mais cuidadosa do mundo, mulher forte e dedicada, que nos momentos mais difíceis sempre me apoiou e esteve ao meu lado. E a meu irmão Mário Miqueias, por ser um irmão exemplar e me ajudar sempre que necessito;

À meus avós paternos, Absolão (Chico), e a vovó Francisca (Chica) que mesmo com seus problemas de saúde sempre repassou seu sentimento de amor e carinho por mim;

À meus avós maternos, o gatão da Linha de Ferro, vovô Expedito, que sempre demonstrou seu imenso carinho e cuidado comigo desde sempre. E a minha vovó Isaltina, que se hoje estive em nossa presença, tenho certeza que estaria mais que orgulhosa de mim;

Às mais lindas tias. Aldenora, pelos conselhos sempre pensando meu bem. Tia Cilene, pelas lindas mensagens. Tia Didi, por toda ajuda que me deu quando vinha no meu apartamento. Tia Rita, por cada “moinho” de coentro e cada ovo de capoeira que mandava lá do Ceará com tanto carinho. E tia Terezinha, que me ajudou tantas vezes com palavras de carinho;

À Rayane Paiva Bracho Delavega, que foi e é, uma irmã - desde outras vidas, e até a rezadeira de Marizópolis não me deixa mentir – sempre estando comigo, dividindo louças sujas e contas atrasadas, momentos difíceis e inesquecíveis, e histórias que jamais serão esquecidas. Obrigada, minha Ray!

À minha amiga Ellielma Paulino, por sempre estar comigo quando necessito, por me aguentar, conversar por horas me dando conselhos e por ser esse ser humano maravilhoso;

À minha amiga Samille Gonçalves, por ter sido a melhor madrinha de curso, ter feito parte de inúmeros momentos inesquecíveis durante minha jornada neste curso e em minha vida;

À Rosvânia Airam, uma mulher incrível, a qual me inspiro em todos os sentidos. Obrigada pela parceria no período do estágio no HRS e por cada palavra e conselho que foram além desses momentos;

À Consuelo Barreto, que foi para além de Assistente Social da UFCG, foi uma mãe. Acolheu com todo carinho e repassou a segurança que todo estudante necessita no momento de chegada à universidade;

Ao grupo Butantã, grupo este mais lindo da universidade, tendo como componentes: Camila Casimiro, Kamila Bezerra, Kamilla Gomes, Ihane Leite, Iohane, Laelma, Judson e Ray acima já citada;

A equipe de professores do curso de Serviço Social da UFCG, que contribuíram com minha formação acadêmica e influenciaram diretamente na profissional que logo me tornarei;

E, finalmente, às minhas supervisoras de campo de estágio no Hospital Regional de Sousa: Marta Lopes, Mara Oliveira e Francisca Lopes, por cada momento, palavra e ensinamento do qual contribuiu imensamente para minha formação acadêmica e humana.

Por fim, a todos que de alguma maneira contribuíram economicamente ou emocionalmente com essa jornada até então percorrida e com as conquistas até então concretizadas. Meu muito obrigada!

*Quatro filhos, quatro varas,  
Frente a frente, cara a cara.  
E o velho pai lhes ordenou  
Que cada um quebre a sua.  
Depois jogaram na rua,  
Pedacos do que sobrou.*

*Vão buscar mais quatro varas,  
Disse o velho paciente,  
E falou, porém agora,  
Vamos fazer diferente.*

*Juntou as varas na mão,  
Amarrou com um cordão,  
E disse podem quebrar.*

*Botaram força, gemeram,  
Mas ligeiro intenderam  
Que não ia adiantar.*

*E o velho disse meus filhos,  
Essa é a minha herança.  
Não são carros importados  
Nem dinheiro na poupança.*

*Lhes deixo essa lição,  
Caminhar com união  
É nosso melhor transporte,  
Sigam a vida unidos,  
Que jamais serão vencidos  
Pois juntos somos mais fortes.*

*UNIÃO - Bráulio Bessa*

## RESUMO

A saúde mental infantil vigente perpassou inúmeras lutas até se consolidar como política social pública. O histórico do cuidado com a infância e a “loucura” é necessário para compreender o quanto foi reprimida e estigmatizada a saúde mental infantil por parte do Estado e da sociedade. Recorrente da luta do Movimento da Reforma Psiquiátrica, hoje, possuímos uma rede de atenção psicossocial, que preza, sobretudo, pela interdisciplinaridade nos CAPSi. No entanto, essa atuação interdisciplinar por parte da equipe multiprofissional, vem enfrentando desafios à sua efetivação. A referente pesquisa tem como finalidade analisar a atuação interdisciplinar no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil João Paulo II, no município de Sousa/PB. O debate acerca da interdisciplinaridade, com enfoque na saúde mental infantil, é recente e escasso, tornando-o necessário para construir ações que venham a superar desafios presentes na atuação profissional no interior dessas instituições, assim como, contribuir no fortalecimento dos serviços oferecidos. Elaborou-se uma pesquisa de cunho bibliográfico, qualitativo e o método utilizado na pesquisa de campo foi análise de conteúdo, a partir de entrevistas semiestruturadas com quatro profissionais de diversas áreas atuantes na respectiva instituição. Os dados foram advindos em cinco categorias de análise: Instituição, acompanhamento dos casos, precarização, trabalho e rede e interdisciplinaridade. Os resultados advindos desta pesquisa comprovaram o debate erguido durante o decorrer do trabalho, mostrando quais são os desafios à atuação interdisciplinar e qual a importância da mesma para o fortalecimento dos serviços. Complementa-se que, esse trabalho se encontra em construção, uma vez que há uma busca contínua pela efetivação da política de saúde mental infantil brasileira.

Palavras-chave: Política de Saúde - Saúde mental infantil – Interdisciplinaridade



## ABSTRACT

The mental health of children has passed through many struggles until it has consolidated itself as a public social policy. The history of child care and "madness" is needed to understand how much the child and mental health has been repressed and stigmatized by the state and society. Resorting to the struggle of the Psychiatric Reform Movement, today, we have a network of psychosocial care, which prizes, above all, for interdisciplinarity in the CAPSi. However, this interdisciplinary action by the multiprofessional team, has been facing challenges to its effectiveness. The purpose of this research is to analyze the interdisciplinary work in the Center for Psychosocial Care of Infante Juvenil João Paulo II, in the city of Sousa / PB. The debate about interdisciplinarity, with a focus on children's mental health, is recent and scarce, making it necessary to build actions that overcome challenges present in the professional performance within these institutions, as well as contribute to the strengthening of the services offered. A qualitative bibliographical research was developed, and the method used in the field research was content analysis, based on semi-structured interviews with four professionals from different areas in the respective institution. The data were collected in five categories of analysis: Institution, case follow-up, precariousness, work and network and interdisciplinarity. The results of this research proved the debate raised during the discussion of the work, showing what the challenges are to the interdisciplinary action and how important it is for the strengthening of services. It is complemented that, this work is under construction, since there is a continuous search for the effectiveness of the Brazilian mental health.

Keywords: Health Policy - Child Mental Health - Interdisciplinarity

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1– Equipe Técnica.....	62
Tabela 2 – Nível de escolaridade e sexo.....	63
Tabela 3 – Categorias do método de análise de conteúdo .....	63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABP** - Associação de Psiquiatria
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CEBES** - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- DINSAM** - Divisão Nacional de Saúde Mental
- FBH** - Federação Brasileira de Hospitais
- MPAS** - Ministério da Previdência e da Assistência Social
- MS** – Ministério da Saúde
- MTSM** - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NAPS** – Núcleos de Apoio Psicossocial
- OAB** – Ordem dos Advogados do Brasil
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TO** – Terapeuta Ocupacional

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. INFÂNCIA E SAÚDE MENTAL NO BRASIL: RELATOS HISTÓRICOS.....</b>	<b>16</b>
2.1. Relato da infância ao longo da história.....	16
2.2. Breve histórico da saúde mental.....	22
2.3. Contextualização da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	29
2.3.1. Dimensões além da desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica..	36
<b>3. SAÚDE MENTAL INFANTIL E INTERDISCIPLINARIDADE: AVANÇOS E RETROCESSOS.....</b>	<b>39</b>
3.1. Saúde Mental Infantil.....	39
3.1.2. Principais doenças.....	48
3.2. Importância da interdisciplinaridade na Saúde Mental Infantil.....	51
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>57</b>
<b>5. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL JOÃO PAULO II: ANALISE DE DADOS .....</b>	<b>60</b>
5.1 Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil João Paulo II – CAPSi Sousa PB.....	60
5.2 Análise de dados.....	62
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>77</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>83</b>
8.1 Roteiro para entrevista semiestruturada.....	83
8.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84

## 1. INTRODUÇÃO

A efetividade dos serviços ofertados pela política de saúde mental infantil é uma discussão imprescindível em nossa atual conjuntura. Hoje possuímos uma rede pública de atenção destinada exclusivamente ao cuidado da saúde mental na infância, e para seu funcionamento efetivo existe uma série de desafios a serem enfrentados. Dentre os fatores que contribuem para uma melhor atenção à saúde mental na infância, destaca-se o trabalho interdisciplinar. O mesmo possui meios que contribuem na redução de riscos e fragilidade dos serviços prestados a população, porém, é necessário um aprofundamento na temática para melhor compreensão.

O referido trabalho, objetivando a análise do serviço do Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil João Paulo II, visa sobretudo, identificar os desafios à interdisciplinaridade em nossa atual conjuntura, elucidando assim como a atuação interdisciplinar contribui para a política de saúde mental infantil e identificar se há uma efetiva atuação interdisciplinar na instituição contemporaneamente.

É de suma importância levar em consideração o contexto histórico da população usuária deste serviço, pois é notório que o atendimento direcionado a infância brasileira é historicamente paliativo, assistencial, repressor e estigmatizado, tratado pelo Estado ao longo dos tempos como um problema social, desconsiderando o contexto subjetivo do indivíduo. As particularidades contextuais e as práticas/tratamentos utilizados na saúde mental, refletem em nossa atual conjuntura a necessidade de aprofundamento na temática, uma vez que, são escassos os estudos relacionados à saúde mental especificamente na infância, com maior relevância, e os que tratam da importância da interdisciplinaridade como meio indispensável na atuação profissional da equipe dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto juvenis.

Para tanto, trilharemos um caminho no qual a primeira seção deste trabalho se destinará a trazer um resgate de como a infância foi tratada em diversos momentos em nossa sociedade brasileira, sobretudo, assinalando como foi silenciada. Nesta mesma seção, será explicitado como a loucura perpassou estigmas e tratamentos, considerados hoje, verdadeiros absurdos, e de nada se distinguia o trato dos adultos e crianças.

Logo em seguida, visando contemplar as lutas históricas da política de saúde mental, será destacado o marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento este, imprescindível para o modelo de atenção à saúde mental hoje implementada. Todavia, o trabalho visa esclarecer como as dimensões do movimento da Reforma Psiquiátrica, vão além da desinstitucionalização do trato à loucura, buscando não somente romper com práticas manicomiais, mas, apontando para a reinserção social do indivíduo.

O segundo capítulo versará sobre a saúde mental especificamente na infância e a importância da atuação profissional nesta política de maneira interdisciplinar. Serão discutidas questões de como a saúde mental infantil se consolidou política social pública, como era o cuidado com crianças com problemas ligados a mente, e logo em seguida, enfatizaremos as grandiosas conquistas a partir da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente para o campo da saúde mental Infância juvenil. Abre-se espaço nesta seção para a identificação das principais doenças mentais acometidas em crianças no Brasil, uma vez que, estigmas acerca da temática torna-se uma das barreiras atuais em nossa sociedade.

Concernente a este capítulo, será abordado ainda, a relevância da atuação interdisciplinar para a política de saúde mental infantil, interpellando como se tornou caráter primordial na mesma a partir da criação dos Centros de Atenção Psicossociais. Situaremos ainda, os desafios que são postos à atuação interdisciplinar em nossa atual conjuntura, para melhor compreensão dos rebatimentos sociais na efetividade da política destinada as crianças e adolescentes usuárias dos serviços de atenção à saúde mental.

O trabalho possui ainda, uma seção destinada à metodologia utilizada, com o intuito de esmerar a compreensão do método e técnicas utilizados no desenvolver da pesquisa, assim como sua qualificação de caráter. Aqui será explicitada a instituição onde foi realizada a pesquisa, como se deu a entrevista realizada, e o método de análise dos dados colhidos. Foi realizada uma pesquisa semiestruturada sendo o método utilizado análise de conteúdo de Laurence Bardin.

Em seguida serão explicitados os dados colhidos na pesquisa, através da entrevista realizada com quatro profissionais de áreas distintas atuantes no Centro de Atenção Psicossocial Infância Juvenil João Paulo II em Sousa/PB. As percepções a partir da pesquisa contribuirão para a compreensão de como a interdisciplinaridade encontra-se implementada atualmente pela equipe multiprofissional da citada

instituição. As categorias a serem discutidas são referentes à precarização da instituição, ao funcionamento da rede de serviços, e à interdisciplinaridade na atuação profissional da equipe multiprofissional.

Por fim, foram tecidas nossas considerações finais. A partir da pesquisa constatamos que, a política se encontra com inúmeras fragilidades, e diante disso uma reflexão crítica a despeito das questões abordadas foi levantada, com intuito de contribuir para a melhora nos serviços ofertados pela instituição. Ressalta-se que, a pesquisa não se dá por concluída, tornando-se elemento contributivo para a busca por melhorias na efetivação da referente política.

## 2. INFÂNCIA E SAÚDE MENTAL NO BRASIL: RELATOS HISTÓRICOS

Neste capítulo abordaremos a trajetória de como a infância brasileira foi tratada ao longo dos tempos, perpassando os estereótipos e os aspectos principais desse contexto de marginalização. Abordaremos ainda os tratamentos inadequados sobre a loucura, até elucidar a importância do movimento da Reforma Psiquiátrica para as conquistas da saúde mental no Brasil. Faz-se necessária essa contextualização para melhor compreensão da dívida social com relação à saúde mental brasileira, visto que, contemporaneamente a mesma enfrenta desafios e é pouco acompanhada e estudada pelos serviços e profissionais da área.

### 2.1 Relato da infância ao longo da história

Vivemos em uma sociedade contemporânea na qual direitos são assegurados constitucionalmente, não obstante, direitos relacionados à infância também se aplicam, como a exemplo do direito à saúde, que se faz primordial. Entretanto, ser criança e possuir seus direitos garantidos em nossa atual conjuntura social, envolve um complexo de infinitas particularidades. Assim podemos distinguir facilmente “ser criança”, de “possuir uma infância adequada”.

Vejam, a palavra *infância* possui seu significado referente à *ausência de fala*, sendo uma qualidade ou estado de “infante”, que significa *aquela que não fala*, ou a palavra “constrói-se através dos prefixos e radicais linguísticos que compõem a palavra: *in* = prefixo que indica negação; *fante* = prefixo presente do verbo latino *fari*, que significa *falar, dizer*.” (LAJOLO, 2011, p.229). Destarte, de acordo com o significado linguístico da palavra, identifica-se que infância se traduz como a “falta de fala”, “negação de fala”.

A despeito disso, essa reificação da infância se demonstra paralela ao contexto de omissão em que as crianças se situaram durante toda a história no Brasil, envolvidas em contextos sociais desfavoráveis e tendo em vista, como assegura NASCIMENTO (2016, p.3) que “a infância é um fenômeno histórico e não meramente natural”. Podemos identificar então infinitas carências que a infância brasileira vivenciou e ainda vivencia.

Partindo de uma contextualização histórica, em que dados foram retirados de fontes documentais e trabalhados de maneira crítica por estudiosos da área, a



exemplo de Mary del Priore com o clássico *História das Crianças no Brasil*, e Irene Rizzini com *A Arte de Governar Crianças*, entre outros citados no decorrer do trabalho, pode-se observar que, as crianças brasileiras, desde os primórdios da descoberta de nosso país por volta de 1500, foram tratadas de diversas formas e assim podemos traçar considerações que apontam um trato marcado por assistencialismo, crueldade e esquecimento.

Referente à história da infância brasileira, desde a chegada dos portugueses, nas terras então descobertas como Brasil, temos relatos de que crianças se encontravam em condições não favoráveis. De acordo com RAMOS (2013), ainda nesse período, crianças subiam a bordo das embarcações marítimas na condição de pajens e grumetes, como órfãos do Rei, passageiros embarcados em companhia dos pais ou de algum parente. Durante a navegação esses “miúdos” - como eram denominados - mesmo acompanhados da presença dos pais, eram inúmeras vezes abusados sexualmente por marujos e expostos a situação de trabalho infantil.

A taxa de mortalidade na época era registrada como altíssima, na qual a expectativa de vida de idade média das crianças portuguesas era em torno de 14 anos de idade, sendo que metade dos que nasciam, morriam antes mesmo que completassem sete anos, como salienta Ramos (2013). Ainda segundo o autor, isso fazia com que se utilizassem dos pequenos ao máximo possível enquanto durassem suas reduzidas vidas, sendo-os comparados com animais de trabalho.

Possuímos marcos de uma infância que mal aportou em terras brasileiras, já se encontrava submetida a situações impiedosas, em que adultos utilizavam os pequenos como meros objetos, tanto para o trabalho, quanto para quaisquer outras utilidades.

Perante esse primeiro momento, podemos notar que, desde esse período as crianças não possuíam uma infância considerada adequada diante das contextualizações e particularidades presentes em suas vidas e atos considerados hoje ilegais, a exemplo do rapto de menores, eram legitimados na época.

Essas condições de vida, em que meninas de 15 anos eram consideradas aptas para o casamento e meninos de 9 anos considerados prontos para inserção no trabalho pesado, geravam grandes consequências na vida dessas crianças, pois esse “cotidiano infantil a bordo das embarcações portuguesas era extremamente penoso para os pequeninos” (RAMOS, 2009, p.48), levando em consideração a

violência sofrida pelas mesmas, gerando traumas que acarretariam em futuros problemas de cunho psicológico.

Nesse período do século XIV, os padres passam a pensar a infância como uma “cera branda”, a qual poderiam introduzir a fé e as virtudes cristãs desde muito cedo nessas crianças, como elucida Priore (2013). Não muito distante dessa realidade, encontravam-se ainda os filhos de negros escravos trazidos da África para nosso país (diga-se de passagem, a escravidão é uma marca que afetou não apenas nossa história, mas principalmente nossa infância brasileira). Desse modo, traz-se nesse histórico, a realidade das crianças filhas de índios, portugueses e negros que viveram no Brasil nesse período.

Aos “maus criados” restava o castigo físico como forma de correção. Nesse período os padres jesuítas introduziram essas atitudes de violência física como meio de corrigir práticas consideradas erradas, realizadas pela criança, na busca de ensinar o respeito e obediência. Acreditavam que “mimar” a criança fazia mal para elas.

Na cultura indígena não era comum tratarem as crianças com correções de castigo físico e agressões, “açoites e castigos”, o que, para Priore (2013), causava horror aos índios verem essas atitudes, assim como também esses ensinamentos dos jesuítas ficavam “gravados na memória da criança constituindo-se numa autêntica bula de moral e valores comuns” (PRIORE, 2013, p.100).

É importante observar que esses castigos contribuíram historicamente para o desenvolvimento e formação de atitudes e valores que foram incorporados por essas crianças, entretanto, a violência física nada mais ensina do que a reproduzir a própria violência, assim esses indivíduos cresceram naturalizando esses ensinamentos.

Durante o período escravista no Brasil, as crianças negras foram praticamente ignoradas, como ressalta Scarano (2013), havendo poucos registros sobre como era o cotidiano desses pequenos. No entanto, podemos observar que não somente as crianças negras, mas a infância de modo geral era ignorada, pois a grande importância que se dava eram os assuntos políticos e econômicos, assim como podemos observar nos escritos que datam a época. “A importância da criança é vista como secundária, os assuntos que interessam são o fisco, os problemas e tudo aquilo que parecia afetar diretamente os governantes” (SCARANO, 2013, p.108),

sendo um mundo apenas de interesses adultos, relacionados apenas a política e economia, verificando-se uma desvalorização das questões relacionadas à infância.

As principais formas de atendimento a crianças e adolescentes rejeitadas, abandonadas ou sem família, no século XVI, baseou-se por meio da criação da Casa de Expostos e das Santas Casas de Misericórdia. Durante esse momento, a infância rejeitada – filhos fora do casamento, pobres ou abandonados – se tornou responsabilidade das Câmaras Municipais.

A despeito disto, Rizzini e Pilotti (2011) assinalam que, nesse período foi criado o sistema da Roda no Brasil, essa roda seria “um cilindro giratório na parede que permitia que a criança fosse colocada da rua para dentro do estabelecimento, sem que pudesse identificar qualquer pessoa”. (RIZZINI; PILOTTI, 2011, p.19). No entanto, na Casa dos Expostos, os índices de mortalidade eram altíssimos, resultado das precárias condições de higiene, alimentação e outros cuidados como ainda salienta Rizzini e Pilotti (2011). Registros acerca do tratamento dado a infância nesses ambientes demonstram em grande maioria violência e exposição das crianças ao trabalho.

Por volta do século XVIII, houve um enorme aumento no crescimento populacional e a grande contribuição para esse acontecimento foi o número de filhos que nasciam de brancos com outras etnias. Essa “mistura” gerou um número de mulatos e de mestiços que compreenderam no final do século ao maior grupo populacional da capitania, como faz notar Scarano (2013). Logo mais essas crianças formaram um grupo denominado de crioulos, e não possuíam condições de vida adequada devido à enorme desigualdade social.

Por volta do século XIX, o grande problema se caracterizou pela quantidade de morte de crianças. Os motivos eram em grande maioria a falta de medicação, vacinas e cuidados médicos após crianças adquirirem doenças. Foi então que, os cuidados com a higiene infantil se tomou forma. Os cuidados eram a base de banhos frios e utilização do pente fino, pelo fato de na época, o piolho ser uma grande ameaça às crianças, sendo denominado “bichos de cabeça” segundo Priori (2013). Esse momento é marcado pelos atos de higienização que aumentaram nesse período devido à preocupação dos higienistas.

A infância nesse momento fica submetida aos asilos. Crianças abandonadas que fugissem do controle da família ou que ameaçassem a ordem pública, eram recolhidas em asilos de cunho religioso, e mantidos a base de doações ou poderes

públicos. A caridade e filantropia se fazem presente mais uma vez no cuidado com a infância abandonada como podemos observar. De acordo com Rizzini e Pilotti (2011), a prática do internato perdurou até a década de 1980, sendo questionada e discutida apenas nesse momento.

Transitando para século seguinte, mais precisamente o século XX, a imagem da infância se transforma. Já se mostrava preocupante a situação de crianças escravas e pobres cometendo pequenos furtos, então se passou a ter uma preocupação maior com crianças que se encontravam em situação de “vagabundos”, independentes de cor ou classe social.

De acordo com Santos (2010), a cidade de São Paulo em especial, passou a ter uma enorme preocupação com o grande número de “menores criminosos” que vinham ameaçando principalmente a ordem pública e a tranquilidade das famílias do estado. Os crimes comuns praticados por esses “menores”, diferentemente dos adultos, eram de “desordem”, “vadiagem”, furto ou roubo, e se comparados com os crimes cometidos por adultos, eram números mínimos, contudo, os juristas logo interpretavam de forma a traduzir que a solução seria o trabalho campestre. Importante salientar que o pensamento liberal acerca do “bem” que o trabalho traria para a vida dessas crianças, se faz presente nesse momento, se tornando “principal recurso para a regeneração daqueles que não se enquadravam no regime produtivo vigente” (SANTOS, 2010, p.216).

Ou seja, o trabalho seria o meio pelo qual esses jovens consagrados criminosos seriam “ressocializados”. Através do trabalho aprenderiam valores morais e retomariam suas vidas. Foram construídos alguns institutos disciplinares, principalmente no estado de São Paulo, a exemplo do Lyceo do Sagrado Coração de Jesus, o Abrigo de Santa Maria, o Instituto D. Ana Rosa e o instituto D. Escholastica Rosa, na cidade de Santos, conforme Santos (2010). Contudo, os juristas reclamavam a construção de uma instituição de caráter público especificamente para tratar da recuperação desses “jovens delinquentes”.

A infância passa então a ver-se nas mãos dos tribunais, das casas de correção e dos reformatórios a partir de então. “Na década de 1920, consolidou-se a fórmula Justiça e Assistência para os menores viciosos e delinquentes.” (RIZZINI; PILOTTI, 2011, p. 23). Nesse momento, Juízo de Menores e a Polícia passam a decidir o futuro desses pequenos, encaminhando-os para as casas de correção ou para colônias correcionais. Contudo, observa-se que, o verdadeiro intuito era de

retirar esses “elementos” da rua, realizando uma “limpeza” como salienta Rizzini e Pilotti (2011).

Consoante Frota (2007, p.153), “No Brasil moderno surgiu um termo que conceitua bem a criança desvalida: 'menor.'”, os quais eram considerados aquelas crianças e adolescentes pobres ou com famílias desestruturadas, o que remetia a serem menores em situação de risco para a sociedade. Esse motivo levou a elaboração do Código de Menores de 1927, primeiro código a tratar desses jovens, entretanto, de forma punitiva e institucionalizada, e foi-se assim durante muito tempo. De acordo com Romão (2016), o código dividiu os menores em dois grupos: abandonados e delinquentes.

No entanto, a despeito deste primeiro código, o mesmo foi substituído no ano de 1979. Segundo Rizzini e Pilotti (2011, p. 28), “O Novo Código de Menores veio a consagrar a noção do “menor em situação irregular”, a visão do problema da criança marginalizada como uma “patologia social”.”. Diante essa nova concepção, a criança ou adolescente que cometesse algum ato infracional era posta ao Juiz de Menores à intervenção, esse mesmo decidindo qual seria sua pena. Entretanto, fatores externos como seu contexto social ou qualquer outra particularidade, era desprezada, cabendo apenas ao “menor” acatar a sentença.

Tão somente a partir da década de 1990, com a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente, a visão sob a infância se modificou.

Com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, o termo "menor" foi abolido, passando a definir todas as crianças como sujeito de direitos, com necessidades específicas, decorrentes de seu desenvolvimento peculiar, e que, por conta disso, deveriam receber uma política de atenção integral a seus direitos construídos social e historicamente. (FROTA, 2007, p.153).

Com a promulgação do estatuto, enfim temos a modificação da doutrina da situação irregular, que antes era utilizada, para a doutrina da proteção integral. A mudança atinge a raiz, o antes denominado “menor” retoma seu lugar de criança. O ECA passa a tratar toda e qualquer criança e adolescente como sujeito em desenvolvimento e portador de direitos fundamentais como a saúde e educação, tratando particularmente da desinstitucionalização desses indivíduos.

Podemos identificar claramente que o cuidado com as crianças ao longo da história do país até o então exposto, foi marcado por omissão do Estado e por

condições de desigualdade de diversas formas, gênero, raça, etnia, entre outras particularidades sociais.

Contemporaneamente, diante dos aparatos legislativos, possuímos conceitos distintos do que outrora era considerado ser criança e possuir infância. No entanto, verifica-se que, a infância brasileira foi marcada por claras desigualdades ao longo dos anos e se a situação de uma criança pobre, negra ou considerada “criminosa” era “desagradável” perante a sociedade, crianças com problemas ligados à mente eram consideradas uma forma de ameaça ainda maior, pois, somando-se a essa condição de marginalidade, ao longo dos tempos, inúmeros estigmas foram criados sobre a “loucura”.

Diante este motivo, faz-se necessária uma explanação acerca da história da loucura, com o intuito de contribuir na compreensão de como a saúde mental foi tratada ao longo dos tempos e como a infância se encontrou inserida em meio esse contexto de exclusão.

## **2.2 Breve histórico da saúde mental**

A saúde mental hoje entendida como problemas ligados a mente e ao psicológico nem sempre teve esse conceito. “O conceito de loucura é uma construção histórica, antes do século XIX não havia o conceito de *doença mental* nem uma divisão entre razão e loucura.” (MOURA, 2011, online). Não obstante, o louco foi considerado ao longo dos tempos como o ser insano e perigoso para o resto da sociedade, e que deveria ser conservado distante da mesma. “O louco é reconhecido, pela sociedade, como estranho a sua própria pátria: ele não é libertado de sua responsabilidade; atribui-se-lhe, [...] uma culpabilidade moral; é designado como sendo o Outro, o Estrangeiro, o Excluído” (FOUCAULT, 2012, p.134).

Ainda no período do Brasil colônia, era bastante comum “práticas mágicas”, vinculação a espíritos malignos e rituais que faziam parte da ação “terapêutica” do pajé, que era o chefe da tribo. Não compreendiam os problemas mentais como ligados à saúde mental, e simplesmente associava-se qualquer problema mental a forças divinas, bruxaria ou fenômenos sobrenaturais. E foi assim durante todo esse período, ficando essa população a mercê de qualquer tratamento adequado, como assinala Ribeiro,

Durante todo o período colonial não se verificou qualquer atenção específica a doentes mentais; quanto às demais enfermidades, a população contava para seu tratamento com vários profissionais, desde os curandeiros com suas raízes e bezenduras até os cirurgiões formados em escolas na Europa. (RIBEIRO, 2006, p.16).

Já no século XVIII, as pessoas com doenças mentais eram tratados nas Santas Casas da Irmandade de Misericórdia, de maneira filantrópica e religiosa, servindo apenas como amparo social para a população mais carente. De acordo com Ribeiro (2006), somente no início do século seguinte é que essas casas passam a ter locais específicos para doentes mentais, denominados de “casinhas de doidos”. Podemos observar, nesse primeiro momento, que não há nenhuma organização, nenhuma estruturação ou até mesmo disposição para cuidar dos ditos “loucos”, visto que o que se verifica é a benevolência da igreja para com as classes sociais mais desfavorecidos socialmente por meio de caridade e filantropia.

Temos que levar em consideração que, no Brasil especificadamente, o país passava por transformações sociais e econômicas e a institucionalização da loucura também ocorreu, assim como em outros países, com a criação de instituições para os “alienados”. No início do século XIX, os ditos *loucos* eram encontrados em todos os lugares: nas ruas, nas prisões e nas chamadas “casas de correção”, em asilos de mendigos e, ainda, nos porões das Santas Casas de Misericórdia, conforme salienta Amarante (1998).

Somente no século XIX, quando a psiquiatria se desenvolve e chega ao Brasil, é que teremos estudos referentes à saúde mental e a construção dos hospitais psiquiátricos. Contudo, como se observa, esses estudos careciam de fundamentação científica, de especialidade e, especialmente, de humanização, tendo em vista que esse pensamento se constrói a partir de experiências vividas dentro dessas instituições em que eram observados atos cruéis e desumanos.

Conforme foi dito, por volta desse século, surge a psiquiatria e junto com ela os hospitais psiquiátricos em nosso país. A primeira construção dessas instituições foi na cidade do Rio de Janeiro, o Hospício Pedro II. Todavia, “além do Hospício de Alienados Pedro II, durante o Segundo Reinado foram ainda criadas instituições que se denominavam “exclusivas para alienados” em São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará” (ODA & DALGALARRONDO, 2005, p. 985-986).

Em uma sociedade formada à base de desigualdades sociais e escassez de estudos acerca da loucura, o “louco” poderia ser qualquer indivíduo que fugisse aos padrões comportamentais impostos - a exemplo de prostitutas, mendigos, usuários de substâncias psicoativas, infratores, mulheres que iam contra os ditames da igreja e eram consideradas “bruxas”, e inclusive, crianças que fossem “delinquentes” - e a forma de contenção desses ditos “loucos”, era o isolamento social como forma de tratamento, como salienta Costa (2015).

Foi designada então, uma cultura de indivíduos com transtornos mentais que não dividissem o mesmo espaço com os demais segmentos da sociedade, tendo o verdadeiro interesse em não tratar a doença ou diminuir o sofrimento vivido por eles, mas sim, afastá-los do convívio social.

Na realidade, a grande verdade que pairava sobre aquela época, era a de isolar os doentes mentais com o resto da sociedade e dos grandes centros urbanos. Mesmo que as justificativas fossem de criar melhores condições e um ambiente adequado para a reabilitação dos enfermos, as colônias e hospícios se deterioravam e lotavam com o tempo, há de se destacar que parte deste problema vinha do modelo manicomial da época, e da falta de recursos necessários que eram disponibilizados pelo governo. (COSTA, 2015, p.85).

Em síntese, a história do cuidado a saúde mental no último século pode ser descrita em três períodos de acordo com Thornicroft (2010), sendo o primeiro assinalado pela construção ou nascimento dos asilos, o segundo período pode ser caracterizado pelo declínio da instituição asilo, e só então teremos o terceiro período, que é marcado pelo desenvolvimento do cuidado à saúde mental de maneira descentralizada e através de políticas específicas.

Essa institucionalização da doença mental - os inúmeros locais destinados aos “alienados” - eram construídos distantes das casas dos pacientes com anormalidades clínicas e sociais, e nessas instituições eram oferecidos contenção custodial e provisão das necessidades básicas. De acordo com THORICROFT (2010, p.21), “os asilos, portanto, atuavam como depósitos para aqueles considerados intratáveis ou socialmente desviantes.”.

As principais características desse primeiro momento, de acordo com Thoricroft, são a construção de novos asilos e o aumento de leitos nos que já existiam. O papel da família era reduzido, havendo o afastamento da presença da



família no cotidiano do dito “louco”. Com relação às equipes que trabalhavam nessas instituições, a formação era apenas de médicos e de enfermeiros e havia uma primazia da contenção sobre o tratamento do indivíduo. Esses pacientes eram trazidos de diferentes regiões do país, a nível geográfico nacional e regional, para um único grande hospital que se situava em localidades remotas.

Os registros sobre como funcionavam essas instituições não são agradáveis. No entanto, após 1950, em vários países, nesse segundo momento, houve a construção de grandes hospitais psiquiátricos devido às mudanças sociais, farmacológicas e administrativas, como ressalta Thoricroft (2010). A principal causa dessa mudança no trato à saúde mental, assim como os padrões de tratamento, foi que, “a partir de meados de 1950, uma crescente e forte opinião sociológica emergiu. Essa visão criticava os efeitos nocivos da internação prolongada em grandes instituições psiquiátricas.” (THORICROFT, 2010, p.25). Finalmente foi possível observar uma preocupação com o desenvolvimento de estudos relacionados à internação desses indivíduos e pesquisas realizadas por estudiosos da área da sociologia e psicologia. No entanto, as práticas abusivas e coercivas ainda foram bastante utilizadas.

No segundo momento, podemos destacar que houve uma redução no número de leitos e um pequeno aumento no reconhecimento do papel da família. De acordo com THORNICROFT (2010), em controvérsia, o poder público diminuiu o investimento em serviços de saúde mental, porém, no campo dos estudos, as disciplinas de psicologia clínica, terapia ocupacional e trabalho social evoluem, havendo o surgimento de tratamentos considerados efetivos.

No estado de Minas Gerais, especificamente na cidade de Barbacena, em 1903 é inaugurado o maior hospício de nosso país, assim denominado Hospital Colônia de Barbacena. De acordo com Arbex (2013), essas pessoas eram colocadas em um trem sem seu consentimento e ao chegarem ao local eram despidas, tinham seus documentos queimados e as cabeças raspadas. Estima-se que cerca de 60 mil pessoas morreram no local e o mais perturbador é que,

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade

antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. (ARBEX, 2013, p.13).

Expõe-se aqui, como no Brasil a situação de “louco” era caracterizada. Uma sociedade marcada por desigualdades e padrões sociais, principalmente pela divisão de classes, o que obrigava a quem não pertencesse ou se enquadrasse em seus padrões a ser excluído do convívio dos demais.

Inúmeras pessoas eram mantidas em situação desumana - inclusive crianças, tanto com problemas mentais como físicos, que eram rejeitadas pela família - sendo submetidas a condições de humilhação, fome e principalmente, privação da liberdade. Centenas desses indivíduos sequer eram diagnosticados com transtornos mentais, e assim eram mantidos na situação de “loucos” e transtornados.

O Hospital Psiquiátrico de Oliveira, na cidade de Oliveira em Minas Gerais, logo mais passou a se chamar de “Hospital Djalma Pinheiro Chagas”, que em 1976 foi comunicado seu fechamento – devido a barbaridades ocorridas em seu interior como a exemplo de estupro de crianças entre outros acontecimentos - “trinta e três crianças de Oliveira foram enviadas para o Colônia, em Barbacena.” (ARBEX, 2013, p.78).

Pensou-se que as condições seriam melhores no Colônia, entretanto, de acordo com Arbex,

Em Barbacena, elas passaram a dividir com os outros pacientes as condições degradantes do hospital. E, apesar de existir uma ala infantil, ela era tão desbotada quanto as outras. A diferença é que lá, em vez de camas de capim, havia berços onde crianças aleijadas ou com paralisia cerebral vegetavam. Ninguém os retirava de lá nem para tomar sol. Quando a temperatura aumentava, os berços eram colocados no pátio, e os meninos permaneciam encarcerados dentro deles. (ARBEX, 2013, P.79).

A infância em Barbacena não se distinguia dos demais hospícios brasileiros. Crianças eram submetidas a situações de verdadeiro descaso, colocadas em lugares impróprios e sem nenhum cuidado especial. O que mais chama a atenção eram as situações em que esses indivíduos eram postos, os tratamentos errôneos, a falta de profissionais qualificados, de estudos sobre doenças mentais e a negligência

do Estado e do poder público. Entre adultos encontravam-se as crianças, e muitos deles sem nenhum problema mental eram submetidos a verdadeiros absurdos.

Em conformidade com o acima exclamado, Arbex (2013) relata que,

Hiram Firmino, jornalista de Belo Horizonte, o segundo do país a entrar no Colônia, em 1979, ficou tão impressionado com a cena, que perguntou a uma secretária o que aconteceria com eles, caso alcançassem a idade adulta. A resposta foi dura como um golpe de navalha. — Ué? Eles morrem. (ARBEX, 2013, p.79).

Não se distinguia o trato das crianças ao dos adultos. Métodos de tratamento que hoje são considerados verdadeiros absurdos inaceitáveis, na época eram considerados necessários e importantes. Tornava-se indubitável qual seria o futuro desses pequenos nesses lugares, uma vez que sem nenhuma forma de cuidado específica, tratamento adequado e estudos aprofundados sobre a saúde mental na infância, conseqüentemente só restava-os a morte.

Em relação aos tratamentos utilizados nos manicômios e asilos, podemos caracteriza-los de início como inadequados, sendo hoje considerados verdadeiras atrocidades com o ser humano, visto que eram realizados procedimentos que se aproximavam de tortura, tanto física quanto mental. Em casos de pacientes realmente diagnosticados com transtornos mentais, o quadro muitas vezes era agravado de acordo com Arbex (2013).

Os tratamentos muitas vezes tinham um segundo propósito, por exemplo o “tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidação.” (ARBEX, 2013, p. 31). Além desses métodos de “cura”, a lobotomia (explicado mais adiante) era também um dos métodos utilizados, sendo considerado um dos mais violentos e agressivos.

De acordo com o Ministério da Saúde, em sua página virtual sobre Memória da Loucura, dentre os tratamentos utilizados na história da saúde mental no Brasil, o mais comum era o uso da camisa-de-força, a qual possuía longas mangas fechadas que serviam para amarrar nas costas, impedindo qualquer movimento violento, deixando o paciente imobilizado e inofensivo.

No entanto, nem todos os tratamentos eram apenas à base de imobilização, a exemplo das *convulsoterapias*, que era o “tratamento no qual o paciente era submetido à indução de convulsões por inalação de cânfora indicado para o

tratamento dos quadros de psicóticos, baseada na crença de que a epilepsia e a psicose seriam moléstias antagônicas e excludentes, por volta de 1600.” (BRASIL, 2004, p. 21).

Outros tratamentos utilizados eram a denominada *eletroconvulsoterapia*, que era à base de choques por meio de correntes elétricas, e a *Lobotomia*, “tratamento cirúrgico na qual o médico destruía a substância branca dos lobos temporais do cérebro, provocando uma mudança na personalidade do paciente [...] No Brasil a técnica foi abolida em 1955”. (BRASIL, 2004, p. 21).

E por fim, tínhamos a *Psicofarmacologia*, que era o tratamento a base de medicamentos que diminuem a agitação motora e ainda hoje é utilizado. Esses tratamentos eram utilizados em pacientes diagnosticados ou não com problemas mentais, sem restrição de idade ou gênero.

A história da saúde mental em nosso país é complexa, todavia, não podemos deixar de levar em consideração as particularidades históricas de cada período, tendo em vista que houve avanços progressistas, lentos, mas houve. Diante do que se fez presente até o momento, podemos observar que a marca de omissão do Estado esteve presente na construção do que se tem hoje como sociedade.

Com relação à saúde mental e sua efetivação, podemos destacar o quanto cruel foi tratada essa questão, produzindo verdadeiros atos inadmissíveis para com o ser humano, mulheres, homens, idosos e principalmente, com crianças que vivem uma fase de formação psíquica que precisa se desenvolver de maneira saudável e adequada. No entanto, será que algo mudou no quesito a essas práticas e tratamentos com as crianças e adolescentes, principalmente os portadores de problemas mentais? O Estado passou a tratar a infância e a saúde mental de maneira eficiente e humana?

Diante esses questionamentos que se fazem presentes nesse momento, pode-se de início afirmar que, em meio a esse contexto social ocorreu um movimento que teve suma importância para as mudanças no trato da saúde mental no país, o movimento denominado Reforma Psiquiátrica Brasileira, caracterizando o terceiro período referente à história de cuidado relacionados à saúde mental.

Ao discorrer do estudo aprofundaremos sua proposta diferenciada de tratamento e suas lutas em prol de mudanças e avanços na saúde mental, assim como serão explicitados outros movimentos que fizeram parte e tiveram suas contribuições para a atual política de saúde mental infantil.

### 2.3 Contextualização da Reforma Psiquiátrica no Brasil

O caminho percorrido pela política de saúde mental é longo. Podemos elucidar inúmeras lutas sociais e movimentos que deram subsídios para o modelo de política que temos contemporaneamente, principalmente no que tange a saúde mental infantil e as formas de tratamento que hoje são consideradas adequadas.

O modelo de assistência psiquiátrica utilizado no país possuía sua base predominante calcada em preceitos arcaicos, o que implicou na elaboração de um novo modelo, pois o antigo modelo que, “propõe, fundamentalmente, a hospitalização e o asilamento do doente mental, visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública.” (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 50), encontrava-se falido e com sua base ideológica já desmistificada, resultando em reivindicações por um novo método de tratamento da saúde mental.

As particularidades desse modelo arcaico deu início ao debate de defesa do projeto de “desinstitucionalização da loucura”, ou seja, desmistificar a questão da loucura do campo da institucionalização que era inserida até então. Durante toda a história, o “louco” era mantido afastado da sociedade e tratado de maneira asilar e institucional, o que muitos estudiosos da área condenavam como práticas.

Segundo Amarante (1998, p.49), “O que agora estava em jogo neste cenário dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução á doença”. A loucura até o momento pensada de maneira reducionista, tratada como patologia, passa a ser questionada em seus aspectos práticos, em seus estudos e principalmente, nos discursos que eram reproduzidos acerca da mesma.

Antecessor a década de 1970, o país possuía suas principais características calcadas no autoritarismo e na privatização, devido ao Regime Militar encontrar-se instalado no país, o modelo do momento era baseado no “incremento financeiro governamental com a infra-estrutura econômica e forte redução nas políticas sociais. As reformas realizadas nesse sentido, além de favorecerem a acumulação capitalista, submeteram o Estado às regras do capital privado.” (ESCOREL, 2008, p.385). Nesse período as políticas direcionadas à saúde sofriam fortes rebatimentos,

pois o modelo vigente presava pela redução de gastos com políticas sociais em geral.

Outrora, devido ao tênue momento em que a saúde brasileira se encontrava situada, profissionais da saúde, compartilhando do referencial médico-social, dão início ao Movimento Sanitário, que de acordo com Escorel (2008), visava a “transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania.” (ESCOREL, 2008, p.392).

Essa conjuntura teve rebatimentos nos aspectos econômicos, sociais e políticos, especialmente na saúde do país. Diante dessa esfera que se formara, houve a gênese de inúmeros movimentos sociais em favor de reivindicações por melhorias em diversas áreas.

Alguns movimentos surgem em defesa da saúde mental e o engendramento dos mesmos dá início a denominada Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento este, que apontou as bases inconventionais do modelo clássico da psiquiatria e tomou o desafio da desinstitucionalização da loucura, como afirma Gonçalves (2001).

A Reforma Psiquiátrica teve, para sua gênese, como fundamental influência o envolvimento de entidades, movimentos sociais, militâncias e instituições. Apesar disso, Amarante (1998) afirma que, dentre os diversos protagonistas dessa luta se destacam: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), os Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos e o Movimento de Renovação Médica (Reme), Rede de Alternativas à Psiquiatria, Sociedade e Psicossíntese, a Associação de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), o Estado por meio dos órgãos representativos da saúde, a exemplo do Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e da Assistência Social (MPAS).

A participação dessas instituições, movimentos e entidades foram de alta relevância para formar o movimento da Reforma Psiquiátrica, pois cada um deu voz e força para que fosse notado o envolvimento e as reivindicações em prol da saúde mental no país, pois o contexto social, político e econômico em que se situava o Brasil, nesse período temporal, exigia uma organização estruturada e ativa.

Importante ressaltar que, de acordo com Amaral (1998), no ano de 1978 houve uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) – órgão do Ministério da Saúde responsável por formular políticas de saúde mental – ao ter 260 estagiários e profissionais demitidos, os mesmos deflagraram greve. No entanto, desde a década de 1950 suas condições de trabalho já se encontravam precárias, vinham ocorrendo inúmeras denúncias de violência e mortes e não havia concurso público para a contratação de novos profissionais. Essa estrutura que se formara, culminou na crise do órgão e é consagrada por Amaral (1998), como o estopim para o início da Reforma Psiquiátrica.

Havia inúmeras características pela qual se necessitava uma “reforma” no trato da saúde mental no país, entretanto, inicialmente, os movimentos eram direcionados a críticas sobre as condições precárias de trabalho em que os profissionais estavam sujeitos. Logo em seguida, irregularidades ocorridas nesses hospitais foram explicitadas para a população em geral, o que fez com que outros profissionais aderissem ao movimento.

Ordenando em uma periodização histórica, o primeiro período da Reforma Psiquiátrica no país é marcado pela mobilização da sociedade civil que é contra o modelo asilar e genocida que era implantado até então. Temos o nascimento do MTSM que, juntamente com outros movimentos populares, se constituíram a partir de articulações realizadas em congressos de psiquiatria e do Movimento de Renovação Médica, de acordo com Vasconcelos (2013).

O MTSM visava se constituir em um espaço de luta não institucional, como destaca Amarante (1998), com um debate específico sobre a temática e elaborando propostas de transformação da assistência psiquiátrica. Destaca-se nesse cenário, pois, “inicia um forte processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes na época” (VASCONCELOS, 2013, p.22).

Nota-se uma preocupação emergente sobre a assistência que era dada a saúde mental nessa época justamente por surgir estudos que visavam transformar esses métodos de tratamento. Diante desses empasses, o movimento organizou reuniões, encontros com trabalhadores da área da saúde mental e de setores mais amplos da sociedade.

As principais reivindicações, de acordo com Amarante (1998), se situavam nos aspectos de melhores salários, formação de recurso humano, relações entre instituição, clientela e profissionais, modelo médico assistencial, condições de

atendimento. Mesmo em meio a tantas dificuldades, o movimento buscou alianças com outros movimentos, planejando reuniões e eventos que contavam com a presença do CEBES, do sindicato dos médicos, da OAB entre outros.

No ano de 1978 tivemos a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que ficou conhecido como o “Congresso da Abertura”, esse evento foi de suma importância para a saúde mental nacional, pois possuiu um caráter de organização e discussão ideológica e política, que criticava o regime imposto e se declarava em prol de mudanças.

Neste mesmo ano, é realizado o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que trouxe uma relevância ainda maior, pois possibilitou a vinda ao país de mentores de cunho internacional, que contribuíram imensuravelmente para grandes debates e polêmicas, como a vinda de Franco Basaglia, o qual foi um importante psiquiatra, que promoveu uma reforma no modelo de assistência à saúde mental na Itália, de acordo com Vasconcelos (2013). O principal debate foi acerca da denúncia do caráter elitista, entre outros debates de alta relevância, na qual se torna notório o caráter de como a loucura era tratada de maneira divisória de classes, distinguindo facilmente o “louco pobre” do “louco rico”.

A despeito deste primeiro momento, Vasconcelos (2013) afirma que, as reivindicações inicialmente se situavam em torno de denúncias e principalmente mobilização em prol da humanização dos hospitais psiquiátricos da rede pública e privada, pois em denúncias feitas destas instituições, era possível compará-las com campos de concentração.

Um desafio que também se faz presente a saúde mental é a denominada “Indústria da loucura”. De acordo com Lobosque (2001, p.15), a indústria da loucura é “de todo, um processo de mercantilização da saúde”. Isto é, para a indústria farmacológica, a comercialização de medicamentos psicoativos significa lucratividade. Dessa maneira, a indústria da loucura se fazia consistente, inclusive pelos convênios com a rede privada, assim como eram reivindicados a expansão e organização dos serviços ambulatoriais de saúde mental, como salienta Vasconcelos (2013).

Podemos observar que, os métodos de tratamento eram arcaicos e inadequados, as formas de tratar as doenças ligadas a mente eram primitivas e necessitavam de participação do Estado com o custeio e investimento em estrutura



para essa demanda, ainda mais, era evidente a carência de humanização no trato a esses pacientes.

Dispomos nessa primeira década, de inúmeros movimentos que tomam sua gênese na luta para conseguir melhorias, tanto para a categoria profissional da saúde, quanto para os métodos assistenciais ao paciente com problemas mentais. Os movimentos até então formulados e os eventos realizados, possuem grande relevância para o debate acerca de a temática ser desenvolvida e aprofundada, gerando mais tarde conquistas de alta importância.

O início da década de 1980 é marcado pela expansão e formalização do modelo sanitarista, iniciado na década anterior, o qual possibilitou a implementação do plano de “Ações Integradas de Saúde” que mais tarde se constituiu no Sistema Único de Saúde (SUS), como relata Vasconcelos (2013). Fluiremos a partir de então, com a ampliação dos modelos assistenciais apontados pelo movimento sanitário.

Outro aspecto levantado por Vasconcelos (2013), é que essa expansão se deu de acordo com os principais objetivos da política do MTSM, que foram a criação de novos leitos em hospitais especializados, a integração com os serviços ambulatoriais de referência e a inserção de equipes multiprofissionais que contassem com psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e fonoaudiólogos, assistentes sociais, entre outros profissionais.

Outro objetivo do movimento era a humanização nos processos de reinserir os pacientes em asilos estatais, juntamente com equipes multiprofissionais, atuando com vários profissionais de áreas que se interligassem e contribuíssem para o tratamento do usuário. Isto é, possuíam inúmeros objetivos a serem conquistados em favor da saúde, contudo, após o ano de 1986 o Estado não permite um avanço significativo para a área.

Ao referir-se de tal assunto, Vasconcelos (2013, p. 25) aponta que, no período entre 1987 e 1992 “houve um fechamento temporário do espaço político para interesses democrático-populares e para políticas de saúde mental identificadas com esses interesses”. Essa conjuntura se deu diante das particularidades do governo vigente, sendo que, em todo o país, apenas o governo do Rio Grande do Sul permitiu avanços considerados significativos para as políticas de saúde mental nesse período.

No entanto, esse período presenciou conquistas de alta magnitude no campo da saúde brasileira, a exemplo da Constituição Federal no ano de 1988, que explicita em seu artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 2013, p. 41).

Além dessa imensurável conquista temos a aprovação da Lei Orgânica de Saúde, lei Nº 8.080/90 que, “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL, 2016, online).

As conquistas da CF de 1988 e da LOS são marcos para a sociedade brasileira, no que tange a saúde e podem ser consideradas um marco inigualável, representando a saúde como um direito universal e sendo dever do Estado. Essas conquistas representam o apontamento para o que mais tarde culminaria no Sistema Único de Saúde.

Reatando o enfoque na saúde mental, assim como os caminhos percorridos pela Reforma Psiquiátrica brasileira, nesse mesmo período a sociedade assistia às primeiras ações do movimento, iniciativas essas oficiais e de nova estratégias.

[...] o lançamento em 1989 do Projeto de Lei Paulo Delgado, propondo a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial; a realização em 1990 da Conferência de Caracas, que cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica; e o amplo processo de discussão da nova estratégia em nível municipal, estadual e federal no país, em conferências participativas que culminam na II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992[...] (VASCONCELOS, 2013, p. 26).

Essas iniciativas podem ser consideradas um marco para a reforma psiquiátrica brasileira, pois são realizações de suma importância e que apontaram caminhos de novas conquistas. Apesar disso, Amarante (1998) afirma que, a partir dessa Conferência de Caracas no ano de 1990, teve início um extraordinário processo de transformações envolvendo todo o continente.

No Brasil, no final da década de 1980 e início de 1990, devido a conquistas cometidas do movimento da reforma, inicia-se um processo de implementação e consolidação dos significantes sociais antimanicomiais, denominados de Núcleos de

Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Referência Psicossocial (CAPS), espaços esses possuidores de um novo método de assistência, “Trata-se de um lugar não mais caracteristicamente terapêutico, mas um espaço em que se espera que o usuário possa experimentar e vivenciar redes de relações sociais mais amplas.” (CEBES, 2001, p. 60).

Vasconcelos (2013) destaca ainda que,

[...] esse período foi marcado pelas maiores e mais significativas mudanças da história das políticas de saúde mental do Brasil, consolidando a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica e colocando o país *pari passu* aos principais centros internacionais de reforma de assistência psiquiátrica[...] (VASCONCELOS, 2013, P.27).

Dentre os encontros e iniciativas políticas do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, de acordo com Vasconcelos (2013), os primeiros são na década de 1990, isto é, o Ministério da Saúde toma iniciativas frente às políticas de cunho formal referentes à reforma psiquiátrica, como se destaca a II Conferência Nacional de Saúde Mental, assim como portarias ministeriais de suma importância pois estabelecem tanto a normalização quanto o financiamento dos serviços de saúde mental.

As diretrizes formuladas na II Conferência de Saúde Mental foram relacionadas à organização dos serviços, baseados nos princípios da universalização, hierarquização, regionalização e integralidade das ações, assim como prezou-se pela,

diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; multiprofissionalidade na prestação de serviços; ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente Portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados. (BRASIL, 1992, p. 63).

A partir dessas conquistas há uma redução de leitos em hospitais de caráter privatista e público, o que deu início ao processo de desospitalização. No entanto, não se confunde a natureza da reforma psiquiátrica apenas como mera

desospitalização, assim como enfatiza Amarante (1998), “o movimento pela reforma psiquiátrica mantinha-se voltado para a transformação do ato de saúde, do papel normalizador das instituições e, portanto, da desinstitucionalização como desconstrução.” (AMARANTE, 1998, p. 96).

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira possui suas características não apenas calcadas nos fatores apresentados até o momento, segundo Amarante (1998), o movimento abrange outras dimensões, que possibilitam pensar a reforma não apenas com a modificação dos serviços, mas também, sob novas perspectivas de cuidado com saúde mental, sob dimensões que vão além.

Diante do exposto, é nítido que o caráter da reforma psiquiátrica vai além da desinstitucionalização, além da apenas retirada do doente mental da instituição. Seu caráter possui finalidade de inserir o indivíduo no convívio social, junto da família e da sociedade, como qualquer outro ser humano.

### **2.3.1 Dimensões além da desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica**

Pensar a Reforma Psiquiátrica meramente como um movimento que visa a desinstitucionalização da loucura é um pensamento um tanto minimalista. O movimento vai além da busca pela retirada dos “loucos” de antigos asilos e manicômios em que ficavam distantes do convívio familiar e social, há uma busca por devolver à dignidade e a liberdade à pessoa com problemas de saúde mental.

A despeito disto, Amarante (1998) avalia o movimento da reforma psiquiátrica como possuindo dimensões que vão além do que se vê, essas dimensões podem ser caracterizadas como esferas, na qual abrange a perspectiva “teórico-conceitual; técnico-assistencial; jurídico-política e sociocultural” (BOSI, 2016, p.644).

Com relação à esfera teórico-conceitual, temos a dimensão epistemológica que, de acordo com Bosi (2016) são os “conceitos que embasam o saber/fazer de cada perspectiva, bem como à produção de outras formas de conhecimento.” (BOSI, 2016, p.644). Importante salientar que aqui reconfigura-se o objeto de intervenção, tratando o paciente não apenas com o interesse da remoção dos sintomas, mas tratar das necessidades propriamente humanas, assim como, transformar as bases

teóricas dos próprios profissionais, a fim de que compreendam essas particularidades da “doença”.

Essa esfera compreende o doente mental como um ser humano, dotado de subjetividades e particularidades, não apenas como uma pessoa com uma patologia mental, e assim surge a importância do profissional possuir um arcabouço teórico-prático capaz de compreender essa característica e que seja capaz de transformar o saber e o fazer profissional.

No que tange a dimensão assistencial, Bosi (2016) explicita que, pode-se relaciona-la ao modelo de atenção e cuidado, tanto dos equipamentos, ferramentas técnicas e os dispositivos que visam responder as demandas da saúde mental. Uma das principais caracterizações dessa dimensão se expressa no momento do acolhimento, pela presença, disponibilidade e aproximação da equipe com o usuário. É o momento em que o usuário se depara com a equipe de profissionais que vão atendê-lo, sendo este momento interativo criando uma conexão de segurança e apoio.

O movimento, no entanto, para se consolidar e criar raízes, de acordo com Amarante (1998), necessita de uma dimensão jurídico-política, que seriam os instrumentos legais para fundamentar o movimento. Fundamenta-se nos aparatos legais que explicitam os direitos de cidadania do povo brasileiro, assim como Bosi (2016) introduz, a dimensão jurídico-política, “[...] traz à tona discussões relativas à cidadania e aos direitos civis, sociais e humanos, assim como à criação de legislações próprias a esse campo forma que estratégias e intervenções que possibilitem uma nova forma de relação com a loucura, ou seja, novos lugares.” (BOSI, 2016, p.644).

A que se considerar que a dimensão jurídico-política é necessária para manter o movimento em seu caráter legal, baseado em instrumentos legais como a CF de 1988, a carta magna, que traz todas as características acerca de cidadania e direitos referentes ao cidadão brasileiro, além das leis específicas que regem as políticas destinadas a saúde.

Tais pressupostos consideram que, a Reforma Psiquiátrica visa novos modos de tratar a saúde mental, modos estes, de acordo com Bosi (2016),

Que se materializam em práticas de cuidado menos excludentes e no reconhecimento dos determinantes bio-psico-sócio-culturais do

adoecimento, em que saúde passa a ser considerada como processo no qual o sujeito se atualiza no mundo, construindo e atribuindo significados às experiências. (BOSI, 2016, p.650).

A Reforma Psiquiátrica através do paradigma da desinstitucionalização vem orientando novas práticas na saúde mental, conforme Vasconcelos (2010), entre as orientações se encontram perspectivas que enriquecem a interdisciplinaridade no campo da saúde mental.

Por conseguinte, podemos explicar especificadamente as conquistas que o movimento da Reforma Psiquiátrica obteve para a saúde mental infantil, sendo a utilização da interdisciplinaridade um fator de suma importância no desenvolvimento e possuindo inúmeras contribuições para a política de saúde mental infantil brasileira.

### **3. SAÚDE MENTAL INFANTIL E INTERDISCIPLINARIDADE: AVANÇOS E RETROCESSOS**

Nesta seção abordaremos os caminhos e desafios percorridos pela saúde mental especificamente relacionados à infância, explicitando as principais doenças mentais que afetam crianças e adolescentes em nossa atual sociedade. Indagaremos sucessivamente os avanços desta política e como a conquista da interdisciplinaridade se constituiu fundamental no acompanhamento de crianças usuárias da política de saúde mental, elucidando os desafios contemporâneos que se fazem presentes na atuação interdisciplinar dos Centros de Atenção Psicossocial infantis.

#### **3.1 Saúde mental infantil**

O processo pelo qual as crianças e adolescentes passaram para conseguir conquistas no campo social foi intenso. Esses indivíduos foram inseridos em um contexto de tratamento institucionalizado e fragmentado durante toda a história do país. O Estado por sua vez, “[...] oficializava o modelo em curso e a concepção da criança a ser assistida: a deficiente social (pobre), deficiente mental e deficiente moral (delinquente)” (BRASIL, 2005, p. 7-8).

Crianças passaram centenas de anos ao longo da história sendo consideradas indivíduos sem direitos, tratadas apenas como pequenos adultos. No caso das crianças pobres eram utilizadas para o trabalho e as que eram filhas de ricos eram direcionadas para a escola desde cedo.

A preocupação com a infância, segundo Ribeiro (2006), surge com os médicos higienistas no século XIX, que preocupados com o alto índice de mortalidade infantil e aliados com os ideais da burguesia ascendente no Brasil, começam a propagar seus pensamentos nas políticas sociais, ditando novos costumes, condutas e padrões de comportamento.

Das teses e debates sobre as causas da mortalidade infantil passamos para as teses que defendiam a utilização de táticas médico-higiênicas na educação escolar, na pedagogia infantil e na orientação familiar. O colégio era visto como a instituição ideal, onde a infância e a mocidade poderiam ser preservadas de qualquer mal,

de qualquer influência perniciosa, e moldadas de acordo com os princípios higienistas (RIBEIRO, 2006, p.31).

Todavia, essa preocupação com a infância era mais voltada para uma formação moral, física e intelectual dessas crianças, relacionada ao campo da higiene e do controle social, tratando de questões como a moral, a sexualidade e orientações de alimentação e educação física.

“A sexualidade foi mais um ponto de preocupação da medicina brasileira no tocante à infância, juntamente com a mortalidade infantil e a educação” (RIBEIRO, 2006, p. 32). Tornava-se preocupante a sexualidade da criança, a qual era tratada sob os ditames da moral médica. Os médicos brasileiros apoiavam-se nas teorias da Europa Vitoriana, considerando alguns atos como nocivos a saúde da criança, como nos cita Ribeiro (2006), chegou-se a associar os sintomas da epilepsia com resultados de atividades sexuais na infância.

No tocante ao tratamento, a solução era a internação nas instituições criadas pelo Estado ou as privadas. Conforme Winnicott (1990, p.42) “a diferença entre prisões e hospícios, os quais, de fato, podem ser bastante similares, só pode ser descrita de maneira satisfatória em termos da diferença entre a relação do criminoso com a sociedade e a do louco”.

A partir do momento em que surge a importância de cuidar da infância, a saúde mental infantil aparece apenas como uma patologia mental. Não existindo estudos específicos na área da saúde mental infantil, as especificidades da infância eram desprezadas.

As crianças consideradas insanas, geralmente as pertencentes às classes sociais desfavorecidas, acabavam compartilhando o mesmo espaço dos adultos nos manicômios criados em meados do século XIX, pois não havia ainda estudos específicos sobre as doenças mentais infantis nem uma classificação que diferenciasse as formas e manifestações da morbidade no adulto e na criança (RIBEIRO, 2006, p.33).

Sob condições inadequadas e inseridas em ambientes junto de adultos, é que foram tratadas as crianças com problemas mentais ao longo dos anos. Algumas instituições foram criadas na época do Império com o intuito de atender essa



demanda de pessoas com problemas ligados a mente, a exemplo do Asilo dos Meninos Desvalidos (Instituto João Alfredo), que funcionava no Rio de Janeiro em 1875, os três Institutos de Menores Artífices, fundados em Minas em 1876, e o primeiro jardim da infância do Brasil, Menezes Vieira, criado em 1875, conforme cita Kramer (1992).

Contudo, não era fácil conseguir vagas nesses locais, principalmente quando se tratava de uma família com condições mínimas de subsistência. Já não bastava a criança possuir um distúrbio mental, o tratamento adequado para seu problema era muitas vezes dificultado ou inacessível.

Em termos de doença infantil, isto significa que a criança anti-social, muitas vezes um caso sem esperança, sempre consegue atenção ao passo que para a criança louca é difícil obter a atenção adequada. Na verdade, a loucura não é reconhecida na infância pela sociedade e muitas vezes falta tratamento para a criança louca, a menos que ela passe a ser anti-social (WINNICOTT, 1990, p.42).

Além do que, quando se conseguia a atenção à criança, tais instituições se mostravam insuficientes e com condições inadequadas ao tratamento dos pequenos. Durante o século XIX, a referência dos cuidados a crianças pobres e abandonadas eram as Casas dos Expostos, conforme já foi relatado anteriormente, a infância negligenciada era acolhida nesses ambientes.

Em relação à saúde mental infantil especificamente, a primeira interferência, de acordo com Ribeiro (2006), foi à inauguração do Instituto de Proteção e Assistência à Infância no início do século XX, o qual contava com a atuação de médicos com várias especialidades e era voltado exclusivamente aos cuidados materno-infantis. Começou-se então, a finalmente ser trabalhada e pensada a saúde mental infantil.

Em São Paulo, o primeiro pavilhão infantil foi criado em 1921, por Franco da Rocha, no Hospital do Juqueri, e dirigido por Vicente Batista. [...] Posteriormente criou a Sociedade Pestalozzi e o Instituto Pestalozzi, voltados para os cuidados de crianças deficientes mentais. [...] Em 1929 criou uma equipe multiprofissional para atuar com as crianças do Instituto de Psicologia (RIBEIRO, 2006, p.34).

Desde esse momento, podemos perceber que os profissionais já pensavam a importância de tratar a saúde mental infantil por meio de uma atuação em equipe multiprofissional, porém a atuação era bastante fragmentada.

Conforme já foi relatado anteriormente, a partir da década de 1920, temos o início do movimento de “defesa” dos direitos da criança no Brasil, que procurava proteger as “crianças abandonadas” e os “jovens delinquentes”, porém de forma filantrópica, por meio de instituições que visavam não apenas a proteção, mas o controle.

Na lógica do isolamento dos “desviantes”, a privação de liberdade por intermédio da institucionalização foi um dos meios empregados para segregar crianças e adolescentes pobres, autores de atos infracionais, com deficiências e com transtornos mentais, entre outros tipos como “incapazes” (BRASIL, 2014, online).

Até a década de 1930, alguns desafios se faziam postos como nos ressaltava FONSECA (1993, p.101), “[...] os serviços voltados à área materno-infantil foram, na sua grande maioria, marcados por uma prática assistencialista, de caráter filantrópico [...] eram executados, principalmente, por instituições privadas”. Portanto, até o momento, a saúde infantil era precarizada e caritativa, não sendo garantida constitucionalmente, muito menos o Estado era o responsável pela execução de uma política voltada à temática.

Entretanto, inúmeras conquistas foram adquiridas a partir da década de 1970. Com a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a implementação do Sistema Único de Saúde e inúmeros movimentos sociais em prol da saúde mental - a exemplo da reforma psiquiátrica - reconheceu-se a necessidade de novos tratos relacionados à infância.

O reconhecimento de uma dívida histórica por parte da saúde mental pública para com esta população [de crianças e adolescentes], aliado à constatação de uma dispersão da assistência por diferentes setores públicos, principalmente os da assistência social, educação, saúde geral, justiça e direitos, fez da intersetorialidade um ponto de partida para implantação e gestão da saúde mental infantil, invertendo o processo comum a outras políticas públicas nacionais que chegam a ela depois de terem percorrido alguns caminhos e avaliado a pouca efetividade dos resultados alcançados (COUTO; DELGADO, 2015).

Dentre as conquistas adquiridas até o presente momento, com relação à proteção de crianças e adolescentes, podemos destacar o Estatuto da Criança e do Adolescente como a maior até então. A partir do ECA, a criança é considerada pela sociedade não apenas mero objeto estatal, mas, um sujeito em desenvolvimento e portador de direitos fundamentais.

O Estatuto da Criança e do Adolescente é elaborado e expresso na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. O mesmo assegura que é responsabilidade da família, sociedade e Estado à efetivação dos “direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária”. (BRASIL, 2016, p.5). Diante isto, torna clara a responsabilidade pelo trato com as crianças e adolescentes por parte da sociedade em geral, assim como da própria família, sobretudo o Estado em forma do poder público.

O Estatuto dispõe especialmente em seu Art. 3º que,

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (BRASIL, 1990, p.3).

Diante o explicitado neste artigo 3º, a criança e o adolescente são cidadãos que possuem direitos fundamentais à pessoa humana, assim como, é um direito assegurado pelo estatuto em especial que, a criança possua meios que subsidiem o seu desenvolvimento mental sob a condição de liberdade e dignidade, resguardada sob tudo, sob a proteção integral a esse indivíduo.

O paradigma que se faz presente é o da proteção integral, sendo considerados a criança e o adolescente como um sujeito peculiar em desenvolvimento e as prioridades, segundo o ECA, compreendem,

(a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; (b) a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; (c) a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e (d) a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude. (BRASIL, 1990, p. 4).

Ou seja, passamos então a cuidar da infância não de forma institucionalizada, busca-se então romper com a tendência de internamento dessa criança, tratar a criança e o adolescente com medidas socioeducativas, contribuindo para sua convivência no seio familiar e comunitário como prega a Constituição Federal de 1988 e o estatuto vigente.

Com o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, temos a abertura para a saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), que segundo o Ministério da Saúde, “é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, [...] abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.” (BRASIL, 2016, online).

A Lei Orgânica da Saúde, sancionada no ano de 1990, de nº 8.080/90, que além de regular ações e serviços relacionados à saúde, ainda estabelece os princípios, objetivos e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O SUS trata a saúde ligada à educação, ao “lazer, esporte, cultura, habitação etc.”. (BRASIL, 2014, online). Observamos aqui a saúde como algo ligado a determinantes sociais que se encontram envolvidos dentro da gênese social de como se desenvolve essa criança. Temos uma compreensão ampliada do que é saúde com a CF. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde vai para além do bem-estar físico, englobando o bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Nosso Sistema Único de Saúde possui como um dos princípios a integralidade, que visa à integração dos serviços de saúde funcionando em rede, de maneira interligada. De acordo com o Ministério da Saúde, o nosso Sistema Único de Saúde possui uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que prevê a criação e ampliação de pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento e transtorno mental, ou decorrente do uso de algumas drogas, que seja ampla e integrada.

Segundo o Ministério da Saúde (2014), a Rede de Atenção Psicossocial, (RAPS), é instituída com a Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. Não obstante seus objetivos são, [...]ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral [...] a promoção dos cuidados em saúde particularmente aos grupos mais vulneráveis

(crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas). (BRASIL, 2014, p.29).

Diante o exposto, fica clara que a RAPS visa atender crianças, adolescentes e jovens, de maneira a ser dividida em componentes que vão da atenção básica até a atenção especificadamente psicossocial. Alguns dos pontos de atenção á saúde no atendimento de crianças e adolescentes no Brasil podem ser destacados não apenas na área hospitalar, mas em uma rede interligada.

Em face á saúde mental infantil, Sibemberg (2015) relata que,

Podemos tomar como marco a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, quando, pela primeira vez, o campo da reforma psiquiátrica brasileira assumiu publicamente o atraso no enfrentamento da saúde pública com o sofrimento psíquico na infância (SIBEMBERG, 2015, online).

Diante tal afirmativa, pode-se desaguar na concepção de que, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, possuiu sua relevância no tocante ao reconhecer o atraso do cuidado com a saúde mental infantil no país, já que uma rede atenção psicossocial para adultos já havia sido criada, no entanto, a população infantil que sofria de problemas ligados à mente não recebia a devida atenção.

Todavia, os resultados dessa conferência foram muito satisfatórios, pois, “O relatório final da III Conferência indicou que a construção de uma rede de atenção a saúde mental infantil começaria pela criação dos Centros de Atenção Psicossocial para a infância, os CAPSi.” (SIMBEMBERG, 2015, online).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), diante a portaria de nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 e considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, dispendo sobre a proteção e os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais, logo em seu artigo 1º estabelece a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial, inclusive na modalidade de serviço CAPS infantil (CAPSi).

O serviço, ainda de acordo com a portaria, estabelece que sejam instalados os CAPSi nos municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, além do gestor local ser responsável pela coordenação, organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de seu território. Acerca do funcionamento, a portaria estabelece que, deve ser no

período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana.

Sobre a assistência prestada ao usuário do CAPSi, o atendimento deve se dar por meio individual, em grupos e oficinas terapêuticas. Devem ser realizadas também visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias – com o intuito de inserir o indivíduo em seu meio familiar e social. No tocante aos usuários assistidos em turno de 4 (quatro) horas, os mesmos receberão uma refeição diária e nos de turno de 8 (oito) horas receberão duas refeições diárias.

Segundo a mesma portaria, é recomendado ainda que a equipe técnica dos CAPSi para atendimento de no mínimo 20 (vinte) e no máximo 30 (trinta) usuários por turno seja composta por 1 (um) médico com formação em saúde mental, 1 (um) enfermeiro, 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Podemos então observar que, a conquista dos CAPSi foi de suma importância, pois são as instituições específicas de tratamento e acompanhamento da saúde mental exclusiva da infância, visto que “O CAPSi é destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos do ponto de vista psíquico” (ZAVASCHI, 2009, p.77). Com relação ao exposto, o Ministério da Saúde vem tratar dos CAPSi como um serviço de atenção que deve atender diariamente crianças e adolescentes que sofram de algum comprometimento psíquico, incluindo crianças que possuam, “autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. (BRASIL, 2004, p. 23).

A infância, contemporaneamente, é considerada uma fase de construção e desenvolvimento psicossocial do indivíduo, sendo de suma importância o cuidado com a saúde mental desde esse momento na vida da criança. “A detecção dos signos de risco e a intervenção precoce podem evitar mais adiante a plena instalação da patologia.” (MOREIRA; ARRUDA, 2011, p. 128). Logo, a atuação da saúde mental ainda na infância colabora para prevenção de que futuramente o indivíduo chegue a desenvolver algum problema relacionado à mente, por este motivo é importante uma política de saúde mental que seja adequada e efetiva.

Conforme o Ministério da Saúde (2014), não há produção de saúde sem produção de saúde mental. O que nos traz o pensamento de que ao tratar a saúde, temos que levar em consideração um campo de outras dimensões, como a dimensão biológica, psíquica e social da pessoa humana, o que interfere diretamente na vida do indivíduo, isto é,

Se uma criança ou um adolescente apresenta algum grau de sofrimento (com angústias, medos, conflitos intensos, por exemplo), não será possível *tratar* sua saúde sem considerar esse componente emocional/relacional significativo (BRASIL, 2014, p.23).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2004), quanto mais cedo for o atendimento a infância, mais possibilidades de melhoras a criança terá. Preza-se por um acompanhamento que deve observar algumas condições, como por exemplo, a manutenção juntamente com o ambiente familiar doméstico, pois aumenta a probabilidade do sucesso do tratamento, assim como a família deve ser parte integrante do tratamento.

Para além das conferências mencionadas até o presente momento, pode-se situar a IV Conferência Nacional de Saúde Mental. A mesma realizou-se no ano de 2010 e, segundo o Ministério da Saúde (2014), foi à primeira Conferência da área que se construiu de forma intersetorial, com a responsabilidade da Secretaria de Direitos Humanos, da Presidência da República, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o próprio Ministério da Saúde. Isto é, somente a partir do ano de 2010, foi inserido a intersetorialidade na forma de articulação entre as instâncias acima citada.

Relacionado às conquistas recentes, de acordo com dados do Ministério da Saúde (2014), houve um enorme aumento do número de CAPS no país, passando de 148 unidades no ano de 1998 para 2209 no ano de 2014. Com relação aos CAPSi, do ano de 2006 ao ano de 2014, o número elevou de 75 para 201. Porém, ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2014, p.13), os Estados de Roraima, Mato Grosso e Espírito Santo, ainda não possuem CAPSi habilitados.

É inegável o avanço da política em território nacional, porém ainda tem-se muito o que evoluir. O estado da Paraíba em especial, hoje, em número de CAPS por 100.000 habitantes ocupa a posição de primeiro lugar. Todavia, com relação à

CAPS na modalidade Infância juvenil, até o ano de 2014, conta com apenas 9 (nove) para todo o estado. O que apresenta a necessidade de implementação, fortalecimento e expansão da modalidade de CAPSi e da RAPS no estado.

Em face do que foi assinalado até o presente momento acerca da saúde mental, especificadamente na infância, nota-se a importância de serem sintetizadas as doenças mentais que mais atingem crianças e adolescentes em nosso país atualmente para melhor compreensão, contribuindo para uma quebra com o senso comum acerca dos problemas mentais e da “loucura”, dos estereótipos construídos e para esclarecer a importância da discussão.

### 3.1.2 Principais doenças mentais em crianças

É importante salientar inicialmente que, o presente tópico não pretende aprofundar-se nos conceitos das doenças mentais, até porque foge ao objetivo do trabalho, pois o objetivo do mesmo é voltado para compreender o processo da política de saúde mental infantil pelo viés da precarização do serviço e da interdisciplinaridade. Nesse tópico o objetivo é complementar a discussão construída até então, mostrando as principais doenças mentais que acometem as crianças com o intuito de romper com estereótipos constantes em nossa sociedade atual.

Analisemos, ser *criança* de acordo com TOSATTO (2009) é,

Ter na cabeça, fantasias; nos olhos, o brilho da poesia; no corpo, o movimento e a música do mundo. É ter curiosidade, fazer muitas perguntas, investigar. É transformar e ser transformada por meio das brincadeiras e de suas infinitas possibilidades de criação, invenção e aprendizagens. (TOSATTO, 2009, p. 29).

Levando em consideração uma afirmativa assim romantizada e obliterar o contexto histórico e social da infância em nosso país, podemos até imaginar que crianças brasileiras não sofrem com problemas ligados a saúde mental, ou a qualquer outro. No entanto, com o evoluir dos tempos e com estudos direcionados a área da saúde mental, pode-se verificar que crianças sofrem com problemas mentais sim, mostrando-se absolutamente relevante o cuidado da saúde mental ainda nesta fase da vida uma vez que,



[...] está provado que muitos milhões de crianças no mundo sofrem de depressão. Esta doença aparece em mais do que 1 em cada 1000 das crianças que têm entre 10 e 14 anos. O suicídio é das principais causas de morte dos adolescentes. Pelo menos 4 em 100 000 crianças têm autismo, uma doença grave que dá sinais nos primeiros anos de vida. Um número muito maior, de crianças de ambos os sexos, têm perturbações do desenvolvimento com dificuldades na linguagem, na escrita ou na leitura. (FRASQUILHO, 2016, online).

Além da depressão, nota-se que o suicídio é uma problemática presente em nossa sociedade, possuindo números elevados, o que deve levar a serem tomadas iniciativas de prevenção já que é uma das principais causas de mortes na adolescência. Ainda de acordo com Frasquilho (2016), algumas situações comuns pelas quais crianças e adolescentes sofrem são: a ansiedade, hiperatividade, algumas fobias (medos), chegando até a perturbações do comportamento.

Verifica-se que cada vez mais problemas como esses são recorrentes na infância, o que exige uma atenção especial, visto que alguns desses transtornos podem levar a criança a futuramente sofrer agravamentos. Os números de crianças com problemas ligados a mente mostram-se altos, o que significa que a atenção à infância deve ser trabalhada de maneira urgente e eficaz.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 20% das crianças e adolescentes sofrem de algum transtorno mental, e alguns dos transtornos mais comuns são: Transtornos de humor, transtornos alimentares, referentes ao uso de substâncias psicoativas, conduta, ansiedade, psicóticos e o mais preocupante, o suicídio na adolescência, pois é a terceira maior causa de morte entre adolescentes, como também informa Rocha (2013). Podemos citar ainda outros transtornos bastante comuns atualmente: de aprendizagem, das habilidades motoras, transtornos da comunicação (linguagem), déficit de atenção-hiperatividade, de comportamento disruptivo, depressivos, de tique, fobia social, autismo atípico, síndrome de Rett, síndrome de Down, retardo mental, epilepsia tal qual Galvão (2016) ressalta.

A exemplo, no Brasil, “1,13% da população sofre de epilepsia e 50% destes portadores são crianças.” (CUKIERT, 2016, online). Ou seja, possuímos um número alto de crianças que sofrem com um problema de saúde mental que pode ter tratamento e ainda de acordo com o autor, “este número transforma as epilepsias

em problema de saúde pública, já que a taxa é ainda maior que a taxa de ocorrência de algumas doenças infectocontagiosas como a AIDS.” (CUKIERT, 2016, online).

A despeito da depressão infantil, Rocha (2013) elucida que se torna um problema ainda maior, pois conforme dados atuais da OMS, estima-se que no Brasil, o distúrbio gire em torno de 1 a 3% da população entre 0 e 17 anos de idade, o que significa que cerca de 8 milhões de jovens sofrem hoje com depressão. A causa desse problema, segundo Basílio (2015) pode ser alguma situação/experiência frustrante, casos de genética ou até mesmo ambiente pouco favorável em que a criança está vivendo. Desse modo, o contexto em que a criança está inserida pode influenciar diretamente com o surgimento da doença, sendo vários fatores colaborativos, como a desestruturação familiar, condições objetivas desfavoráveis, entre tantos outros fatores.

Outra doença mental que atinge crianças em grande número em nosso país é o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que de acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), a doença possui sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade, sendo muito comum identifica-lo no ambiente escolar. Navas (2013) aponta que, cerca de 4 a 6% da população escolar tem Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade ou algum transtorno específico de aprendizagem, o que torna mais uma problemática para a saúde mental infantil em nosso país, além do que, ainda de acordo com a ABDA, apenas cerca de 20% dessa população é tratada no Brasil, restando 80% sem tratamento adequado.

A despeito disto, Santos (2010) aponta que, além de ser um dos temas mais estudados contemporaneamente em crianças em idade escolar, estima-se ainda que o TDAH é uma das principais fontes de encaminhamento de crianças para o sistema de saúde, o que o torna uma questão de saúde pública de suma importância.

Diante o exposto, identifica-se que, a quantidade de particularidades que podem interferir na saúde mental de crianças é enorme, exigindo do Estado uma política eficiente, efetiva, de qualidade e inclusiva, que atenda essa população com equidade e universalidade.

No entanto, o acompanhamento dos casos da criança que necessita da política de saúde mental deve se dar de maneira interdisciplinar, onde os profissionais devem compreender as particularidades de cada criança, e chegando a melhores resultados no acompanhamento do caso. Logo mais veremos como a

interdisciplinaridade se tornou instrumento importante para a política de saúde, como a atuação interdisciplinar pode contribuir para um melhor acompanhamento e principalmente nos resultados do tratamento da criança, assim como necessita de condições para se concretizar no agir profissional, refletindo na efetivação da política de saúde.

### **3.2 Importância da interdisciplinaridade na Saúde Mental infantil**

Podemos identificar, claramente, que a saúde mental infantil levou bastante tempo para entrar na agenda das políticas públicas brasileiras. Pode-se dizer que essa inserção tardia deve-se a inúmeros fatores, dentre eles, sociais, políticos e econômicos em que o país se inseria. No entanto, constitucionalmente, hoje possuímos uma rede de serviços, que oferece atendimento e acompanhamento da saúde mental infantil brasileira.

Porém, ressalta-se que, essa rede de serviços socioassistenciais destinados à infância necessita funcionar de maneira coesa, como orienta o Ministério da Saúde. De acordo com Pares (2015) os profissionais precisam atuar de forma interdisciplinar com o intuito de atender o usuário com qualidade. Essa atuação possibilitará melhores resultados no trabalho.

No tocante a interdisciplinaridade, o Ministério da Saúde explicita que,

As equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas, recomendando-se a participação de médicos com experiência no atendimento infantil, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, para formar uma equipe mínima de trabalho. A experiência de trabalho com famílias também deve fazer parte da formação da equipe. (BRASIL, 2004, p.23).

Dessa forma, o Ministério da Saúde preza por uma atuação interdisciplinar e orienta as instituições que trabalhem com uma equipe formada por diversos profissionais de áreas distintas, além de ressaltar a sua importância no tratamento e acompanhamento da família como um todo. Cada profissional trabalhará uma particularidade do usuário, todavia, de maneira articulada e interligada com os outros

profissionais até chegarem à efetivação do tratamento e acompanhamento do caso da criança.

Para auxiliar na efetividade desses requisitos, as crianças e adolescentes possuem no ECA um conjunto de medidas que visam à proteção integral, ou seja, completa, desses indivíduos, assegurando direitos de cunho educacional, como também preservando os vínculos comunitários, social e familiar, além do que vem tratar da saúde (mental) como direito fundamental á criança.

É evidente a importância de uma articulação de profissionais de diversificadas áreas na defesa da saúde mental, em especial nos CAPSi. Contudo, essa organização deve-se também na atuação direta com o usuário dos serviços através da prática profissional que deve possuir um “atendimento individual, atendimento grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas, atividades externas. Elas devem ser dirigidas para a faixa etária a quem se destina atender” (BRASIL, 2004, p.23).

Segundo Zavaschi (2009, p.215), “O caráter pioneiro da proposta do CAPS fundamenta-se nos procedimentos socializantes desenvolvidos por uma equipe interdisciplinar, com embasamento teórico aberto e uma diversidade de conhecimentos e técnicas.” Assim é considerada como fundamental a atuação interdisciplinar nos Centros de Atenção Psicossociais, inclusive nos direcionados a infância. No entanto, é importante compreender o que é e como funciona essa atuação de maneira *interdisciplinar*.

A interdisciplinaridade, de acordo com Ivani Fazenda (2008), pode ser considerada um dos mais recentes paradoxos, isto é, uma das questões que mais se faz presente atualmente na academia. Segundo Tavares (2005), “a interdisciplinaridade é considerada uma interrelação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum” (TAVARES, 2005, p.405). Diante disto podemos pensar a interdisciplinaridade como uma integração dos conceitos e disciplinas, sempre mantendo uma relação de diálogo, ou seja, de acordo com a ideia de interdisciplinaridade, a atuação profissional em equipe se faz necessária por unir saberes de diversas áreas a fim de abarcar um único propósito.

Por este motivo uma das diretrizes da política de saúde mental infanto-juvenil é a criação de uma rede permanente de intersetorialidade, ou seja, uma rede formada por profissionais de diversas áreas e que possua ações e serviços que

garantam o acesso de crianças e adolescentes aos cuidados direcionados a essa área.

Busca-se uma rede assistencial que seja diversificada e com base territorial e comunitária, pois é a partir da relação social que é mantida entre essas crianças e adolescentes com a sociedade que podemos identificar alguns problemas. De acordo com a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, essa rede deve possuir características de ações e serviços que garantam de forma aplicada, complexa e com uma articulação de maneira intersetorial os cuidados com a saúde mental, visando sempre à reinserção do indivíduo no meio social. (BRASIL, 2016, online).

Os serviços de saúde mental, ligados à infância, de acordo com Vasconcellos (2010), devem ultrapassar o fazer meramente técnico, e incluir ações como escutar, acolher, possibilitar ações emancipatórias, cuidar e enfrentar estigmas, visando sempre à melhoria da qualidade de vida. Ainda de acordo com o autor, as conquistas da reforma psiquiátrica promoveram mudanças na área da assistência e na relação da inserção social e cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental, defendendo ainda a interdisciplinaridade. Pode-se afirmar então que somente através de uma atuação em equipe interdisciplinar articulada, coesa e dinâmica que, de acordo com Zavaschi (2009, p.60) “pode dar conta de um adversário tão violento quanto à doença mental de crianças, adolescentes e suas famílias”.

A reforma trouxe contribuições tanto no modo de tratamento dos usuários da política de saúde mental no país, como busca romper com a prática clínica e manicomial, na qual a internação do usuário era considerada a solução. Por conseguinte a reforma na política de saúde mental tem por objetivo, “a defesa da interdisciplinaridade e a exigência das equipes multiprofissionais nas políticas públicas transformam-se em estratégia de superação do modelo manicomial” (VASCONCELLOS, 2010, p.3).

O trabalho resultante de uma atuação interdisciplinar, bem estruturada e organizada com profissionais preparados pode fazer toda a diferença no caso da criança usuária, como afirma Vasconcellos (2010).

[...]uma efetiva interdisciplinaridade fornece o passaporte para um cuidado plural, no qual, com efeito, o usuário é o denominador comum do entrelace de várias disciplinas e práticas assistenciais. Essa linha de ação faz o serviço caminhar na direção da integralidade, afastando-se da assistência reducionista que desconsidera a subjetividade e/ou variáveis sociais (VASCONCELLOS, 2010, p.13).

Podemos notar que, através da interdisciplinaridade é possível compreender muito além do que está imposto na vida do indivíduo. Uma efetiva atuação interdisciplinar necessita contar com uma equipe de profissionais preparados, incluindo médicos, psicólogos, assistentes sociais, entre tantos outros na composição da equipe, ultrapassando a assistência reducionista que não leva em consideração as condições subjetivas ou demais particularidades sociais do indivíduo.

Porém, a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe multiprofissional de qualidade, podem encontrar alguns desafios em contrapartida. Zannon (1994) nos trazer a ideia de interdisciplinaridade como ações conjuntas que são realizadas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, ou seja, a equipe deve manter ações de forma articulada, interagindo entre cada área em prol do denominador comum que é o trato com a criança usuária do serviço.

Não obstante, de acordo com Vasconcellos (2010), em contrapartida, esse amplo sortimento de saberes e práticas, exige uma organização na maneira de lidar com alguns problemas resultantes dessa pluralidade, como exemplo a dificuldade na comunicação, nas assimetrias entre disciplinas e nas fronteiras de cada profissão. Desse modo, um dos grandes desafios que pode resultar em problemáticas na atuação interdisciplinar, pode ser justamente a articulação desses profissionais, não sendo cabível qualquer tipo de correlação de forças entre os profissionais, havendo sempre o respeito para com a profissão do outro, respeitando seus limites e sempre trabalhando em prol de um objetivo comum.

Vasconcellos (2010) salienta ainda que, não havendo a ampliação do leque assistencial originando a necessidade do diálogo e a articulação entre os profissionais, corre-se o risco de fragmentação da equipe atuante. Isto é, caso a equipe não seja composta por profissionais preparados e que saibam trabalhar de

maneira conjunta prezando as características da interdisciplinaridade, o trabalho pode sofrer fragmentação, o que prejudicará o próprio serviço prestado.

Esse trabalho deve se dar de maneira interdisciplinar com o propósito de alcançar uma abordagem integral sobre o caso do usuário do serviço, e é a partir dessa abordagem que pretende atingir com eficiência e eficácia os programas e serviços oferecidos à população.

Sendo assim, a partir de uma fragmentação na atuação interdisciplinar, tanto os serviços como a própria política pode sofrer rebatimentos, pois o atendimento a criança ou adolescente da saúde mental acontece em conjunto com uma equipe e não unicamente com um profissional.

A integração dos profissionais das equipes também contribui na redução das fragilidades que o serviço possa sofrer. Sendo uma atuação conjunta entre os profissionais, de acordo com Pares (2005), o trabalho interdisciplinar pode ser fundamental para o fortalecimento do serviço prestado a população usuária, podendo ser que “a ausência deste diagnóstico de gestão leva a dificuldades estruturais, de funcionamento e de resultados.” (PARES, 2015, p. 11).

Nada obstante, nossa atual conjuntura política, social e econômica similarmente impõe diversos desafios à atuação interdisciplinar. Como BRAVO (2006) salienta, o desmonte do Estado sobre as políticas sociais vem se efetivando, assim como a precarização e o sucateamento das mesmas, o que traz consigo desafios para a interdisciplinaridade na saúde mental.

[...] São também considerados obstáculos à interdisciplinaridade no campo da Saúde Mental: a forte tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas relacionados à doença mental, os espaços de poder que a disciplinarização significa, a estrutura das instituições de ensino, as dificuldades inerentes à experiência interdisciplinar, tais como a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas (TAVARES, 2005, p. 408).

Frente ao exposto, fica salientado outro desafio à prática interdisciplinar na saúde mental infantil, a precarização. Essa precarização como resultado do desmonte que vem sofrendo as políticas públicas brasileiras – através das contrarreformas do Estado - pode ser nitidamente expressa no cotidiano profissional da instituição do CAPSi. Referente ao elucidado até então, Neves (2014) exprime que na saúde o desmonte por parte do Estado é avassalador.

Tenta-se romper com a lógica de universalidade, resultante do movimento da reforma sanitária, e chegar a uma aproximação do projeto privatista da política neoliberal. Ainda de acordo com Neves (2014, p.38), a saúde assim como a atenção básica, fica totalmente precarizada, “carente de produtos, medicamentos, instrumentos e comprometimento físico e funcional de unidades de saúde.”. Por outra forma, a prática profissional fica comprometida, necessitada de condições objetivas para a atuação profissional se concretizar.

Diante o exposto até o presente momento, tendo em vista a importância de atividades integradas na saúde mental infantil para a efetivação da política de saúde vigente, e principalmente á garantia do direito primordial á criança e ao adolescente, que é o direito a vida e a saúde, a análise da atuação profissional interdisciplinar da equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil da cidade de Sousa na Paraíba, faz-se necessária para compreender os rebatimentos da conjuntura atual na execução e implementação da política de saúde mental na efetivação das ações interdisciplinares como preza o Estatuto da Criança do Adolescente e o Ministério da Saúde.



#### 4. METODOLOGIA

“Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2001, p.7). Sendo assim, a referida pesquisa é uma fonte que podemos conhecer, desvendar e aprofundar uma determinada realidade.

Segundo Minayo (2001, p 21), “A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado”. Ou seja, é um método que trabalha com algo subjetivo, com aspirações, crenças, pensamentos, relações, valores. Ainda de acordo com Minayo (2001, p. 21), “Corresponde a uma postura teórica e se opõem a outras correntes de pensamento como, por exemplo, a positivista”.

Os objetivos da referente pesquisa destinam-se a identificar quais os desafios presentes na efetivação da atuação interdisciplinar no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil João Paulo II na cidade de Sousa, elucidando as formas com que a interdisciplinaridade pode contribuir para a política de saúde mental infantil.

O presente trabalho realizou-se a partir de pesquisa bibliográfica, através de fontes como livros, artigos, publicações, teses, monografias, publicações em websites etc. Realizou-se também uma pesquisa de campo, contendo o método de natureza qualitativa, visando à identificação do contexto de aplicação interdisciplinar na política de saúde mental, através da atuação em equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil João Paulo II, localizado na Rua Bento Freire, nº. 25, na respectiva cidade de Sousa no sertão da Paraíba.

A técnica de análise de dados utilizada na respectiva pesquisa tem enfoque na Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo, como método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Isto é,

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. [...] Não se trata de uns instrumento, mas de um leque apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. (BARDIN, 2009, p.31).

Além do mais, é cabível ainda situar que,

Por outras palavras, a análise de conteúdo constitui um bom instrumento de indução para investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores, referencias no texto) embora o inverso, predizer os efeitos a partir do factores conhecidos, ainda esteja ao alcance das nossas capacidades. (BARDIN, 2009, p. 137).

Visando a análise das comunicações, o método de análise de conteúdo organiza-se de acordo com BARDIN (2009) pela codificação de resultados; as categorizações; as inferências; e, por fim, a informatização da análise das comunicações, tendo a análise de conteúdo como ponto de partida a organização. Essa organização se dá por meio de três polos, conforme BARDIN (2009, p. 121), “1. A pré- análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.”.

Seguindo as recomendações e as etapas do método de análise de conteúdo, a pré-análise, a primeira fase tem a missão da escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a coleta de informações e dados. Referente a isto, escolheu-se a entrevista semiestruturada, realizada com 4 (quatro) profissionais selecionados dentre os 13 (treze) que compõem a equipe multiprofissional da instituição no período da pesquisa. A seleção desses profissionais se deu pela disponibilidade no momento da realização da pesquisa. Os selecionados foram: um fonoaudiólogo, um assistente social, um enfermeiro e um Artesão (Facilitador de Oficinas).

Na realização da entrevista, datando o dia 23 de fevereiro de 2017, foi realizada uma visita inicial à instituição CAPS Infante Juvenil João Paulo II no período matutino. Neste primeiro momento, deparando-se com a quantidade mínima de profissionais, foram realizadas apenas algumas observações acerca da infraestrutura física, ambientação, e dados referentes à quantidade de profissionais atuantes na instituição. As mesmas foram colhidas em anotações.

Durante o período vespertino, houve o retorno à instituição. Foi realizada nesse momento, uma entrevista individual semiestruturada, contendo 9 (nove) perguntas de teor investigativo sobre diversas categorias, dentre elas: O funcionamento da instituição, reuniões ou discussões de casos entre a equipe

multiprofissional; o suporte e subsídios que a instituição fornece à atuação dos profissionais; a precarização presente; o apoio da rede socioassistencial do município; e por fim, os profissionais foram questionados sobre sua concepção acerca da interdisciplinaridade, se a mesma se faz presente e de que forma contribui para os serviços oferecidos pelos CAPSi. Após a coleta dos dados seguiu-se a etapa de análise de conteúdo.

A entrevista foi coletada em áudio por meio de gravador eletrônico. Realizou-se mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde deixava claro que o participante, a qualquer momento poderia deixar de fazer parte da pesquisa, caso desejasse, e que este estava participando por livre e espontânea vontade, assim juntamente com o termo de autorização da gravação e foi garantido o anonimato a todos os participantes da entrevista.

A segunda etapa do método de Análise de Conteúdo, de acordo com Bardin (2009), se dá na codificação dos dados em unidades de registro, seria a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração (Palavras, frases, parágrafos). Nessa etapa a entrevista será dividida em categorias agrupadas tematicamente, procurando não apenas entender a fala dos entrevistados, mas, buscar outra significação ou outra mensagem através a primeira.

Através da codificação das entrevistas e as primeiras impressões acerca da realidade, resultaram em 5 (cinco) categorias dispostas a sessão de análise intermediárias. A primeira acerca da instituição e as condições que são dadas aos profissionais pela mesma. A segunda acerca dos casos de suspensão de acompanhamento de alguns casos. A terceira trata da precarização presente. A quarta discute o trabalho em rede e a participação da rede socioassistencial do município. E por fim, a quinta traz a problemática central da interdisciplinaridade.

E por fim, a última etapa da análise de conteúdo da pesquisa, se deu por meio da recepção dos resultados, inferência e interpretação, como sugere Bardin (2009). A análise de comparação é realizada por meio da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, buscando os aspectos considerados semelhantes e os divergentes.

## **5. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL JOÃO PAULO II: ANÁLISE DE DADOS**

Neste capítulo serão aclarados alguns dados referentes ao Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil João Paulo II, com o intuito de demonstrar como estrutura-se a instituição para melhor esclarecimento de como a atuação profissional pode-se dar na mesma. Em seguida será relatada a análise dos dados colhidos, a partir da técnica de método de Análise de Conteúdo, que se deu por meio de uma entrevista semi-estruturada, contribuindo imensuravelmente para a compreensão da realidade da atuação interdisciplinar e do funcionamento do serviço no CAPSi João Paulo II.

### **5.1 Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil João Paulo II – CAPSi Sousa/PB**

O Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil João Paulo II, localiza-se na região central do município de Sousa no sertão do estado da Paraíba, distante 438 quilômetros a oeste da capital João Pessoa. Localizando-se precisamente na Rua Bento Freire, nº 25, bairro Centro, CEP: 58802-060. Desde sua implantação no município, tendo sua inauguração datando o dia 01 de maio do ano de 2005, a instituição conta com uma equipe técnica multidisciplinar, que realiza atendimentos na cidade de Sousa e em mais 08 municípios pactuados, objetivando sempre a reinserção social de seu público alvo que são as crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 17 anos 11 meses e 29 dias que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico ou algum transtorno mental.

Durante o momento da pesquisa constatou-se que a infraestrutura física da instituição se faz em uma residência locada (alugada), contando com 9 (nove) cômodos espaçosos e ambientalmente razoável para a realização das atividades. Dentre elas um pequeno pátio, uma recepção, uma sala de fonoaudiologia, uma sala de psicologia, uma sala para o Serviço Social, uma sala de refeição, uma cozinha e dois banheiros.

Não há nenhuma forma de identificação da instituição, não havendo placa na entrada nem pinturas. Durante a visita no período matutino, a instituição contava

com algumas crianças que se encontravam brincando no pátio no aguardo para o atendimento com o fonoaudiólogo. Ressalva-se que no momento não havia guardas ou seguranças no local.

Foi observado que as condições de equipamento e materiais adequados para a atuação dos diversos profissionais que se fazem na instituição não se encontra de acordo com o indicado em relação à quantidade da demanda presente na instituição, sendo isto relatado pelos próprios profissionais durante a entrevista.

De acordo com dados colhidos durante a realização da pesquisa, verificou-se que são atendidos em média de 200 (duzentas) crianças e adolescentes por mês no CAPSi João Paulo II em Sousa/PB. Cerca de 15 (quinze) crianças são acompanhadas diariamente na instituição, onde por semana chega-se ao número de 70 (setenta) a 80 (oitenta) usuários do serviço. Dentre elas, portadoras de diversos problemas psicológicos são acompanhados. Os casos mais comuns são relatados como hiperatividade, autismo, epilepsia, retardo mental, ou até mesmo casos mais complexos e que exigem uma atuação conjunta e eficaz, como exemplo o acompanhamento dos casos de crianças vítimas de violência física ou sexual que são encaminhadas por ordem judicial.

O atendimento com o psiquiatra ocorre duas vezes por semana, nas segundas e quartas-feiras. Os profissionais de nível médio, como auxiliares de serviços gerais e recepcionista, se encontram diariamente na instituição. Os demais profissionais de nível superior a exemplo do enfermeiro, fonoaudiólogo, possuem carga horaria semanal de 40 horas, no entanto complementam a carga horária em outras instituições como CAPS AD – o que diminui sua carga horária na instituição. Somente o Assistente Social devido a Lei nº 12.317, de 27 de agosto de 2010, que estabeleceu a jornada de trabalho de 30 horas semanais para assistentes sociais.

Dentre os profissionais atuantes na equipe multiprofissional uma observação deve ser feita a despeito disto, todos os profissionais no momento da pesquisa eram efetivos. Foi constatado que a quantidade de profissionais se encontra em um total de 13 (treze), pelo fato da atual conjuntura de transição de mandato político interferir na contratação de profissionais aditivos. No momento, os profissionais contratados haviam sido demitidos e a instituição aguarda a contratação de novos profissionais para compor a equipe.

## 5.2 Análise dos dados

A coleta dos dados da referente pesquisa deu-se por meio de uma entrevista semiestruturada, em que participaram 4 (quatro) sujeitos selecionados dentre o total de 13 (treze) dos profissionais pertencentes a equipe técnica multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil João Paulo II. Os profissionais selecionados foram um Assistente Social, um Enfermeiro, Um Fonoaudiólogo e um Artesão (Facilitador de oficinas – nível médio).

A pesquisa foi realizada no ano de 2017 e possui seu objetivo no entendimento de que forma o trabalho em equipe interdisciplinar pode contribuir para os serviços prestados aos usuários, assim como observar se o mesmo vem sendo implementado de maneira eficaz na instituição.

No que tange a análise, durante a pesquisa, os profissionais disponibilizam a lista da equipe técnica que compõe a equipe multiprofissional do CAPSi. Observou-se que, é possível contar com uma variedade no tocante às funções exercidas (Tabela 1).

Tabela 1 – Equipe técnica

EQUIPE TÉCNICA	
FUNÇÕES	QUANTIDADE
Assistente Social	01
Artesão (Facilitador de oficinas)	01
Auxiliar de Serviços Gerais	02
Coordenador	01
Enfermeiro	01
Psicopedagogo	01
Psicólogo	01
Psiquiatra	01
Fonoaudiólogo	01
Recepcionista	01
Técnico de Enfermagem	01
Terapeuta Ocupacional	01

(Fonte: Elaboração própria - 2017)

Com relação ao nível de escolaridade podemos identificar que a quantidade de profissionais de nível superior é maior em comparação com nível fundamental e médio, no entanto, a quantidade de profissionais com alguma especialização ou Pós-Graduação é mínima.

Tabela 2 - Nível de escolaridade e sexo

NÍVEL DE ESCOLARIDADE E SEXO			
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
Ensino Fundamental	2	0	2
Ensino Médio	3	0	3
Ensino Superior	4	1	5
Nível Técnico	0	1	1
Pós-Graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado)	1	1	2

(Fonte: Elaboração própria - 2017)

A partir da interlocução com 4 (quatro) dos profissionais citados acima, mais especificamente o Assistente Social, Fonoaudiólogo, Enfermeiro e o Artesão (facilitador de oficinas), utilizando o método de Análise de Conteúdo, subdivididas em categorias, podemos levantar algumas considerações acerca da problemática da pesquisa. As categorias foram subdivididas como mostra-se a seguir (Tabela 3).

Tabela 3 – Categorias do método de Análise de Conteúdo

<b>Categoria inicial</b>	<b>Conceito norteador</b>	<b>Categoria intermediária</b>
<b>I. Instituição</b>	Evidência na falta de condições propícias para uma atuação profissional eficaz.	1. Reuniões/discussões; 2. Capacitações; 3. Subsídios para a atuação profissional.
<b>II. Acompanhamento dos casos</b>	Indica o abandono ao tratamento da criança no serviço por parte dos responsáveis.	1. Suspensão dos acompanhamentos de casos
<b>III. Precarização do serviço</b>	Salienta dificuldades enfrentadas pelos profissionais em sua atuação profissional.	1. Condições objetivas ao agir profissional

<b>IV. Trabalho em Rede</b>	Discute a falha na rede psicossocial do município.	1. Falha na rede; 2. Falta de articulação.
<b>V. Interdisciplinaridade</b>	Denota questões acerca da importância da interdisciplinaridade na eficácia dos serviços.	1. Reconhecimento da importância da interdisciplinaridade por parte dos profissionais; 2. Interdisciplinaridade como fator contribuinte na redução dos riscos do serviço.

(Fonte: Elaboração própria - 2017)

### **Categoria 1: Instituição: reuniões/discussões de casos, capacitações e subsídios para a atuação profissional**

No tocante ao funcionamento da instituição, se existiam reuniões/discussões de casos entre a equipe e qual a frequência que as mesmas ocorriam, os profissionais são claros quando expressam que há uma falha na realização das mesmas.

*“Atualmente não existe com muita frequência não. Antigamente a gente tinha uma programação de fazer uma vez por mês uma reunião para discutir casos. A gente selecionava dois casos, dentre os mais preocupantes e discutia. Agora já faz um tempo que o serviço não está cumprindo o cronograma, até pela mudança de governo, onde mudou a coordenação que agora que está começando a organizar o serviço, esse ano a gente ainda não teve não.” (Entrevistado A)*

*“A última que teve, foi, vish... Faz mais de um ano, nunca mais houve reunião ou planejamento. Agora a gente tentou organizar um cronograma pra voltar a funcionar, mas como a equipe tá funcionando com a equipe mínima porque ainda a psicopedagoga e a TO dão só vinte horas aqui, complementam a carga horária no AD, mais vinte lá, daí está cheio de lacuna o horário da gente. A gente tentou e a diretora pediu para ver se chega mais gente pra gente fazer a primeira reunião. Faz cerca, eu acho, de uns dois anos que não tem mais estudo de caso.” (Entrevistado C)*



*“Essas reuniões entre a equipe profissional elas tem que existir, mas assim, elas não tão com a frequência que elas devem acontecer. Mas tem que acontecer!”*  
(Entrevistado D)

Diante as falas dos profissionais é possível observar que, é reconhecida a importância dessas reuniões e discussões de casos pela equipe, no entanto, não há uma realização com frequência, sendo dificilmente, ou quase que nula a atividade das mesmas. No entanto, as orientações do Ministério da Saúde sobre o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossiais são as seguintes.

O trabalho nos CAPS é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe) de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Há oferta de cuidados médicos, psicológicos, de assistência social, além de grupos com objetivos diversos. (BRASIL, 2014, p.34).

Ou seja, de acordo com o previsto pelo Ministério da Saúde, o trabalho deve se dar com reuniões diárias de equipe, por meio de assembleias com os usuários e grupos, entretanto, constatou-se que, no CAPS Infante Juvenil João Paulo II, existe uma grande falha nesse ponto.

No tocante a instituição oferecer alguma capacitação profissional, as respostas são concordantes quanto a expressarem que há anos não é oferecida algum tipo de capacitação ou aperfeiçoamento para os profissionais do CAPSi Sousa.

*“Até agora não foi oferecido não nenhuma capacitação.”* (Entrevistado B)

*“A última capacitação que foi feita, aqui pelo próprio município, foi feita na última gestão de Tayrone, logo quando a equipe nova chegou ai teve uma capacitação interna, porque no tempo a gente tinha coordenador de saúde mental no município, ai a pessoa orientava as questões e os antigos capacitaram os novos dentro da instituição. Mais aí, ano passado teve uma capacitação da RAPS mesmo que é a nível de Estado, mas municipal mesmo foi na outra gestão.”* (Entrevistado C)

*“Faz tempo que teve capacitação aqui, pelo menos até onde eu sei!”*  
(Entrevistado D).

Nota-se que, a instituição, juntamente com o município, quase que nunca oferece alguma capacitação ou condições aos profissionais da instituição realizarem

aperfeiçoamento profissional, sendo que, o mesmo ocorrendo, a instituição contará com profissionais mais capacitados e preparados para atender as demandas emergentes, assim como aperfeiçoar os conhecimentos acerca dos serviços de saúde mental.

Na fala do entrevistado C podemos observar que o município contava com coordenador de saúde mental, contudo, há anos se encontra sem o mesmo. Essa falta de coordenador na saúde mental do município pode levar a uma fragmentação das atividades nas instituições, justamente pelo fato dos profissionais ficarem a mercê da própria atuação, sem uma supervisão que articule o funcionamento dos serviços.

Em seguida, complementando a questão anterior, é perguntado aos profissionais se na concepção dos mesmos a instituição oferece os subsídios necessários para que a atuação profissional seja efetivada, as respostas são as seguintes.

*“Não. Temos alguns materiais mais ainda é escasso né. Não é tudo que a gente precisa que a gente tem não aqui não. Tem coisa que a gente necessita e que até agora a gente não tá tendo não.” (Entrevistado B)*

*“Não, não! No caso do Serviço Social hoje nós ainda não temos um carro. Já fazem mais de dois anos que a gente tá sem carro pra visita, então quando tem uma visita que não dá pra deixar para depois aí tem que ligar para outro serviço pra pegar carro emprestado, pra bater horário com o de outro serviço é... Agora a gente conseguiu comprar alguns materiais porque no fim do segundo semestre do ano passado a gente tava sem material para trabalhar com as oficinas. Paticamente a gente tava trabalhando com a imaginação aqui, papel e reciclável, mais material chegou agora quando a nova gestão assumiu fez uma pequena compra. Recebemos doações também esses dias de livros e brinquedos, e também foi comprado uma boa parte de brinquedo que tava faltando para a fonoterapia.” (Entrevistado C)*

*“Não. Deixa a desejar. Agora tudo que eu tenho pedido pelo menos de material básico, eu tenho recebido. Agora de material, digamos de maior porte, como necessita de licitação e ela ainda tá acontecendo, aí eu não sei se vai ser efetivado, eu espero que sim!” (Entrevistado D).*

Diante tais respostas fica claro que a instituição não oferece subsídios suficientes para uma atuação profissional eficaz. Em suas falas os profissionais expressam a falta de equipamento, materiais e condições objetivas que a instituição

é desprovida. Em alguns momentos também podemos observar o quanto essa falta de condições objetivas pode interferir diretamente na atuação profissional, assim rebatendo no tratamento e na qualidade dos serviços prestados as crianças e adolescentes. Diante do exposto, foi indagada a questão de que se eram oferecidas algumas oficina terapêuticas, refeições ou outras atividades pela instituição, o exclamado foi o seguinte.

*“Oferece sim. Tem as oficinas terapêuticas. Quase todos os dias tem, as oficinas terapêuticas e operacional. Oferece as refeições pros meninos que ficam o turno todo né. Outras atividades atualmente a gente não ta tendo não.” (Entrevistado A)*

*“Oferece. As oficinas terapêuticas eu sou uma das que trabalham nas oficinas, trabalha a assistente social, eu como instrutora de artes e a psicóloga também. Todo profissional aqui trabalha com oficina terapêutica. Refeição também, depois dos atendimentos, nove horas é a hora da merenda deles e outras atividades, assim, antigamente eles tinham o passeio de ir pra piscina, mas até agora depois que iniciou esse ano a gente não teve passeio não, mas existe as atividades extras.” (Entrevistado B)*

*“Sim. Hoje a gente tem a oficina com (Fulano), a artesã, ela ta desenvolvendo alguns trabalhos. A gente tinha outro artesão também, ai como ele já tá nesse ramo a mais tempo ele conseguia trabalhar com dança, com teatro. Mas com a artesã agora a gente ta trabalhando com pintura, confecção de brinquedos. Refeições também voltaram, semestre passado tava deficitário a questão das refeições, tava sem refeições na verdade, quando fez as ultimas compras não se fez mais, ai agora dá pra manter normalmente os lanches.” (Entrevistado C)*

Podemos identificar que a instituição oferece sim algumas oficinas, relacionando com a questão anterior podemos notar que, mesmo diante do quadro de escassez de recursos e condições objetivas de trabalho, minimamente são oferecidas algumas oficinas terapêuticas.

## **Categoria 2: Acompanhamento dos usuários: Casos de suspensão**

Uma das barreiras que foi observada durante a pesquisa que se faz presentes ao tratamento das crianças e adolescentes, é o desligamento do usuário com o

serviço. Esse quadro leva a questionar quais os motivos mais comuns dessas suspensões. As respostas foram as seguintes.

*“Assim, o abandono mesmo não é do paciente. Da família né, como aqui é o infantil os pacientes vem com os responsáveis e ai a gente tem os contratos terapêuticos que os responsáveis assinam na hora da triagem, que tem dizendo que se tiver três faltas consecutivas sem justificativa o atendimento será suspenso. E ai acontece muito isso, passam um, dois meses sem vir, ai depois aparecem, eles vem depois não vem mais. E ai tem alguns casos que fica difícil dos pais trazerem, tivemos um caso de um autista que era maior do que os pais, meio gordinho, obeso ele, ai ficava muito difícil pros pais trazerem ele.” (Entrevistado A)*

*“Só quando a família não se interessa né mais no atendimento, até porque a criança que tem problema ela não entende né pra que ela tá vindo pra cá. A suspensão é mais por conta da família mesmo, eles não querem o tratamento. Existe muito estigma aqui, inclusive a sociedade, a alta sociedade ela tem um grande preconceito, até as crianças daqui elas sofrem preconceito dentro das escolas, só por saber que a criança passa pelo CAPS já é um grande estigma, por que as outras crianças já ficam “áh é doido, passa pelo CAPS é doido”. Já tem relatos deles que falam “ah eu não venho pra cá não, porque meus colega dizem que eu sou doido”.” (Entrevistado B)*

*“A gente tem muito caso de abandono, abandono de tratamento né. A mãe chega com uma determinada demanda e depois do atendimento que a criança sai da crise a criança não vem mais. Daí como a gente tava sem carro não conseguia fazer a busca para retornar o tratamento. Então tem muitos casos de abandono. Mas os motivos mais comuns são o próprio abandono da família.” (Entrevistado C)*

*“O motivo mais comum é a família mesmo abandonar o acompanhamento sem nenhum tipo de justificativa. O motivo mais comum que eu vejo é esse.” (Entrevistado D)*

De acordo com as entrevistas, o motivo maior do rompimento dos acompanhamentos é em geral por parte dos responsáveis. Deve-se ter em mente que, por se tratar de crianças e adolescentes, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu Artigo 5º, é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público, a responsabilidade sobre tais indivíduos.

Em face do exclamado pelos entrevistados podemos também situar aqui a questão dos estigmas que são socialmente criados. Assim como observar que ao

longo da pesquisa foi discutida a problemática de como o “louco” é visto pela sociedade, ou seja, constata-se aqui que, o preconceito é uma barreira forte e que precisa ser trabalhada nos diversos ambientes, seja escolar e familiar, como forma de extinguir esses estigmas sobre a saúde mental e fortalecer a participação do usuário no serviço.

Cabe interpor a importância da atuação profissional dos profissionais do CAPSi também trabalhando a família, de maneira a romper com essa problemática da suspensão dos acompanhamentos, uma vez que em sua grande maioria, como observamos nos relatos dos profissionais, é realizada pela própria família da criança que a deixa de levar ao CAPSi.

É importante salientar aqui que a própria família também está em situação de vulnerabilidade. Diante isto, o próprio ECA traz a questão de ser trabalhada a família juntamente com a criança usuária do serviço. A família ao ser trabalhada também deve ser informada acerca dessas doenças mentais e seus respectivos tratamentos, mas também, a partir do acolhimento e escuta. Observou-se que, diante as falas dos profissionais há uma culpabilização das famílias, no entanto, a família na maioria das vezes também está inserida em um contexto de vulnerabilidade.

Diante isto, o CAPSi por possuir sua proposta voltada para o fortalecimento do convívio familiar e comunitário em paralelo com o tratamento, e levando em consideração que esses usuários são crianças, é fundamental realizar o atendimento a partir de grupos juntamente com as famílias.

### **Categoria 3: Precarização do serviço:**

Referente à precarização da instituição CAPSi João Paulo II, diante o explicitado pelos profissionais podemos verificar que há uma precarização na instituição, resultando na falta de materiais, condições objetivas e influenciando na atuação profissional. Diante isto, os profissionais são indagados a responderem se acreditam que essa precarização interfira na atuação profissional e de que forma. As respostas são as seguintes.

*“Interfere. Assim, como eu disse a você, o mínimo para trabalhar a gente tem, claro que se a gente tivesse a possibilidade de ter muito mais recursos para*

*trabalhar o trabalho seria mais efetivo, mas não acho que a instituição seja precária em sí, a gente tem o mínimo pra trabalhar a gente tem.” (Entrevistado A)*

*“Interfere um pouquinho né! Porque a forma que a gente queria trabalhar a gente não tem condição né, com essa precarização fica difícil né.” (Entrevistado B)*

*“Sim. Ela interfere por que a gente acaba ficando com uma atuação muito limitada né. Querendo ou não hoje a gente não tem um CAPS em sí. O serviço tá descaracterizado e a interdisciplinaridade em sí não está funcionando, não está tendo planejamento, não está tendo estudo de caso, então tá cada um trabalhando por conta própria nesse serviço, então querendo ou não isso afeta no serviço que a gente vai oferecer pro usuário.” (Entrevistado C)*

*“Acredito que sim. Acredito que até nos recursos humanos. O número de profissional tava insuficiente, não tava atingindo a demanda, então quando a lista de espera ta grande, a pessoa por esperar muito tempo ela acaba desistindo, então isso é um dos motivos né, que se torna precário e interfere que a gente acabe deixando de atuar né deixando a desejar. Na minha não tem demanda reprimida né. Graças a Deus, isso é mais com relação aos profissionais em que demanda tempo de atendimento que é o psicólogo, o TO, a psicopedagogia. No caso do Serviço Social e da enfermagem essa demanda reprimida não acontece, porque como a demanda da gente é uma demanda mais rotativa, que a gente consegue atender em um espaço menor de tempo que não precisa de uma continuidade específica a gente consegue num ter essa demanda reprimida né, mais os demais profissionais acontece.” (Entrevistado D).*

Sob tais afirmativas chega-se a ideia de que a precarização interfira diretamente na atuação do profissional, limitando o profissional a responder a demanda com qualidade devido a falta de materiais, equipamentos entre outras condições objetivas necessárias ao agir profissional. Esse contexto gera uma fila de espera no serviço, afetando diretamente o serviço oferecido a essas crianças e adolescentes.

#### **Categoria 4: Rede de Atenção Psicossocial e socioassistencial do município**

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), o município, assim como os gestores de saúde, tem como atribuição, manter uma rede de serviços efetivos e

com qualidade para crianças e adolescentes, perpassando da atenção básica à especializada. É [...] fundamental a construção cotidiana de uma rede de profissionais, ações e serviços para a garantia do acesso de crianças, adolescentes e jovens aos cuidados nesta área. (BRASIL, 2014, p. 25).

Ao serem questionados sobre a rede socioassistencial - que deve funcionar de maneira interligada - os profissionais da instituição relatam se há uma interlocução com a rede e quais as instituições/serviços que fazem parte,

*[...] como é uma instituição pública sempre tem suas faltas, a gente não consegue tudo que a gente quer. O que eu acho que não dá subsidio para a gente fazer um trabalho de CAPS mesmo, é a rede de atenção do município. Esses pacientes daqui eles não tem o subsidio de fonoterapia em outro lugar que eu pudesse encaminhar e eles fazerem a fonoterapia individual e a gente chegasse aqui e fizesse os grupos operativos e grupos terapêuticos mais eficientes, então a gente acaba sendo um pouquinho de ambulatório, porque como a gente não tem o subsidio de fonoterapia quando chega aqui eu tenho que suprir essa necessidade, ai acaba tomando o tempo dos grupos que a gente podia fazer (Entrevistado A)*

*“A rede é um pouco furada. O que aconteceu?! Nos últimos quatro anos meio que houveram algumas barreiras, no sentido de até a comunicação com os próprios CAPS né. Um serviço que era pra funcionar em rede, porque a nossa realidade é que não temos médico todo dia na unidade, então as vezes a gente recebia um caso de surto na unidade e no outro CAPS tinha um médico mais o médico não queria atender a criança aqui, e para tirar do surto a gente precisa que prescreva algum medicamento e a gente não tinha como. Voltava pro Regional e o medico no Regional não quer atender ai volta pra cá, e e... Também com os outros órgãos também também, O CRAS, tinham algumas crianças que era acompanhadas aqui e também lá e a gente enviava “N” relatórios e as vezes chegava pedindo o mesmo relatório que já tinha sido enviado e a gente ficava sem entender né o que aconteceu. Muitas vezes em visitas que a gente conseguiu fazer né, porque é pertinho pra ir a pé, não foi encontrado as coisas que a gente tinha enviado até então, se perdiam muitos documentos. Então a rede do município ela é bem falha! Nós trabalhamos com toda a assistência, com os PSFs, unidades da família, escolas, nos trabalhamos com os CRAS e CREAS e também com demanda judicial também. Então para que tudo isso funcionasse nós precisaríamos ter contatos bem*

*mais firmados, e querendo ou não houve um distanciamento muito grande. Conselho tutelar também a gente trabalha.” (Entrevistado C)*

*“Sempre tem né, a falha da rede. Nunca existe aquela, a RAPS, sempre tem, mas a gente tenta trabalhar com rede. Desde a educação, saúde e com justiça a gente tenta entrar em contato com as escolas, com os órgãos da justiça, da ação social. Cada caso vai depender demandar de órgãos diferentes, mas os que a gente precisa normalmente a gente tem resposta.” (Entrevistado D).*

É enfatizada aqui que, o CAPSi conta com a rede socioassistencial do município, entretanto, podemos observar que, essa rede nem sempre está em pleno funcionamento, tornando-se falha em diversos momentos. Há uma falha na comunicação entre as instituições e órgãos que deveriam se interligar de acordo com o previsto pelas diretrizes da RAPS.

Essa articulação e comunicação deveria envolver toda a rede socioassistencial, desde a básica, por meio dos ESFs, Cras, entre outras, até a mais complexa, Creas, órgãos da justiça como o Ministério Público, Conselho Tutelar. Todavia, diante o exposto, fica clara a falha nessa rede no município de Sousa/PB.

### **Categoria 5: Interdisciplinaridade**

Partindo para o ponto chave da pesquisa, os profissionais são interrogados acerca da interdisciplinaridade. Segundo o Ministério da Saúde (2014), os Centros de Atenção Psicossociais devem ser constituídos por uma equipe interdisciplinar, de forma a oferecer todo suporte aos usuários. Primeiramente questiona-se se na concepção dos mesmos há um trabalho interdisciplinar no CAPSi João Paulo II da cidade de Sousa. As respostas são as seguintes.

*“Mais ou menos. Por mim, assim, haveria mais. Assim, a gente aqui faz um trabalho muito individual, a gente costuma conversar sobre os casos sempre que necessário, eu sempre faço isso quando vejo uma criança com uma necessidade maior para TO (Terapeuta Ocupacional), eu vou pra TO e digo “olha, fulaninho tá precisando disso e disso e disso.”. Mas eu acho que a gente tá precisando fazer as coisas mais juntas, a gente sentar e planejar uma terapia pra tal paciente, planejar a terapia junta, claro, eu ficando nas partes de comunicação que é a parte de fono, ela*



*focando na parte das ABDS por exemplo, mas eu acho que falta isso, falta a gente trabalhar mais junto.” (Entrevistado A)*

*“Hoje não, hoje não! Não mais, já funcionou, eu acho que já foi modelo. Esse CAPS, a forma de funcionamento que ele já teve, hoje a gente não considera que haja uma interdisciplinaridade. Creio que ainda com o pouco que nós temos, mais na frente ainda conseguimos voltar, mas hoje não!” (Entrevistado C)*

Nota-se que, durante a pesquisa, os profissionais compreendem a importância da atuação interdisciplinar em equipe, de maneira articulada e conjunta em prol de um denominador comum (a eficácia do serviço). Podemos observar que, alguns dos profissionais sentem que falta articulação da equipe, planejamento conjunto, o verdadeiro “sentar e discutir” com toda a equipe, considerando que o trabalho que há atualmente na instituição é um trabalho bastante individual, fragmentado.

Importante salientar que o entrevistado “C” coloca a questão de que o CAPSi João Paulo II já foi considerado modelo em questão de atuação interdisciplinar, na forma de funcionamento, entretanto, atualmente, não considera que haja uma interdisciplinaridade na instituição.

Chegando a um dos pontos principais da referida pesquisa, os profissionais são questionados quanto a sua concepção da interdisciplinaridade contribuir para a redução dos riscos de fragilidade do funcionamento dos serviços oferecidos pelo CAPSi, e de forma isso é possível. Diante tal questionamento surgiram tais respostas.

*“Talvez, assim, se a gente trabalhasse mais junto à gente talvez conseguisse evoluções melhores pro paciente e aquele paciente conseguisse ter uma alta mais rápida e a gente conseguisse fazer o fluxo andar aqui né. Acho que para o funcionamento isso, porque tem paciente que tá aqui há sete anos, há oito anos e acaba não tendo alta e as vezes muito por consequência disso, “ah, não tinha vaga pra fono nessa época aqui”, ai fez só a psicoterapia ai ficou, ai agora ta só com fono. Talvez se a gente fizesse grupos terapêuticos juntos a gente conseguisse abarcar melhor a demanda, fazer o fluxo realmente andar aqui com os pacientes.” (Entrevistado A)*

*“Bem assim, eu acho que cada profissional aqui tem uma importância. É essencial que as crianças tenham um atendimento interdisciplinar, até porque elas já vem tão fragilizadas né, a própria mãe já vem fragilizada devido o próprio problema*

*da criança. Aqui os atendimentos são variados né, tem criança autista, com problema mental, epilético, tem criança que só tem retardo mental, tem criança que só tem hiperatividade, tem criança com algum trauma alguma coisa, violência sexual a gente atende, essas coisas. Então assim, se a equipe não tiver unida pra atender aquele caso fica complicado né. Cada um tem a sua particularidade. Na verdade eu acho assim, que aqui devia ter mais esse trabalho de união de equipe, porque assim, existem crianças que necessitam e que não tem o verdadeiro atendimento né. Existe essa fragilidade em todos os serviços né, mas devido ser na rede pública também.” (Entrevistado B)*

*“Seria primordial aqui. Muitos casos até pra própria evolução do usuário precisaríamos trabalhar com a interdisciplinaridade. Porque se eu tenho uma demanda “X” na minha área e consigo ver algumas fragilidades, algumas limitações, outro profissional sabe de outras coisas, se trabalhássemos em prol, certamente a melhora do usuário seria mais rápida, as queixas que trouxeram ele aqui desapareciam com mais frequência e eu acho que tanto a falta dessa interdisciplinaridade hoje no serviço faz com que a gente tenha um numero de altas muito pequeno no serviço, justamente por conta dessas questões né. Algumas crianças que a gente encaminha pra um outro profissional mas o profissional não tenha acesso ao prontuário e fica o pedido, é... profissionais que dividem carga horaria e ta num dia mais no outro dia não ta o profissional, então termina que tem profissionais que não se batem na instituição dia nenhum. Como é que faz pra conversar?! Sobre o mesmo usuário se ninguém se encontra? Tem profissional que tá na segunda, outro na segunda e sexta... fica muito complicado, compromete muito o resultado do serviço.” (Entrevistado C)*

*“Como o CAPS trabalha com o social, psicossocial na realidade, se não houver interdisciplinaridade a gente não consegue evoluir e dar alta não, infelizmente. Então não flui o serviço se não houver essa interdisciplinaridade, se não houver o estudo de caso, coletivo, se a gente não conseguir visar o usuário como um todo a gente não consegue surtir efeito na vida do usuário não, eu penso assim.” (Entrevistado D).*

As repostas como podemos observar são similares. Fica claro que os profissionais acreditam que a atuação interdisciplinar é fator primordial para a eficácia do serviço prestado as crianças e adolescentes. Diante as repostas, os profissionais acreditam que, trabalhando de forma conjunta, articulada,

interdisciplinar, haverá um movimento nos atendimentos, chegando a uma resposta mais rápida e eficiente aos pacientes. Entende-se que, cada caso tem uma particularidade, e cada profissional também, no entanto, atuando de maneira interdisciplinar a demanda será melhor abarcada, havendo melhores resultados nos serviços.

O entrevistado “C” articula perfeitamente a ideia de interdisciplinaridade. Compreende que um profissional de uma área distinta pode identificar fragilidades e particularidades de uma criança que outro profissional talvez não conseguisse sozinho, o que torna a atuação interdisciplinar primordial. Ainda de acordo com sua fala, a escassez dessa interdisciplinaridade reflete diretamente nos serviços oferecidos pelo CAPS Infanto Juvenil João Paulo II, tornando uma demanda reprimida, sem respostas, resultante muitas vezes da falta de encontros, reuniões, ou do próprio diálogo entre os profissionais.

Outra questão importante é levantada no momento em que os entrevistados tratam da questão de que o CAPSi deve trabalhar diretamente com o psicossocial do indivíduo, com a subjetividade, uma vez que não havendo interdisciplinaridade nesses atendimentos o serviço simplesmente não flui, não evolui, não surtindo um efeito eficaz nas respostas as demandas presentes e nas demandas emergentes à instituição.

Diante a análise dos dados colhidos durante a pesquisa realizada no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil João Paulo II, podemos constatar que, inúmeras deficiências se fazem presentes à efetivação da política na instituição. Constatou-se para além do proposto. Podemos salientar que, a atual rede de atendimento à saúde mental infantil no município de Sousa encontra-se hoje, com dificuldades de relação e comunicação.

A instituição se encontra fragilizada em vários sentidos. No que tange a precarização, falta de comunicação entre a rede, no acompanhamento com as crianças, na equipe profissional e, principalmente, na atuação interdisciplinar. Com relação à política como um todo se verificou que a atuação interdisciplinar não está sendo efetivada pelos profissionais na instituição de acordo com o previsto.

Posto isto, a importância desta pesquisa e da leitura da realidade realizada é de suma importância para o presente trabalho, pois, além de comprovar a discussão apresentada até então, nos subsidia a elaboração de estratégias que venham a modificar esta realidade futuramente, contribuindo para um melhor atendimento às

crianças usuárias da política de saúde mental do CAPSi João Paulo II na cidade de Sousa.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fala-se pouco em promoção de saúde mental infantil em nosso contexto nacional. Pode-se dizer, a partir do exposto nesta pesquisa, que isso se dá pelos cuidados direcionados à infância e à saúde mental brasileira, ao longo da história, basear-se em assistencialismo, repressão e/ou institucionalização. No entanto, resultado de inúmeras lutas sociais, a exemplo do movimento da Reforma Psiquiátrica, a saúde mental infantil entra na agenda das políticas sociais através de conquistas como a Constituição Federal de 1988 e através de orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente. Contemporaneamente, a sociedade brasileira conta com a Rede de Atenção Psicossocial, qual estipula ações e serviços voltados às crianças com problemas mentais através dos CAPS infantis.

Diante do conteúdo elencado neste estudo, podemos identificar as contribuições da interdisciplinaridade para o fortalecimento dos serviços oferecidos às crianças do CAPSi João Paulo II, assim como é essencial a efetivação desses serviços de acordo com as diretrizes da Saúde Mental e seu alinhamento com os princípios do SUS.

O desenvolvimento desta pesquisa permitiu-nos aprofundar a problemática referente à efetivação dos serviços oferecidos pela política de saúde mental infantil no Centro de Atenção Psicossocial Infância Juvenil João Paulo II. Proporcionou-nos ainda uma reflexão acerca dos desafios que se fazem presentes à mesma, uma vez que, de acordo com os resultados obtidos, tomou-se conhecimento da realidade do funcionamento do serviço nos dias atuais.

Após a produção da referente pesquisa, tornou-se notório que o serviço oferecido se encontra fragilizado. A equipe multiprofissional se encontra fragmentada e não realiza as atividades de maneira efetivamente interdisciplinar. Um desses motivos é a instituição se encontrar escassa de condições objetivas para o pleno funcionamento dos serviços devido à precarização tão presente. Muitos dos acompanhamentos aos usuários são interrompidos por diversos motivos e constatou-se que o trabalho com a família também é escasso.

Verificou-se ainda, a corroboração nas diversas falas dos entrevistados sobre a dificuldade do trabalho e do funcionamento em rede juntamente com o município, o que nos leva a acrescentar que, para além do CAPSi João Paulo II, outros órgãos da

rede não mantêm a comunicação necessária, prejudicando a efetivação do cuidado com as crianças usuárias do serviço de saúde mental da respectiva instituição.

Logo, verifica-se que uma efetiva interdisciplinaridade demanda muito mais do que as condições da equipe propriamente dita. Para sua efetivação são necessários inúmeros outros fatores contributivos. Como observamos ao decorrer da pesquisa, as condições objetivas institucionais, a organização e funcionamento da rede, participação do município e a precarização, tornam-se um grande desafio a mesma.

Destarte, faz-se imprescindível a leitura da realidade sobre a política que está sendo implementada na referente instituição, visto que a mesma contribui para o questionamento de estratégias que venham a contribuir para o melhor funcionamento desse serviço, para uma verdadeira e efetiva atuação interdisciplinar com os usuários, fazendo com que essa fase tão importante para o desenvolvimento psicossocial, que é a infância, seja tratada como previsto nos aparatos legais e na própria política de saúde mental infantil.

Por fim, é importante salientar que, o presente trabalho trata-se de um trabalho de conclusão de curso e a pesquisa realizada é somente um recorte de visão sobre a realidade, ou seja, não é pretendido aqui trazer conclusões acabadas sobre o assunto. O estudo visa abrir espaço para uma discussão analítica acerca da problemática em nossa atual conjuntura. O mesmo deve ser aprofundado futuramente em outros trabalhos de caráter científico, a exemplo de artigos acadêmicos e/ou dissertação de mestrado.

## 7. REFERENCIAS

ABDA. **O que é TDAH?** Disponível em: <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/o-que-e-o-tdah.html>. Acesso em: 11 dez. 2016.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2nd ed. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 1998.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil.** Ceará: Rev. Scielosp, 2016. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a10>. Acesso em: 22 dez. 2016.

BRASIL. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** 1ª Edição: Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 2013.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS:** Tecendo redes para garantir direitos. 1ª Edição: Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde/ DAPE. **Saúde mental no SUS:** Os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria/GM nº 336** - De 19 de fevereiro de 2002 . Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, Ministério da Saúde, 1992.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12,** outubro de 2015. Brasília, 2015. **Informativo eletrônico de dados sobre a Política**

**Nacional de Saúde Mental.** 48p. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental). Acesso em: 17 dez. 2016.

BRAVO, M. I. de S. et al. **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

CEBES. **Saúde em debate.** Vol. 25 nº58. Rio de Janeiro: Rev. Do centro brasileiro de estudos de saúde, 2001.

COSTA, Gabriel Melo. **História da loucura e dos tratamentos da saúde mental no Brasil.** São Paulo: Anais do I Simpósio Interdisciplinar de Tecnologias na Educação. 2015.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Intersetorialidade: Uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Vol. 27, 2015.

CUKIERT, Arthur. **Epilepsia em crianças: Diagnóstico e tratamento precoces podem salvar seu futuro.** São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.cukiert.com.br/?pg=epilepsia-crianca>. Acesso em: 06 dez. 2016.

SCOREL, S. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

FAZENDA, Ivani. **Didática e Interdisciplinaridade.** São Paulo: Editora Papirus, Ed. 13ª, 2008.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **A saúde da Criança na Política Social do primeiro Governo Vargas.** Vol. 3. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

FRASQUILHO, Maria Antônia. **Doenças mentais em crianças.** Algés, Portugal, 2016. Disponível em: <http://www.alterstatus.com/pt/doencas-mentais-em-criancas>. Acesso em: 06 dez. 2016.

FROTA, Ana Maria Monte Coelho. **Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, Rio de Janeiro, v. 7. 2007. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v7n1/artigos/pdf/v7n1a13.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2016.



GALVÃO, Ana Luiza. **Transtornos psiquiátricos na infância: ABC da saúde.** 2016. Disponível em: <https://www.abcdasaude.com.br/psiquiatria/transtornos-psiquiatricos-na-infancia>. Acesso em: 06 dez. 2016.

KRAMER, Sonia. **A Política do pré-escolar no Brasil: a arte do disfarce.** São Paulo: Cortez, 1992.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da Loucura.** Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2001.

NASCIMENTO, Glauca Terra do. **A Construção Social Do Conceito De Infância: Algumas Interloquções Históricas E Sociológicas.** Minas Gerais: 2016. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/gepeis/wp-content/uploads/2011/08/infancias.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2016.

ODA, A.M.G.R; DALGALARRONDO, P. **Historias das primeiras instituições para alienados no Brasil.** Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12, n.3. 2005.

PRIORE, Mary Del. **História das crianças no Brasil.** São Paulo, 7. Ed, 1ª reimpressão. Contexto, 2013.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **História Da Saúde Mental Infantil: A criança brasileira da colônia à república velha.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, jan./abr. 2006.

RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. **A Arte de Governar crianças: A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

ROCHA, Odenice. **Transtornos mentais são mais frequentes entre crianças e adolescentes.** Disponível em: <http://ulbra-to.br/encena/2013/10/25/Transtornos-mentais-sao-mais-frequentes-entre-criancas-e-adolescentes>. Acesso em: 18 dez. 2016.

SANTOS, Leticia de Faria; VASCONCELOS, Laércia Abreu. **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar.** Vol. 26. Brasília: Revista Psicologia, terapia e pesquisa, 2010.

SIMBEMBERG, Nilson. **As políticas públicas voltadas para a infância têm uma história muito recente.** 2015. Disponível em:

<http://emails.estadao.com.br/blogs/crianca-em-desenvolvimento/quem-cuida-da-saude-mental-infantil/>. Acesso em 17 dez. 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5ª .Ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2013.

VASCONCELLOS, Vinícios Carvalho de. **Trabalho em equipe na saúde mental: O desafio interdisciplinar em um CAPS**. Ribeirão Preto: Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Vol. 6, 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000100015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015). Acesso em 07 out. 2016.

TAVARES, Claudia Mara de Melo. **A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial**. Vol. 14. Florianópolis: Sielo, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a12>. Acesso em 02 out. 2016.

TOSATTO, Carla. **O que é ser criança hoje?** Revista nome da sua escola, 2009. Disponível em: [http://www.nomedasuaescola.com.br/revista/0609/pdf/ponto\\_de\\_vista\\_1.pdf](http://www.nomedasuaescola.com.br/revista/0609/pdf/ponto_de_vista_1.pdf). Acesso em: 01 dez. 2016.

THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. **Boas Praticas em Saúde Mental Comunitária**. 1ª Ed. São Paulo: Editora Manoele, 2010.

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro. 1990

ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. **Desafios à psicologia na instituição de saúde**. Psicologia: Sielo, 1994. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931993000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931993000100004). Acesso em: 07 set. 2016.

ZAVASCHI, Maria Lucrecia Scherer (org). **Crianças e Adolescentes Vulneráveis: O atendimento interdisciplinar nos centros de atenção psicossocial**. São Paulo: Editora Artmed, 2009.

## **8. ANEXOS**

### **8.1 Roteiro para entrevista semiestruturada**

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Existem reuniões/discussões entre a equipe profissional sobre casos? Com que frequência?
2. A instituição oferece alguma capacitação profissional? Com que frequência?
3. Em sua concepção a instituição oferece todos os subsídios necessários para que a atuação profissional seja efetivada com qualidade?
4. A instituição oferece oficinas terapêuticas, refeição diária ou outras atividades?
5. Há casos de suspensão do acompanhamento de alguns casos? Quais os motivos mais comuns?
6. Acredita que a precarização presente na instituição interfira em sua atuação profissional? De que forma?
7. A instituição conta com o apoio da rede socioassistencial do município? Quais instituições ou serviços?
8. Pode-se considerar que há um trabalho interdisciplinar no CAPSi de Sousa-PB?
9. Em sua concepção de que forma o trabalho interdisciplinar poderia contribuir para a redução dos riscos de fragilidade do funcionamento do serviço?

## 8.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado senhor(a),

Convidamos você, por meio deste documento a participar da pesquisa “SAÚDE MENTAL INFANTIL E INTERDISCIPLINARIDADE: Percepções a partir do trabalho em equipe no Centro de Atenção Psicossocial João Paulo II em Sousa/PB”. Temos como objetivo analisar a efetivação da atuação interdisciplinar da instituição. A pesquisa tem como orientadora a professora Ms Juliana e Silva de Oliveira, docente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande campus Sousa/PB, localizada na Rodovia Antônio Mariz, BR -230, Km 466, CEP: 58.800-120. Fone: (83) 2101- 1830.

A pesquisa em foco faz parte do trabalho de conclusão de curso do corpo do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande. A mesma poderá ainda subsidiar a análise sobre a atuação interdisciplinar para a política de saúde mental infantil na cidade de Sousa/PB. A pesquisa tem como principais objetivos descrever e analisar a atual situação de desenvolvimento da política pública de saúde mental infantil com foco na atuação interdisciplinar, desvendando os desafios que se fazem presentes em sua efetivação, além de elucidar principalmente como a interdisciplinaridade pode contribuir para os serviços da política de saúde mental na instituição.

Os riscos que podem decorrer para os(as) participantes da pesquisa são mínimos. As gravações e os formulários serão guardados em local sigiloso e seguro, em arquivos digitais e impressos na secretaria do curso de Graduação em Serviço Social, durante um período de cinco anos. Não reconhecemos outros riscos. Os benefícios da pesquisa para os(as) entrevistados(as) são considerados indiretos, de caráter sociocultural, uma vez que os resultados, quando divulgados amplamente, poderão subsidiar discussões e práticas no âmbito da organização e ação interdisciplinar.

Sua participação é importante porque suas respostas às nossas perguntas contribuirão com essa análise, viabilizando compreender sobre o funcionamento da instituição do Centro de Atenção Psicossocial João Paulo II no tocante a eficácia da interdisciplinaridade . Para isso, pedimos seu consentimento para realizar algumas perguntas sobre o estabelecimento do qual você é membro.

Se você decidir participar, você será submetido(a) ao procedimento de **entrevista** nos fornecendo informações importantes sobre as experiências do cotidiano do equipamento do qual você faz parte.

Sua participação é completamente voluntária, de modo que você tem liberdade para desistir, retirando seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, não tendo com isso prejuízo ou penalidade. Se sentir-se constrangido(a) de alguma forma, em qualquer momento poderá se recusar a responder a alguma pergunta ou solicitar a suspensão parcial ou total da gravação por nós realizada. Obedeceremos critérios técnicos adequados de forma a não prejudicar a qualidade e autenticidade das informações, utilizando a técnica de análise de conteúdo.

Armazenaremos as transcrições em meio digital nos arquivos da secretaria do curso de Graduação em Serviço Social. Garantimos que serão mantidos sigilo e respeito, ou seja, o seu nome ou qualquer dado que possa identificá-lo não serão expostos nesse trabalho.

Disponibilizaremos uma cópia deste Termo e as dúvidas que surgirem a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Segislane Moésia Pereira da Silva no endereço eletrônico: segislane@outlook.com.

### CONSENTIMENTO APÓS O ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que estou ciente dos objetivos dessa pesquisa e de ter compreendido as informações prestadas pela pesquisadora, e por livre e espontânea vontade, aceito participar da pesquisa intitulada “SAÚDE MENTAL INFANTIL E INTERDISCIPLINARIDADE: Percepções a partir do trabalho em equipe no Centro de Atenção Psicossocial João Paulo II em Sousa/PB”. Permito que as informações que prestei sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma.

Sousa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Segislane Moésia Pereira da Silva  
Pesquisadora responsável



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCEG  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - CCJC  
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
autorizo a gravação em áudio das informações que prestarei à pesquisadora responsável durante a entrevista que faz parte do processo de coleta de informações da pesquisa: “SAÚDE MENTAL INFANTIL E INTERDISCIPLINARIDADE: Percepções a partir do trabalho em equipe no Centro de Atenção Psicossocial João Paulo II em Sousa/PB”.. Permito que as informações que prestei sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma. Elas poderão ser gravadas em meio digital, e armazenadas em mídias eletrônicas, transcritas a partir de critérios técnicos adequados de forma a não prejudicar a qualidade e autenticidade das informações, bem como poderei solicitar a leitura das transcrições a qualquer momento. Estou ciente de que as transcrições serão armazenadas em meio digital nos arquivos da Secretária de Serviço Social da UFCEG durante o período de 5 (cinco) anos.

Se sentir-me constrangido(a) de alguma forma em qualquer momento, poderei me recusar a responder qualquer pergunta ou solicitar a suspensão parcial ou total da gravação realizada.

Certo de que as informações serão utilizadas apenas para fins científicos de análise da realidade social, permito que sejam utilizadas para o desenvolvimento da referida pesquisa.

Sousa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Segislane Moésia Pereira da Silva  
Pesquisadora responsável