

# CAPS i: AVANÇOS E DESAFIOS APÓS UMA DÉCADA DE FUNCIONAMENTO

*Caps i: Progress and challenges after a decade of operation*

Igho Leonardo do Nascimento Carvalho<sup>1</sup>

Ana Paula Soares Gondim<sup>2</sup>

Thamyris Thé de Holanda<sup>3</sup>

Vanessa Pinheiro Alencar<sup>4</sup>

---

*Artigo encaminhado: 31/07/2012*  
*Aceito para publicação: 20/02/2013*

## RESUMO

A saúde mental infantojuvenil no Brasil tem como uma de suas principais estratégias o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) na perspectiva da efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Após mais de uma década desde a implantação destes Centros, em 2002, é possível abordar seus avanços e desafios assistenciais por meio da divisão em espaços: intramuro e extramuro. Neste estudo foi realizado levantamento sobre a produção científica relacionada ao Caps i no período entre 2002 e 2012. Os resultados proporcionam reflexões sobre o que entendemos como os maiores avanços do Caps i, situados no espaço intramuro, e os maiores desafios, no extramuro. Conclui-se que o Centro ratifica sua importância como um serviço inovador e promotor de relevantes cuidados à saúde de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental; Crianças; Adolescentes; Reforma Psiquiátrica; Caps i.

---

<sup>1</sup> Mestre em Saúde Coletiva/UNIFOR. E-mail: [igho\\_leonardo@yahoo.com.br](mailto:igho_leonardo@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva – UFC. E-mail: [anapaulasgondim@unifor.br](mailto:anapaulasgondim@unifor.br)

<sup>3</sup> Graduanda de Medicina – UNIFOR. E-mail: [thamyristhe@hotmail.com](mailto:thamyristhe@hotmail.com)

<sup>4</sup> Graduanda em Medicina – UNIFOR. E-mail: [Vanessa\\_pinheiro\\_9@hotmail.com](mailto:Vanessa_pinheiro_9@hotmail.com)

## **ABSTRACT**

Mental health of children and adolescents in Brazil has as a main strategy the Children and Youth Psychosocial Care Center, which represents the realization of the principles of psychiatric reform. After more than a decade of implementation of the Centers, created in 2002, it is possible to address the health care advances and challenges of this institution through the division in: intramural and extramural spaces. In this critical and reflective study, a survey was conducted on the scientific production related to the Caps i in the 2002 - 2012 period. Results present the greatest advances in Intramural Caps i, and major challenges in the extramural space. In conclusion, the Center confirms its relevance as an innovative and important promoter of health care for children and adolescents with mental disorders.

**Keywords:** Mental Health; Children; Adolescents.; Psychiatric Reform; Caps i.

## **1 INTRODUÇÃO**

A saúde mental infantojuvenil no Brasil tem como principal estratégia o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Caps i) que representa uma forma de efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e uma importante transformação na rede de saúde mental (SOUZA, 2006), superando a escassa e tardia atenção à saúde mental de crianças e adolescentes com transtornos mentais na agenda das políticas públicas (COUTO, 2008).

No Brasil, a aprovação da Lei Nº 10.216/01 da Reforma Psiquiátrica e a publicação da Portaria 336/02 consolidaram o modelo assistencial do Caps i no campo normativo (ONOCKO-CAMPOS, 2006). Apesar dessa importante conquista, quais transformações na prática assistencial são percebidas com a implantação do Caps i? Após uma década da implantação do Caps i (2002-2012), é possível abordar os avanços e desafios assistenciais dessa instituição por meio da divisão em espaço: intramuro e extramuro, o primeiro refere-se aos avanços deste dispositivo, com importantes e eficientes estratégias que, hoje, constituem a forma brasileira de cuidar das crianças e adolescentes com transtornos mentais. No Caps i extramuro residem os desafios, com poucas ações

consolidadas e dificuldades de ampliar ações sociais. Neste espaço setor devem residir os maiores esforços e investimentos.

O compromisso assumido pelo Caps i de romper com a estrutura teórica e prática do modelo hospitalocêntrico, baseado no tratamento da doença (DUARTE, 2012) tem sido perseguido à medida que essa instituição representa uma inovadora e criativa forma de cuidar em saúde mental infantojuvenil, com foco na compreensão da subjetividade. É importante que o Caps i seja submetido a avaliações para compreensão de suas ações assistenciais disponibilizadas no cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Este estudo tem o objetivo de promover uma discussão reflexiva sobre os avanços e desafios do Caps i após uma década de seu funcionamento.

## **2 METODOLOGIA**

O estudo tem intenção de provocar reflexões, a partir de levantamento sobre a produção científica relacionada ao Caps i. O levantamento bibliográfico foi a estratégia utilizada pelo potencial de selecionar um conjunto de informações constituintes e representativas dos avanços e desafios do Caps i no Brasil.

Esse levantamento foi realizado por meio de busca eletrônica das produções científicas indexadas na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) que abrange bancos de dados como: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). O estudo abordou produções científicas em um período de dez anos, entre 2002 e 2012, que representa o período de criação do Caps i no Brasil até o momento em que se completa uma década de funcionamento. Os seguintes descritores foram utilizados: Saúde Mental; Crianças; Adolescentes; Reforma Psiquiátrica; Caps i.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A busca inicial identificou 162 publicações. Desse número, foram excluídos os que não correspondiam ao período estudado (26), os que tratavam de títulos de publicações repetidas (54), e os que não tinham relação com o tema estudado (42), finalizando-se a

busca com 40 publicações. Essas 40 publicações foram constituídas por produções científicas que abordavam os avanços e desafios do CAPS i no Brasil.

A análise das publicações incluídas apontaram duas categorias básicas, o CAPS i intramuro e o CAPS i extramuro.

### **3.1 CAPS i Intramuro**

O Caps i intramuros representa o espaço dos principais avanços, propiciados pela consolidação normativa (Lei 10.216/01 e Portaria 336/02) e baseados na proposta de projetos terapêuticos singulares e acolhimento por equipe multiprofissional. Apesar desses avanços, no Caps i intramuros persistem os desafios relacionados com a expansão e aumento do financiamento, a reavaliação da necessidade de tratamento medicamentoso e a educação continuada dos profissionais.

### **3.2 CAPS i Extramuro**

O Caps i extramuro representa o espaço dos principais desafios, caracterizados pela mobilização da comunidade para reinserção social das crianças e adolescentes, efetivação integral da reinserção social, expansão da assistência às famílias e fortalecimento das estratégias na comunidade, ampliação da parceria entre escolas e Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio de matriciamento, e implantação de ações para enfrentamento do uso de álcool e outras drogas, além de estímulo às pesquisas científicas. Apesar desses desafios, persistem os avanços no estímulo ao enfrentamento do estigma e facilidade de inclusão social, reconhecimento da importância da família no tratamento bem como compreensão da necessidade de articulação e responsabilidade com outros serviços de saúde.

## **4 DISCUSSÃO**

### **4.1 Avanços**

O Caps i apresenta uma identidade institucional que viabiliza sua ampliação, mantendo a capacidade de flexibilização, conforme as realidades locais. Ao mesmo tempo, é um dispositivo que se encontra em acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. No entanto, o crescimento e o reconhecimento do Caps i evidenciam desafios funcionais e geram novas necessidades, o que exige constante crítica e avaliação das atividades desenvolvidas em meio às muitas dificuldades comuns a uma instituição pública.

#### **4.1.1 A criação do Caps i expõe que**

Apenas no início do século XXI foram elaboradas políticas específicas para crianças e adolescentes com transtornos mentais que estiveram até então “ausentes da agenda de debates, excluídas das proposições de políticas públicas de saúde mental, silenciadas nos documentos oficiais” (DELFINI, 2012), o que justifica a evidente defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental dessa população e a oferta de uma rede de serviços específicos (CARVALHO, 2007; COUTO, 2008).

Os primeiros Centros de Atenção Psicossocial específicos para crianças e adolescentes, denominados Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), foram implantados a partir de 2002 com a função de disponibilizar a atenção comunitária em saúde mental de forma integral além de organizar uma rede de cuidados existentes no seu território de abrangência, tornando-se elementos estratégicos no cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais (HOFFMAN, 2008). Serviços desse modelo de atenção, destinados aos adultos, tenham surgido desde a década de 1980: o Caps Luis da Rocha Cerqueira, criado em 1987, na cidade de São Paulo, e os Núcleos de Atenção psicossocial (NAPS), inaugurados a partir de 1989, em Santos, que se tornaram referência dessa nova lógica de cuidar (TENORIO, 2002; ONOCKO-CAMPOS, 2006; PITTA, 2011).

A atenção voltada à saúde mental de crianças e adolescentes e seu reconhecimento como uma questão de saúde pública integrante das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) é recente e tem sido considerada como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O movimento da Reforma Psiquiátrica, sedimentado com a construção do SUS, e o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.13, p.42-60, 2014.

direitos e responsabilidades pela promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, redefiniram a posição do Estado em relação à assistência e à elaboração de políticas públicas voltadas a tal população. (DELFINI, 2012). No entanto, o planejamento da assistência na área infantil permaneceu em segundo plano quando comparado aos projetos referentes à assistência a adultos (TENORIO, 2002). Então, oficializar a Reforma Psiquiátrica em ações específicas para crianças e adolescentes é ao mesmo tempo uma potência e capacidade de instaurar o novo.

O aumento da acessibilidade ao cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil na última década é fato inquestionável, mas precisa avançar uma vez que ainda não existe um patamar satisfatório de recursos assistenciais no Brasil (PITTA, 2011). Nesse contexto, os CAPS i assumem especial relevância no cenário de novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo estratégico para reversão do modelo hospitalar no cuidado de crianças e adolescentes (ONOCKO-CAMPOS, 2006; LEÃO, 2008). Um avanço detectado, a ampliação significativa da rede de atenção extra-hospitalar de base comunitária e territorial cofigura a consolidação e efetivação da rede Caps i (BALLARIN, 2010; MARI, 2011).

Dois importantes avanços são apontados na consolidação da rede de saúde mental infantil no Brasil: a aprovação da Lei Nº 10.216, em 2001, após 12 anos de tramitação, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, produzindo efeitos antes mesmo de ser aprovada (TENORIO, 2002; PITTA, 2011), como popularização do tema e ampliação do financiamento público, representando a principal conquista nos campos legislativos e normativos (BRASIL, 2005). O outro é a publicação da Portaria 336/02 que reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade do CAPS como um serviço de saúde aberto e comunitário que promove o acolhimento aos pacientes com transtornos mentais, estimulando sua integração social e familiar bem como apoiando as iniciativas de busca da autonomia (ONOCKO-CAMPOS, 2006) e consolidando os objetivos do Caps i como política de governo (BALLARIN, 2010).

Os Caps i constituem uma estrutura alinhada aos princípios que norteiam os demais serviços de saúde pertencentes ao SUS: uma instituição própria, inserida na gestão pública, buscando garantir acesso, integralidade e resolutividade, acolhendo diariamente, através de uma equipe multiprofissional, uma clientela constituída de crianças e

adolescentes com transtorno mental grave (ONOCKO-CAMPOS, 2006). Nesse sentido, os Caps i foram criados sob a superação das práticas em saúde mental e reconhecimento das necessidades da população infantojuvenil (WETZEL, 2011), compreendendo a transformação do modelo assistencial em saúde mental como um processo social (SOUZA, 2006) e fazendo com que a instituição represente "fonte de vida" para os usuários que a freqüentam (NUNES, 2008), pois encontraram no Caps i a possibilidade de conviver com a família e a comunidade (WETZEL, 2011; PITTA, 2011).

A expansão do Caps i é um processo considerado insuficiente face à demanda de atenção existente (NUNES, 2008). A expansão desse serviço é um desafio que pode ser superado à medida que o atendimento em saúde mental infantojuvenil esteja na pauta de prioridades das políticas nacionais e ocorram atividades coletivas reflexivas sobre as práticas de cuidados atuais e impactos dos dispositivos ofertados no tratamento (RIBEIRO, 2010).

#### **4.1.2 Os tratamentos informam que**

Na tentativa de contemplar os marcos da Reforma Psiquiátrica, o CAPS i desenvolve a ideia de projeto terapêutico singular - PTS, que define as necessidades e estratégias do tratamento de cada usuário de forma a reconhecer diferenças regionais, condições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações (POLETTI, 2008). Os tratamentos têm como meta reduzir o sofrimento, melhorar a qualidade de vida e desenvolver a autonomia das pessoas nas atividades diárias. Nesse sentido, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica (JORGE, 2011). No entanto, a possibilidade do Caps i centralizar o cotidiano dos usuários permite vislumbrar um novo desafio na discussão das práticas nessas instituições. Talvez na característica acolhedora da instituição resida o risco de centralidade desta no cotidiano do usuário (DIAS, 2011), o que faz com que o CAPS i tenha uma tendência de fechar-se em si mesmo (LOBOSQUE, 2011).

Segundo a OMS (2001) o tratamento de transtornos mentais implica na adoção de três componentes fundamentais: uso de medicamentos (Farmacoterapia), Psicoterapia e Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.13, p.42-60, 2014.

Reabilitação Psicossocial de uma forma clinicamente significativa e integrada. Com isso, o tratamento medicamentoso não pode ser a única estratégia terapêutica, embora em muitos casos o uso de medicamentos seja a única escolha empregada, particularmente em crianças e adolescentes (CARVALHO, 2012).

O lugar simbólico do medicamento e do médico na relação com o usuário é algo que precisa ser trabalhado, valorizado, e a um só tempo, desmistificado (PITTA, 2011). Por isso, a necessidade de uso de medicamentos para cada usuário do Caps i deve ser avaliada constantemente com os profissionais de saúde do serviço, sendo recomendado para melhorar a cobertura do tratamento e avaliar a eficácia da dispensação de medicamentos, organizar uma rotina de distribuição de medicamentos e assessorar usuários e familiares, de acordo com diagnóstico e projeto terapêutico (KANTORSKI, 2011).

O tratamento não-medicamentoso abrange atividades individuais e grupais, que podem ser desenvolvidas por psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos e artesãos. Essas atividades são definidas pela equipe, de acordo com a necessidade dos usuários (WETZEL, 2011). O processo psicoterápico pressupõe uma prática complexa, articuladora de saberes e fazeres. (VIERA FLHO, 2004). No caso de transtornos mentais, a cura pode significar a não necessidade do uso de medicamentos, o retorno ao convívio familiar e escolar (MOSTAZO, 2003), constituindo um desafio a ampliação do uso do tratamento não-medicamentoso.

#### **4.1.3 A equipe do CAPS i apresenta que**

Um dos desafios do CAPS i foi instaurar uma nova postura, uma outra ética de cuidados, e uma nova forma de lidar com a criança e o adolescente acometido de transtorno mental, frente a trabalhadores de saúde mental que não compartilhavam da Reforma Psiquiátrica e ainda estão impregnados pelo modelo biomédico (POLETTI, 2008).

No CAPS i o acolhimento prestado pela equipe deve acontecer por meio de um atendimento de qualidade, de um tratamento pautado na ética, no respeito, no diálogo, na escuta qualificada, no estabelecimento do elo de confiança e de amizade entre

trabalhadores de saúde e usuários/família; Essas características constituem tecnologias leves ou relacionais, que exigem valorização e possibilitam a forma efetiva de manifestação da subjetividade (JORGE, 2011; SANTOS, 2011) e de resgate do direito da criança e do adolescente como cidadãos (RONCHI, 2010).

A interação da equipe com usuários e familiares constitui uma importante estratégia de cuidado no âmbito da saúde mental (CAMATTA, 2011), surgindo a necessidade de sensibilizar o complexo processo (BARROSO, 2011) a partir de uma crítica constante das práticas cotidianas desenvolvidas no CAPS i, evitando a cristalização e a massificação ao mesmo tempo em que se propõe um movimento constante de repensar as ações realizadas, buscando a singularização e transformação dos processos de trabalho (WETZEL, 2011).

O profissional do CAPS i percebe a qualificação de sua formação como uma forma de subsidiar melhorias do atendimento e construção de conhecimento com a finalidade de estabelecer uma relação de proximidade, escuta, reflexão, comprometimento e respeito. Logo, um dos desafios à reforma psiquiátrica refere-se à exigência de formação de profissionais capazes de exercitarem sua visão crítica, sendo esse aspecto indispensável para superação inerente ao trabalho e para sustentação de uma prática de cuidado transformadora (BALLARIN, 2010). Apesar da necessidade de se implementar uma política de formação continuada para os profissionais de saúde do Caps i, ainda não surgiram ações governamentais concretas, muitas vezes essa formação se dá a partir de uma motivação intrínseca e de investimento pessoal.

## **4.2 DESAFIOS**

O Caps i apresenta dificuldade em coabitar o espaço de fora do serviço, estando cada vez mais difícil ultrapassar as barreiras impostas pelos seus próprios muros (SOUZA, 2006). As modalidades de tratamento oferecidas não revelam práticas extramuros (DOMBI-BARBOSA, 2009) o que gera conflitos e repercussões sobre os usuários. Existem, ainda, dificuldades no estabelecimento de parcerias na comunidade para promover ações que visem a redução do estigma e parcerias com outras instituições, como escolas e ESF, que podem potencializar a intersetorialidade e ampliar o cuidado a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Todas essas dificuldades podem gerar

inconsistências no tratamento face às dificuldades que os usuários enfrentam na vida extramuros (NUNES, 2008).

#### **4.2.1 A reinserção social evidencia que**

A presença e expansão dos CAPS i podem ser vistos como facilitadores do processo de inclusão social, pois representam uma estratégia para estimular o enfrentamento da cultura estigmatizante, ao buscar construir rede social, ao estimular a autonomia do usuário, ao evitar internações e possibilitar outras formas de tratar o sujeito (LEÃO, 2008). Este é um importante movimento para diminuição do imaginário social sobre o louco e a loucura, o que potencializa a reinserção social dos usuários (CAMATTA, 2011) na comunidade e na vida produtiva, através da recuperação da auto-estima e reestruturação de vínculos (SCHRANK, 2008).

O CAPS i ao possibilitar a permanência da criança ou adolescentes no seu domicílio (NASI, 2011) contribui como um serviço de produção de sujeitos sociais e de subjetividades, espaço de convivência, de sociabilidade, de solidariedade e de inclusão além de aparecer como uma das dimensões do cotidiano dos usuários (SOUZA, 2006). Para a efetivação do CAPS i é necessário subjetivar o sofrimento psíquico, dando voz às crianças e adolescentes com transtorno mental, possibilitando trocas que propiciem acolhimento pela comunidade e famílias (POLETTI, 2008; RONCHI, 2010; SANTOS, 2011). A escuta do sujeito permite que este saia da posição de objeto e viabiliza a reconstrução de sua própria história à medida que reconhece suas habilidades no seu próprio cuidado (CARVALHO, 2007; MOSTAZO, 2003).

A compreensão das especificidades da população usuária dos serviços de saúde mental infantojuvenil deve constituir a base do planejamento de políticas capazes de facilitar o acesso ao serviço (FALAVINA, 2008). No centro da mudança no campo da saúde mental está o desafio de cuidar sem segregar, o que reforça a atenção de base territorial (SOUZA, 2006). Uma das mudanças da Reforma Psiquiátrica foi a de possibilitar que o doente mental permaneça em sua família, mas é preciso que o serviço esteja inserido numa rede articulada de apoio e de organizações que se proponha a oferecer continuidade de cuidados (SCHRANK, 2008).

A escolarização é um ponto importante a ser considerado, pois faz parte do meio social e da formação educacional de crianças e adolescentes. (FALAVINA, 2008). De forma geral, deve-se integrar às crianças e adolescentes em programas sociais que vão além das questões de saúde (RIBEIRO, 2010), trabalhando as incapacidades, as necessidades, os medos, as angústias e os sonhos desses indivíduos para que possam, um dia, voltar a gerenciar suas vidas (JORGE, 2011).

#### **4.2.2 A participação da família denota que**

A família tem fundamental importância para a formação do indivíduo porque constitui a base para o desenvolvimento humano. (SCHRANK, 2008). Logo, a relação familiar serve como um modelo para aprendizado de padrões comportamentais e sociais das crianças e adolescentes (SÁ, 2010). Nesse contexto, a família deve ser vista como objeto de intervenção da equipe de saúde mental, pois não se cuida de crianças e adolescentes com transtornos mentais sem a família (SCHRANK, 2008; NUNES, 2008).

Será que a família dispõe de um preparo emocional e assistencial para acolher e cuidar de seu familiar adoecido? Como a família tem participado no resgate da cidadania do doente mental? A família tem recebido orientações suficientes para colaborar no cuidado de seu familiar?

O portador é em geral desqualificado pela família, que não entende o transtorno mental e sua forma de experimentar o sofrimento. Assim, o cuidado torna-se um fardo quando o portador é considerado uma pessoa sem autonomia (MORENO, 2009). É essencial que exista o espaço de integração e troca de experiência entre pessoas que vivenciam a mesma situação do processo saúde-doença (SCHRANK, 2008). O grupo de família no CAPS é a atividade exclusiva para os familiares que possibilita a interação e o compartilhamento das vivências entre os participantes, constituindo um espaço de trocas de conhecimento e experiências (SCHRANK, 2008; DOMBI-BARBOSA, 2009).

Os CAPS i devem formular propostas que envolvam condutas e medidas terapêuticas para as quais os familiares são parceiros e co-responsáveis pelo tratamento. Por isso, uma das variáveis para avaliar novos serviços de saúde é justamente a capacidade de envolver os familiares em propostas terapêuticas (DOMBI-BARBOSA,

2009). É necessário desenvolver estratégias que contribuam para adesão da família no serviço, tais como criação de vínculos, participação em grupos de auto-ajuda, mediação de conflitos, negociação e a implicação dos profissionais com os problemas psíquicos e sociais do usuário e da família (CAMATTA, 2011). Outra importante estratégia que precisa ser ampliada é a assembléia, compreendida como o momento em que familiares e pacientes utilizam a palavra com instrumento de expressão. Um espaço que se orienta pela “experiência particular de cada um, estabelecendo um lugar em que a palavra de cada um é escutada e orientada” (BONTEMPO, 2009).

O acolhimento e a escuta realizados pelos profissionais do CAPS i funcionam como um novo estímulo para a família, que se sente cuidada (FALAVINA, 2008). O CAPS i, através das estratégias em conjunto com a família, tem o potencial de orientar, esclarecer, facilitar, incentivar e apoiar a família, favorecendo a convivência e o respeito frente à experiência do sofrimento psíquico (SCHRANK, 2008; CAMATTA, 2011) ao mesmo tempo em que potencializa o cuidado (POLETTI, 2008).

O que fazer com o caso que não chega até o CAPS i ou que não se quer que chegue? Como dar assistência se o paciente não vai até o CAPS i? O que impede neste lugar a clínica para fora?

A visita familiar favorece a aproximação do serviço com famílias que não participam das atividades do CAPS i ou que demonstram dificuldade em cuidar do usuário para gerar um trabalho em conjunto. Essa visita domiciliar também é uma atividade que possibilita ao profissional intervir e compreender o cuidado desenvolvido pela família, oportunizando acolher atores no meio em que vive (SCHRANK, 2008). Não atuar no território é considerar a doença uma produção somente subjetiva, deixando de lado seu componente familiar, social, histórico, ou seja, é retornar à prática manicomial (POLETTI, 2008).

O consultório de rua é uma estratégia extremamente eficiente, mas ocorre de forma tímida nos CAPS i, pois requer um preparo profissional para promover o acolhimento nas ruas, em locais marginalizados e de difícil acesso, onde ficam crianças e adolescentes que, na sua maioria, fazem uso de substâncias psicoativas e cometem infrações para sustentar o vício. Essa população infanto-juvenil deveria ser percebida pelo CAPS i, mas encontra-se negligenciada (PITTA, 2011). Nessa situação, deve-se investir na formação

de recursos humanos, de forma urgente, para atender problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas na população infantojuvenil.

#### **4.2.3 A intersectorialidade deve ser entendida como**

Uma importante estratégia do Caps i é o estabelecimento de parcerias intersectoriais com diversos órgãos da sociedade, as quais devem ser cada vez mais consolidadas, como forma de oferecer um atendimento integral aos sujeitos em sofrimento psíquico (NASI, 2011). Logo, pode-se considerar a intersectorialidade como um importante pilar da saúde mental pública para crianças e adolescentes (COUTO, 2008), mas como tarefa a ser efetivamente realizada (RIBEIRO, 2010).

O principal problema brasileiro, quanto à efetivação da intersectorialidade, é a presença desarticulada de serviços públicos para infância e adolescência, e não a ausência absoluta de recursos (COUTO, 2008), pois a particularidade do sistema de cuidado e a atividade de vários setores autônomos em relação à saúde mental dificultam esse processo (POLETTI, 2008).

A intersectorialidade deve contemplar a singularidade de cada território e o cuidado em rede deve funcionar com responsabilidade compartilhada. Por isso, é reconhecida como única possibilidade para construção de uma rede de serviços capaz de responder a complexidade dos cuidados à população de criança/adolescente. Nesse sentido, valorizar e investir na relação entre as pessoas parece ser fundamental para que haja um trabalho compartilhado entre as duas equipes e na rede como um todo (DELFINI, 2012). Quais os dilemas ou entraves existentes na relação com outros equipamentos da rede SUS?

É importante que os CAPS i e as equipes da rede básica trabalhem de maneira integrada para que ambas compartilhem a responsabilidade e garantam maior resolutividade no manejo das situações que envolvam sofrimento psíquico (DELFINI, 2012). O encaminhamento implicado e preconizado pelo Ministério da Saúde é entendido como um princípio para os cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes, que “exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, que se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço pela demanda, acompanhe o caso até seu novo destino” (DELFINI, 2012).

O estabelecimento de ações em conjunto entre a saúde mental e a ESF amplifica o potencial do Caps i como agenciador de novos cuidados, constituindo uma forma potencializadora do cuidado integral aos pacientes com transtornos mentais. O trabalho em conjunto pode proporcionar atenção integral, compartilhando a responsabilidade na melhoria da qualidade de saúde de um dado território bem como tornando os dispositivos de atenção mais acessíveis àqueles que necessitam. Assim, a ESF poderia operar como um dispositivo privilegiado de saúde mental para promover a inserção das pessoas em um território de abrangência. Nesse sentido, surge um dos maiores desafios: capacitar as equipes de ESF quanto aos novos serviços de saúde mental, para um pensar e agir voltado para Atenção psicossocial, sem recorrer às velhas estruturas (SOUZA, 2006).

A principal estratégia para tratar da articulação do Caps i com a ESF é o matriciamento, entendido como um arranjo horizontal que visa dar suporte técnico em áreas específicas à equipe de referência, como ESF, ampliando a oferta de ações de saúde especializadas e fazendo com que ambas as equipes sejam co-responsáveis na elaboração e execução dos projetos terapêuticos (DELFINI, 2012). Tal estratégia remete a ideia de co-responsabilidade, tão dificilmente aplicada a área da saúde pela falta de consenso entre profissionais, embora todos reconheçam a importância da intersetorialidade.

#### **4.2.4 A pesquisa e o CAPS i mostram que**

A carência de dados estatísticos referentes à assistência em saúde mental para criança e adolescente no Brasil é reconhecida (CARVALHO, 2007). O campo de investigação epidemiológica carece de pesquisas mais abrangentes em termos de conhecimento das demandas e necessidades reais da população (RIBEIRO, 2010). Investigações dirigidas ao Caps i são potencialmente geradoras de subsídios à Reforma Psiquiátrica Brasileira e propulsora de um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas e de avaliação de serviços de saúde (ONOCKO-CAMPOS, 2006).

A interação entre saúde coletiva, saúde mental e clínica é complexa e imprime convergências, tensões e antagonismo, que conforma peculiarmente os Caps i (ONOCKO-CAMPOS, 2006). Então, deve-se investir na formação de recursos humanos para realizar estudos sobre a utilização e a qualidade dos serviços em saúde mental

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.13, p.42-60, 2014.

infantojuvenil a fim de subsidiar o planejamento de expansão e articulação intersetorial (HOFFMAN, 2008). Nesse sentido, existe uma necessidade de investir em aprimoramento do sistema de informações e de registro, objetivando adequar e planejar de modo mais efetivo o atendimento ofertado (BALLARIN, 2010).

## **5 CONCLUSÕES**

O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), após uma década de funcionamento, ratifica sua importância como um serviço inovador capaz de cumprir a responsabilidade de transformação da atenção à saúde de crianças e adolescentes com transtornos mentais no âmbito comunitário, reduzindo significativamente a institucionalização em hospitais psiquiátricos.

A compreensão do Caps i como Intramuro e Extramuro evidencia os avanços e desafios, respectivamente, que compõe uma única estratégia de saúde que aprende, cresce e aperfeiçoa com o trabalho diário. O Caps i representa a instituição que, além do serviço, proporciona a esperança de que as crianças e adolescentes com transtornos mentais sejam vistas como sujeitos e reinseridos na sociedade, concretizando os princípios da Reforma Psiquiátrica. Nesse contexto, é inevitável questionar, o que se pode esperar do CAPS i na próxima década nos espaços intramuro e extramuro?

O estudo reconhece que a não inclusão de outras bases de dados evidencia uma limitação. Além disso, deve-se levar em consideração a baixa produção científica sobre a atenção mental infantojuvenil, mais especificamente o CAPS i, em contraposição à produção dos demais CAPS. Nesse contexto, este estudo proporcionou uma reflexão inicial, com intenções de ampliar discussões sobre os avanços e desafios inerentes ao serviço, tornando-o prioridade na agenda de política pública para o desenvolvimento de estratégias que garantam seu contínuo processo de renovação e sua participação na transformação social.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL, *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.13, p.42-60, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental*. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria GM 336/ 2002*. Disponível em: [HTTP://www.bvms.saude.gov/bvs/publicacoes/legislação\\_mental.pdf.2002](http://www.bvms.saude.gov/bvs/publicacoes/legislação_mental.pdf.2002). Acessado em 10 de setembro de 2011.

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

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

BALLARIN, MLGS; MIRANDA, IMS; FUENTES, ACRC. Centro de atenção psicossocial: panorama de publicações de 1997 a 2008. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(4), 726-737, 2010.

BARROSO, SM; SILVA, MA. Reforma psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Revista SPAGESP*, 12 (1), 66-78, jan-jun, 2011.

BONTEMPO, VL. A assembléia de usuários e o Caps i. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29 (1), 184-189, 2009.

CAMATTA, MW. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (11), 4405-4414, 2011.

CARVALHO, K A et al. Porta de entrada para adolescentes autistas e psicóticos numa instituição. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (2), 290-303, 2007.

CARVALHO, ILN. *Uso de psicofármacos em adolescentes atendidos pelos centros de atenção psicossocial infanto-juvenil de Fortaleza-CE*. Dissertação (mestrado), Universidade de Fortaleza, 2012.

COUTO, MCV; DUARTE, CS; DELGADO, PGG. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr*, 30 (4), 390-398, 2008.

DELFINI, PSS; REIS, AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(2), 357-366, fev, 2012.

DIAS, MK. A experiência social da psicose no contexto de um centro de atenção psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2155-2164, 2011.

DOMBI-BARBOSA, C ET AL. Conduas terapêuticas de atenção às famílias da população infanto-juvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenis (Caps i) do estado de São Paulo. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*, 19(2), 262-268, 2009.

DUARTE, RJ; DIAS, DAS. A intersetorialidade entre o CAPS e o CRAS no município de Esmeraldas: um relato d experiências. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(10), 237-240, 2012.

FALAVINA, OP; CERQUEIRA, MB. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, 10(1), 34-46, dez, 2008.

HOFFMAN, MCCL; SANTOS, DN; MOTA, ELA. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por centros de atenção psicossocial infanto-juvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (3), 633-642, mar, 2008.

JORGE, MSB ET AL. Promoção da saúde mental – tecnologias do cuidado: vínculo acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3051-3060, 2011.

KANTORSKI, LP ET AL. Avaliação qualitativa de ambiência num centro de atenção psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2059-2066, 2011.

KANTORSKI, LP ET AL. Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em centros de atenção psicossocial na região sul brasileira. *Rev Esc Enferm USP*, 45(6), 1481-1487, 2011

LEÃO, A; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde Soc*, São Paulo, 17(1), 95-106, 2008.

LOBOSQUE, AM. Debatendo alguns desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(2), 4590-4602, 2011.

MARI, JJ. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), 4590-4602, 2011.

MORENO, V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. *Rev Esc Enferm USP*, 43(3), 566-572, 2009.

MORORÓ, MEML; COLVERO, LA; MACHADO, AL. Os desafios da integralidade em um centro de atenção psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. *Rev Esc Enferm USP*, 45(5), 1171-1176, 2011.

MOSTAZO, RR; KIRSCHBAUM, DIR. Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(6), 786-791, nov-dez, 2003.

NASI, C; SCHNEIDER, JF. O centro de atenção psicossocial no cotidiano dos seus usuários. *Rev Esc Enferm USP*, 45(5), 1157-1163, 2011.

NUNES, M ET AL. A dinâmica dos cuidados em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um centro de assistência psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 188-196, jan, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, RT; FURTADO, JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (Caps) do sistema único de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (5), 1053-1062, mai, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório sobre saúde no mundo 2001. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança – 2001*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

PITTA, AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589, 2011.

POLETTI, PC. Intersetorialidade e a clínica em saúde mental: construindo e ampliando redes para inclusão. *UNICAMP*, 2008.

RONCHI, JP; AVELAR, LZ. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Caps i da cidade de Vitória-es. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12 (1), 71-84, 2010.

RIBEIRO, CS ET AL. A produção bibliográfica brasileira recente sobre a assistência em saúde mental infanto-juvenil: levantamento exploratório. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 5(1), jan-jul, São João Del-Rei, 2010.

SÁ, DGF. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 643-652, out-dez, 2010.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm USP*, 42(1), 127-134, 2008.

SANTOS, DCM ET AL. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. *Acta Paul Enferm*, 24(6), 845-850, 2011.

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

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9(1), 25-29, RIO DE JANEIRO, 2002.

WETZEL, C ET AL. Dimensões do objeto de trabalho em um centro de atenção psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (4), 2133-2143, 2011.