

Infância e Atenção Psicossocial

Childhood and Psychosocial Attention

Lívia Botelho Félix

Maria de Fátima de Souza Santos

Resumo

Este estudo visa analisar os desafios enfrentados por crianças e familiares no acesso à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) Infantojuvenil. Realizou-se análise temática de conteúdo do *corpus* composto por diários de campo e transcrições de 19 entrevistas realizadas com familiares de crianças usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), localizado em Recife (Pernambuco, Brasil). Os resultados são apresentados em três categorias analíticas, abordando os (des)caminhos pela RAPS Infantojuvenil, a atenção no CAPSi e a questão inclusão/exclusão escolar. As barreiras no acesso à saúde, educação e assistência implicam na privação de direitos às crianças, entre outras consequências. Assim, pensar a inserção de crianças e adolescentes na RAPS é um desafio para os profissionais, usuários e familiares. Pondera-se que, conhecer os efeitos da atenção ofertada aos familiares dos sujeitos em sofrimento psíquico, através da escuta de suas experiências e questionamentos, é essencial para um adequado planejamento da atenção psicossocial.

Palavras-chave

Saúde mental; Cuidado à infância; RAPS; CAPSi.

Abstract

This study aims to analyze the challenges faced by children and families to access Psychosocial Attention Network (RAPS) for childhood and adolescence. We conducted a theme/category-based content analysis of corpus composed by field diaries and transcripts of 19 interviews with families whose children attend a Children's Center for the Psychosocial Attention, located in Recife (Pernambuco, Brazil). The results are presented in three analytical categories, addressing the (mis)direction by RAPS, care on the CAPSi and inclusion/exclusion from school. The barriers to access to health, education and assistance, which reflect the privation of children's rights, among other consequences. Therefore, to think about the inclusion of children and adolescents in RAPS is a challenge for professionals, users and families. We consider that, to know the effects of care offered to the relatives of subjects in psychic suffering, by listening to their experiences and questions, it is essential for proper planning of psychosocial care.

Keywords

Mental Health; Child Care; RAPS; CAPSi.

Lívia Botelho Félix

Universidade Federal de Pernambuco

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora substituta do Departamento de Psicologia da UFPE. Mestra e Graduada em Psicologia pela mesma instituição.

liviabotelhofelix@hotmail.com

Maria de Fátima de Souza Santos

Universidade Federal de Pernambuco

Professora Titular da Universidade Federal de Pernambuco, no Departamento de Psicologia. Atua no curso de graduação e no Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPE. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (1977) e doutorado em Psicologia - Université Toulouse le Mirail (1986). Membro da comissão de avaliação dos Programas de Pós-graduação da CAPES durante dois triênios.

fatimasan@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O sofrimento psíquico na infância é um processo fruto de uma intrincada e complexa interação de fatores genéticos/biológicos e ambientais (BRASIL, 2013a). Estima-se que a taxa de prevalência de transtornos mentais em crianças varie de 10% a 20%, das quais 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Todavia, Assis et al. (2009), Cavalcante, Jorge e Santos (2012), Ribeiro et al. (2010), entre outros autores, apontam que a saúde mental infantil tem sido negligenciada no contexto nacional, tanto pelas políticas públicas quanto pelos pesquisadores da área, sendo escassa a discussão sobre a promoção e prevenção de transtornos mentais em crianças. Nesse sentido, tanto os estudos em saúde mental quanto o planejamento da assistência têm abordado mais frequentemente as situações relacionadas ao sujeito adulto, principalmente em condições de cronicidade (CAVALCANTE; JORGE; SANTOS, 2012; RIBEIRO et al., 2010).

Historicamente, a assistência à saúde mental infantil apresentava um forte caráter filantrópico, privado e tutelar. Em 2003, o Ministério da Saúde passou a orientar a construção coletiva e intersetorial das diretrizes de uma rede de assistência de base comunitária e conformada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira para essa área (BRASIL, 2005a; 2005b). Conforme Brasil (2005a), a construção de uma política dirigida para a população infantojuvenil, considerando suas especificidades e necessidades segundo os princípios estabelecidos pelo SUS, apresenta-se como um dos maiores desafios para a área da Saúde Mental. Nesse sentido, com o intuito de fortalecer uma política que priorize esse público alvo e preencha uma lacuna histórica, o Ministério da Saúde criou, em 2004, o Fórum Nacional de Saúde Mental, a fim de promover um espaço permanente para discussão, articulação e interlocução de diferentes atores sociais (jurídicos, governamentais, civis, filantrópicos) envolvidos com o tema da saúde mental infantil (BRASIL, 2005a).

Considera-se que, para a constituição de uma rede ampliada e eficaz de assistência infantojuvenil, faz-se necessário trabalhar na articulação entre os diversos serviços e dispositivos que atendem a essa população, tais como escolas e equipamentos de saúde nos distintos níveis de complexidade. Em uma das diretrizes históricas para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira aborda-se a articulação da atenção básica a uma rede substitutiva de cuidados à saúde mental (BRASIL, 2005b; VECCHIA, MARTINS, 2009), pois reitera a constituição de dispositivos de base comunitária e territorial, fundamentais à superação da “iatrogenia da assistência à saúde mental hospitalocêntrica” (VECCHIA; MARTINS, 2009, p. 184). Nesse âmbito, a Portaria 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a qual deve ser constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada, formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's) em suas diferentes modalidades; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Na esfera da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) emergem como um dos dispositivos de atenção à saúde mental e possuem valor estratégico, na medida em que representam uma possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. O Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi II), destina-se a atender a demanda em saúde mental infantil em municípios com mais de 200 mil habitantes. Trata-se de um serviço de atenção diária voltada para atender crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, ou seja, aqueles que, por sua condição psíquica, estão

impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais, como nos casos de autismo, psicoses, neuroses graves, etc. (BRASIL, 2004).

Ao analisar a situação atual da assistência à população infantojuvenil nos serviços públicos brasileiros de saúde mental, Couto, Duarte e Delgado (2008, p.391) ressaltam que há algumas especificidades no cuidado que “não podem ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta à população infantil e juvenil”, pois, em geral, envolve “a atividade de vários setores autônomos em relação à saúde mental propriamente dita, como os setores da saúde geral/ atenção básica, educação, assistência social, justiça e direitos” (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 392). De acordo com esses autores, um dos principais desafios a ser superado neste âmbito é a necessidade de expansão dos diferentes serviços que compõem a rede de cuidados no âmbito da saúde, educação e assistência social.

Desse modo, pensar a inserção de crianças e adolescentes na Rede de Atenção Psicossocial torna-se um desafio para os profissionais, usuários e familiares. Neste estudo, que integra uma das discussões traçadas na dissertação intitulada ‘O cuidado à saúde mental na infância: entre práticas e representações sociais’, são analisados os principais desafios no acesso à rede de cuidados em saúde mental com os quais crianças e familiares se deparam cotidianamente. Considera-se que o conhecimento sobre o percurso realizado por familiares e crianças usuárias de serviços de saúde mental possibilita reflexões sobre as práticas de cuidado e o impacto dos dispositivos ofertados à atenção desse grupo social.

MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa. A produção de dados foi realizada no contexto de um CAPSi, localizado em Recife (Pernambuco, Brasil). Este serviço se caracteriza pela assistência à população infantil em sofrimento psíquico ou que apresentam sinais de risco à saúde mental, do período neonatal até os 12 anos incompletos¹. Esta pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP- UFPE), processo n.º 516.092.

Participantes

Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa. A produção de dados foi realizada no contexto de um CAPSi, localizado em Recife (Pernambuco, Brasil). Este serviço se caracteriza pela assistência à população infantil em sofrimento psíquico ou que apresentam sinais de risco à saúde mental, do período neonatal até os 12 anos incompletos². Esta pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP- UFPE), processo n.º 516.092.

Participaram desta pesquisa 19 cuidadores de crianças (entre 2 e 10 anos) usuárias do CAPSi. O grupo de participantes foi composto a partir dos seguintes critérios: 1) indivíduos que acompanhavam as crianças ao serviço no período de maio a junho de 2013; 2) indivíduos responsáveis pelos cuidados cotidianos da criança; 3) indivíduos que aceitaram conceder a entrevista. A maioria (15) das pessoas entrevistadas eram mulheres e mães. Também participaram da pesquisa 3 (três) avós e 1 (um) pai. O grau de escolaridade dos participantes oscilou, principalmente, entre ensino médio completo e incompleto e ensino fundamental incompleto. Entre as mulheres entrevistadas, a maior parte autodenominava sua ocupação atual como dona de casa ou desempregada. Dos 19 entrevistados, apenas 4 (quatro) se identificaram como formalmente empregados (três mães e o único pai entrevistado). A renda familiar prevalente variou entre “até 1 (um) salário

1

Embora a Portaria GM nº 336/02 (BRASIL, 2002) estabeleça o atendimento ao público infantojuvenil, o serviço onde a pesquisa foi realizada, fundado originalmente como ambulatório em 1991, manteve algumas especificidades após sua implementação como CAPSi, tais como relativas à clientela.

2

Valores calculados com base no salário mínimo de R\$ 678,00, regulamentado através do Decreto nº 7.872, de 26 de Dezembro de 2012, disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/decreto-7872-2012.htm>.

mínimo” e “de 1(um) a 3 (três) salários mínimos”². Embora o trabalho focalizasse apenas os cuidadores das crianças, uma das profissionais atuantes no CAPSi (com formação em Psicologia) também foi entrevistada visando obter informações básicas sobre o funcionamento do serviço, que poderiam complementar as observações realizadas.

Procedimentos de produção de dados

Foram realizadas observações na recepção do serviço, bem como entrevistas orientadas por roteiro semiestruturado com as/o referidas/o participantes, visando compreender as práticas de cuidado dirigidas às crianças cotidianamente. Neste estudo, serão realçadas análises referentes às questões tecidas sobre o percurso da criança e de seu/sua cuidador/a até a chegada ao CAPSi, a perspectiva do/a mesmo/a quanto à função desse serviço, ao tratamento oferecido, e à sua participação e dos demais familiares no tratamento da criança. Buscou-se, assim, compreender as experiências das crianças e familiares referentes à atenção ofertada no CAPSi e em outros serviços da rede de saúde e educação. As observações foram registradas em diário de campo, enquanto as entrevistas foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Procedimentos de análise de dados

Realizou-se Análise Temática de Conteúdo do *corpus* composto pelas entrevistas transcritas, técnica baseada em operações de desmembramento do texto em unidades, e posterior classificação dos elementos por diferenciação e reagrupamento, a partir de critérios previamente definidos (BARDIN, 1977). Os registros dos diários de campo das sessões de observação complementados pelas informações da profissional entrevistada foram utilizados para descrever a organização e funcionamento do serviço onde ocorreu a coleta, assim como para contrastar e ilustrar aspectos da análise dos dados gerados nas entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo foram organizados em três categorias analíticas. Na primeira, são analisados os caminhos percorridos pelas crianças e seus cuidadores na RAPS, com ênfase sobre os entraves encontrados para o acesso aos cuidados em saúde mental. Na sequência, apresentam-se as impressões e opiniões dos informantes acerca da atenção ofertada no CAPSi. Na terceira categoria, discute-se a questão inclusão/exclusão escolar, refletindo sobre importância dessa inserção para o cuidado integral das crianças.

(Des) caminhos pela RAPS

Observou-se que, em muitos casos, o acesso da criança ao tratamento se apresentou e ainda se apresenta como uma tarefa árdua devido a uma série de barreiras, tais como, insuficiência de especialistas na rede, conduta inadequada de profissionais atuantes em distintos níveis de complexidade, e barreiras geográficas, confirmando os achados de outros pesquisadores como Couto, Duarte e Delgado (2008), Vecchia, Martins (2009), Passos (2012), etc.

A falta de profissionais especializados no cuidado à saúde mental infantil emergiu como tema frequente tanto nas entrevistas como nas conversas informais entre familiares, registradas no diário de campo. Os familiares evidenciaram dificuldades não só na marcação de consultas com neurope-

diatras, por exemplo, como também no acompanhamento contínuo por parte de fonoaudiólogos e psicólogos, seja no CAPSi, seja em outros serviços da rede pública. Ressalta-se que, na ocasião da coleta dos dados, o setor de saúde de Recife atravessava um momento particular decorrente da mudança de gestão municipal. Devido à realização de um concurso público em 2011, alguns profissionais não puderam ter seus contratos renovados e foram afastados do cargo mesmo sem a nomeação dos profissionais aprovados. Esse hiato gerou um período de redução de recursos humanos no CAPSi em questão, relatado pelos funcionários e familiares durante as observações e entrevistas:

E assim, prefeitura, governo, não tão nem aí. Nem aí pra essa função. Tanto agora que a prefeitura do Recife abandonou aqui esse CAPS, é só demitindo profissionais, psicólogos, tudinho. Pessoas que trabalham aqui há mais de 10 anos, não sei quantos anos, que já tem experiência com autismo e deficiência intelectual, demitindo como se fosse nada pra colocar sabe Deus que pessoas, que vão começar agora uma nova caminhada. Quem perde com isso são os pacientes que são atendidos, entendeu? (Cláudia³, mãe, 29 anos).

Alguns deles apresentavam descontentamento, atribuindo descaso e negligência dos governantes em relação à saúde e à infância. “Porque ela disse que aqui em Recife os hospitais ainda não têm neura [sic]. Aí a gente tá esperando aí o prefeito, não sei, o governador [...] porque tá a maior vergonha...” (Rafael, pai, 26 anos). Do ponto de vista dos familiares, a superlotação da rede de serviços de saúde está relacionada à falta de investimento público na saúde. Conforme desabafo de uma mãe em conversa na sala de espera do serviço: “É tão difícil encontrar tratamento para esses meninos”. Observa-se que, nesse espaço, há trocas de impressões e avaliações sobre serviços e profissionais entre os familiares, assim como indicações de planos de saúde mais acessíveis financeiramente, como alternativa para o problema da oferta de serviços na rede pública.

Verificou-se ainda que a limitação da oferta de serviços para o cuidado à saúde mental infantil se estende por todo o estado de Pernambuco, impondo, além de tudo, uma barreira de acessibilidade geográfica para algumas crianças e familiares que se deslocam, por exemplo, mais de 70 e 120km, de seus municípios até Recife em busca de tratamento. De acordo com Brasil (2012a), no período da produção dos dados, Pernambuco contava com apenas 7 (sete) CAPSi distribuídos no estado, dos quais 3 (três) se localizam na capital. Segundo a última versão do Saúde Mental em Dados 12 (BRASIL, 2015), houve a implantação recente de apenas 1 (um) CAPSi no estado, totalizando 8 (oito).

É longe. É porque lá onde eu moro não tem. Aí não é aquele negócio que a pessoa tem que fazer das tripa coração [sic]? Pra poder ver o filho melhor [...] Tem o carro da prefeitura que traz, da saúde. Eu vou, duas vez na semana, né? Ai eu trago, venho. Tem muita gente de longe que vem pra cá, muita gente de longe, Escada, que vem praqui [sic] porque não tem, né? Que era pra ter, né? (Adriana, mãe, 37 anos).

Além da falta de profissionais na rede, a percepção de uma conduta inadequada dos mesmos em relação à avaliação e diagnóstico e ao direcionamento do tratamento também emergiu como queixa de algumas mães entrevistadas. Nesse âmbito, uma das mães criticou a postura inapropriada de uma profissional, que classificou seu filho como autista sem realizar uma avaliação ou acompanhamento cautelosos. Além do diagnóstico considerado precipitado, a informante relata que a profissional em questão não ofereceu

3

No intuito de manter o anonimato dos participantes, foram elaborados nomes fictícios para todos os entrevistados, assim como para aqueles indivíduos aos quais tenham se referido, como, por exemplo, filhos e profissionais de saúde. Também não são revelados os nomes de equipamentos de saúde, utilizando-se de siglas, como CAPSi, hospital X e Y.

explicações sobre o mesmo, tampouco sobre quais encaminhamentos seriam necessários, de forma que a indicação para o tratamento no CAPSi foi feito por uma pessoa conhecida.

Eu fui no hospital X, a médica olhou ele assim 5 minutos assim e disse que ele tinha o transtorno autista. [...] Só que a doutora aqui me falou que não é assim, né? Que não é assim, que tem que avaliar e dar um diagnóstico no momento. Ai com relação a isso ai eu achei dificuldade por que como é que a médica, tudo bem que eles falaram que pode ser clínico, mas chegar assim e dizer “teu filho tem isso e isso” (Simone, mãe, 32 anos).

Em contrapartida, outra informante revelou que os profissionais aos quais recorreu, tanto no nível da atenção básica como na especializada, não se mostravam aptos a identificar e diagnosticar o problema do filho, que parou de falar repentinamente. Embora ela insistisse que havia algo de errado com o desenvolvimento da criança e buscasse meios para intervir precocemente, deparou-se com entraves para encontrar profissionais qualificados em reconhecer demandas em saúde mental na infância.

Porque eu via a diferença de desenvolvimento dele para o irmão. E já falava à pediatra, né? Mas a pediatra: não, não compare não. [...] Ai ela me disse: pronto, então faça uma coisa: bote na escola. [...] Só que depois disso com 1 ano e 8 meses ele perdeu a fala totalmente, deixou de falar. Ai eu comecei a ir pra vários médicos, vários médicos fazer exame. Não tem profissional, médico que não sabe o que diz, não conhece de autismo praticamente nada, uma doença que tem mais de 60 anos. Não tem profissional, não tem. [...] Fiz exame de cabeça, de mudo pra ver se era mudo, se era surdo, o que que era, não era nada, e os médicos continuavam dizendo: não, não é nada demais não, é uma fase, até os 4 anos ele vai falar. E até hoje ele não fala (Cláudia, mãe, 29 anos).

De modo geral, tal como relatado por Cláudia, verificou-se que o percurso em busca de atenção à saúde mental se iniciou quando a própria cuidadora (mulheres em todos os casos analisado(s) identificava alguma (s) peculiaridade (s) comportamental (is) na criança e compartilhavam suas preocupações com os pediatras dos postos de saúde ou com outros familiares e conhecidos, na expectativa de conseguir algum direcionamento ou indicação sobre condutas e serviços especializados.

Nesse âmbito, observou-se pouca participação da atenção básica relativa ao cuidado em saúde mental infantil. Considerando que o campo de intervenção das Equipes de Atenção Básica se caracteriza pela proximidade com famílias e comunidades, cotidianamente estas se deparam com questões relacionadas à saúde mental (BRASIL, 2005b; VECCHIA, MARTINS, 2009). Entretanto, conforme observado, eventualmente esses profissionais apresentam dificuldades em lidar com esse tipo de demanda, exigindo o investimento em políticas de expansão, formulação e avaliação para esse setor, por meio de diretrizes que compreendam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental (BRASIL, 2005b). Assim sendo, em 2013, o Ministério da Saúde lançou o “Cadernos de Atenção Básica, n. 34: Saúde mental”, que aponta, entre várias outras questões, alguns princípios e reflexões sobre diferentes maneiras de cuidar de crianças, adolescentes e de suas famílias quando problemas comportamentais são motivos de busca por serviços de saúde, via Atenção Básica (AB). Justifica, para tanto, que: “é recente o reconhecimento de que crianças e adolescentes apresentam problemas de saúde mental e de que esses problemas podem ser tratados e cuidados” (BRASIL, 2013b, p. 103).

Todavia, quando tais demandas são reconhecidas pelas equipes de saúde da família, verificou-se o encaminhamento imediato para os serviços especializados e, por conseguinte, os já referidos obstáculos para acessar esse nível de atenção. Assim, o estabelecimento de vínculo entre a equipe e a família, a co-responsabilização com o caso atendido e o uso de ferramentas de referência e contrarreferência, por exemplo, fundamentais para o cuidado em rede, não emergiram no conjunto de dados.

Eu levei ele uma vez ao posto de saúde de lá perto da minha casa, aí ele tinha dito a mim que, perguntou se meu filho era doente. Se tinha algum problema, aí eu disse que não. Aí foi quando ele disse a mim, né, “você leve seu filho ao médico porque a gente vendo ele assim eu acho que ele é autista”. [...] Aí eu levei ele para o Hospital Y aí chegou lá ela disse a mim “é, ele tem umas características de autismo”. Aí mandou ir pro Hospital X, mas cheguei lá no Hospital X não consegui, né, um médico pra ele. Aí eu conheço uma amiga minha que trabalha aqui perto, aí ela tinha dito a mim “ó Gisele, lá perto onde eu trabalho tem não sei sei o que CAPSi, um negócio assim [...] tem um negócio que trabalha com crianças assim, que tem problema tudinho, leva seu filho” (Gisele, mãe, 24 anos).

Esses resultados apontam para a fragilidade da RAPS infantojuvenil, nos distintos níveis de atenção. Outro exemplo contundente se relaciona com as fontes de indicação e encaminhamento das crianças para o CAPSi em questão. Dos 19 sujeitos entrevistados, 9 (nove) relataram que obtiveram informação sobre esse serviço através de profissionais de saúde da atenção básica e/ou especializada, 8 (oito) por sugestão de pessoas conhecidas, e 2 (dois) pela escola.

A atenção no CAPSi

As/o participante/s da pesquisa foram interrogadas/o a respeito de suas impressões e opiniões sobre o CAPSi, considerando desde aspectos estruturais como a infraestrutura e localização do serviço até aspectos relacionados com a organização e qualidade do atendimento oferecido, por exemplo, tempo de espera para o atendimento, trato da equipe de saúde, etc. Uma das principais queixas evidenciadas pelos informantes com relação a esse serviço foi a infraestrutura inadequada, geralmente, devido às seguintes características: espaço insuficiente para o excesso de demanda, espaço sem caracterização para o atendimento de uma clientela infantil, ausência de recursos de entretenimento para as crianças enquanto aguardam o atendimento.

A recepção do serviço, alvo prioritário das críticas, foi considerada como um espaço reduzido e inadequado para acolher as crianças e seus acompanhantes. Os familiares opinaram que o serviço deveria contar com um espaço físico maior, confortável e com possibilidades de entretenimento voltadas ao público infantil, como parquinho, brinquedos, televisão, música, entre outros, com a finalidade de proporcionar um ambiente acolhedor e agradável para crianças e familiares, como evidenciado no seguinte relato:

E assim, aqui tem portas de vidros, aqui tem crianças com vários tipos de deficiência intelectual, tem crianças que vêm tão nervosas, batem numa mãe aí, não podia ser assim. Aqui não tem um lugar de acolhimento. Quando a gente chega tem essas cadeiras aí, de todo jeito, a maioria quebrada. Ou seja, um sofazinho, um lugar confortável, uma música ambiente que essas crianças gostam muito de música. [...] Pintura no ambiente não existe, o ambiente todo sujo. Os banheiros não estão preparados, entendesse? Às vezes não tem água, às vezes não tem papel higiênico, como assim? Se tem uma estrutura que vai trabalhar com essas crianças, deve ter o mínimo, né? (Cláudia, mãe, 29 anos).

No que se refere à organização do serviço, identificaram-se referências ao elevado tempo de espera e ao reduzido tempo de duração dos atendimentos. Alguns familiares ponderaram que o tempo de duração dos atendimentos (30 minutos, geralmente duas vezes por semana, a depender do caso) é insuficiente para uma eficaz assistência à saúde mental infantil.

As meninas fica lá dentro meia hora, eu acho o tempo pouco. A gente passa, se desloca, pega 4 ônibus feito o meu caso mesmo, tem que tá aqui na hora certa, chega aqui é só meia hora. Meia hora é muito rápido. (...) Pelo menos uma hora né? Pelo menos uma hora já que são só duas vezes na semana, era bom que fosse uma hora. Seria melhor, mas como são muitas crianças pra funcionário né? (Ana, avó, 52 anos)

Na opinião das/o entrevistadas/o, o tempo de espera aos quais às crianças são submetidas, assim como a já descrita superlotação e infraestrutura inadequada do serviço são condições que agravam o a condição da criança, sobretudo àquelas com traços autistas, pelo fato de comumente lidarem com rotina e nem sempre compreenderem o motivo daquela espera. Alguns cuidadores demonstram dificuldade em lidar e impor limites às crianças, as quais, por sua vez, podem apresentar dificuldades quanto à interação social e ocupação de lugares restritos e superlotados.

As duas vezes que eu vi a psiquiatra, e o que eu vi com as outras crianças, é que existe uma certa negligência com a condição da criança, que é aquela criança que ela não vai entender o que está acontecendo, porque está esperando. Aí a maioria delas aqui lida com rotina. Ela chegar aqui esperando um tratamento, e as mães têm que chegar na hora, porque não sabe a hora que a psiquiatra vai chegar e é um estresse (Alice, mãe, 26 anos).

É importante ressaltar que, nem todos/as apresentaram críticas diretas ao serviço, demonstrando satisfação com o mesmo e com o tratamento ofertado às crianças. Ao contrário, também foram ressaltados aspectos positivos da estrutura física do serviço, tais como ampla sala para realização dos grupos terapêuticos, limpeza da casa, oferta de lanche para as crianças, espaços para realizar cuidados básicos das crianças, como alimentação e higiene. Do mesmo modo, apesar das diversas críticas tecidas à recepção do CAPSi, foi possível observar a importância da sala de espera como um espaço privilegiado para a troca de informações, desabafos e experiências sobre serviços e profissionais, unidos por um sentimento de identificação: “Só quem é mãe de uma criança assim sabe como é” (Comentário de mãe na recepção).

Ademais, embora tenha sido relatado que há insuficiência de profissionais para atender à demanda tanto na rede de serviços de saúde como no CAPSi em si, 8 (oito) familiares entrevistados destacaram a qualidade do atendimento oferecido pelos profissionais atuantes nesse serviço (8 UR). Nesse sentido, evidenciaram desde a boa qualificação profissional dos especialistas no que se refere ao tratamento de transtornos mentais na infância, principalmente em relação ao autismo, até a dedicação, atenção, bom trato nas relações interpessoais de todos os funcionários envolvidos, como vigias, assistentes administrativos e demais profissionais.

Além da postura acolhedora para com as crianças e suas famílias, dois critérios principais, quase unânimes, foram utilizados pelas/o entrevistadas/o para avaliar a qualidade do tratamento oferecido pelos profissionais: a adesão da criança ao tratamento e a evolução do quadro clínico.

Segundo relatos, a família não possui permissão para observar os atendimentos realizados pelos profissionais e não conseguem informações sobre esses pelas crianças, tendo em vista que a maioria apresenta atrasos ou dificuldades na linguagem. Entretanto, 13 (treze) informantes apreendem o bom relacionamento da criança com os profissionais pelo modo atencioso como esses convidam a criança e pelo desejo e comportamento assertivo dessas em adentrarem na sala de atendimento.

Olha eu não entendo direito porque ele não fala. O que eu percebo, né? Ele gosta muito de vir pra cá, do tratamento. Eu não sei nem o que que eles fazem lá dentro, mas eu sei que é muito bom. Porque ele não pode ver a porta abrir que ele já vai com um sorriso e entra. Ele é louco por aqui assim. E eu vejo que tá resultando muito bem no tratamento de Mateus. Só que eu não sei nem lhe falar assim o que é que tipo, eles fazem que é tão bom, entendesse? Não tenho nem ideia do que seja (Eduarda, mãe, 25 anos).

Embora reconheçam os avanços resultantes do tratamento oferecido, é possível observar nesse último recorte de fala, certa curiosidade por parte dos familiares em relação ao manejo clínico que os profissionais destinam às crianças, dos quais eles não têm acesso direto nem indiretamente, por meio da comunicação dos envolvidos. De fato, a principal crítica identificada pelos informantes no que concerne ao tratamento oferecido pelos profissionais nesse serviço referiu-se à insuficiência de orientações aos cuidadores da criança.

O grupo em si é muito preparado, a fono é preparada, mas assim, a gente fica muito a mercê do que eles vão fazer, a gente não tem conhecimento. Eu acho que deveria ser... É um centro de apoio tanto a criança quanto para a família, porque eu tenho instrução, eu tenho leitura, mas outras pessoas eu vejo aqui que não, elas ficam totalmente perdidas, por exemplo, aqui eles fazem o trabalho interno, claro, mas a gente desconhece tudo o que se passa. (Alice, mãe, 26 anos).

Do mesmo modo, as/o participantes manifestam que há carência de orientações e indicações sobre modos de lidar com a criança e estimulá-la, estendendo os cuidados do serviço em casa. Explicam que algumas famílias, com nível de escolaridade reduzido, não possuem nenhum conhecimento relacionado aos transtornos mentais, como o autismo, tampouco sobre as possibilidades de intervenção, de modo que, o cuidado à saúde mental se restringe aos especialistas. Como elucida uma das entrevistadas, a família é a principal instituição cuidadora, com a qual a criança convive prioritariamente. Por isso, é necessário o conhecimento acerca dos cuidados parentais que contribuam para o tratamento da criança, e, por conseguinte, favoreçam seu desenvolvimento. Fica evidente, portanto, a legitimação dos saberes especializados, em detrimento dos saberes dos familiares, no que concerne à condução sobre a melhor maneira de cuidar e tratar a criança em sofrimento psíquico.

Não sei se todos os CAPS são assim, mas eu acho uma falha gravíssima, o acompanhamento com a gente, sabe? Acho que Dra. Letícia não deveria se reunir somente com os profissionais ou se não fosse ela, fosse, disponibilizasse outro profissional para tá conversando com a gente. Uma vez no mês, com as mães, os pais, as pessoas que acompanham, sabe? Deveria ser assim porque aqui a gente tem pouca assistência deles. [...] Então às vezes eu pedia, eu falava: “ah eu quero falar com você, quero falar com você”. Dizia as dificuldades que eu tava tendo com o Gabriel, mas o normal não é isso não, o normal é atender só a criança (Marta, mãe, 49 anos).

É importante ponderar que a psicóloga entrevistada reconheceu largamente a importância da implicação da família no tratamento das crianças em sofrimento psíquico, de modo que sua participação não se restrinja a direcioná-las ao serviço: “quem trabalha com criança não pode só abordar essa criança, mas abordar também um pouco essa dinâmica familiar para a gente ver como essa criança se reposiciona. Então nós fazemos também um atendimento aos pais, acompanhamento com a família”.

Os resultados apresentados convergem com Dimenstein e Liberato (2009), quando afirmam que são diversos os estudos que revelam a manutenção da lógica ambulatorial e das filas de espera nos CAPS, além da ausência de articulação com o território. Segundo as autoras, tal quadro aponta para uma dicotomia entre a clínica e a política, e a produção de novas ordens de cronicidade no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, as observações e entrevistas realizadas demonstram que, de fato, o CAPSi estudado funciona nos moldes ambulatoriais, em termos espaciais (com divisão clara entre sala de espera para a família e salas de atendimento para a criança) e organizacionais (com horários de atendimento previamente agendados, elevado tempo de espera e falhas no acompanhamento às famílias).

A Reforma Psiquiátrica reaproximou a pessoa em sofrimento psíquico de sua família, que oferece suporte ao tratamento do usuário, tanto no auxílio de atividades cotidianas, como no papel de fonte de sua história biográfica (PEGORARO; CALDANA, 2008). Em relação aos serviços substitutivos, como o CAPS, a Portaria GM nº 336/02 estabelece o atendimento à família como parte das atividades, sugerindo a formação de grupos ou encontros específicos envolvendo os profissionais e a família. Todavia, Miliken e Northcott (2003) reconhecem como comum a prática de apenas listar informações consideradas relevantes ao tratamento e o prognóstico, sem a existência de espaços para escutar as experiências vividas pela família nas atividades de cuidado, como também seus questionamentos.

Tendo em vista que os equipamentos de saúde não são suficientes para garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais, postula-se que a construção de redes sociais é compreendida como essencial no processo de atenção (BRASIL, 2005b). Portanto, no caso das crianças e suas famílias, consiste em reconhecer o lugar social que lhes é reservado, as relações com a vizinhança, escola, creche e outras instituições, assim como “as crenças que circulam e as estratégias que vem sendo utilizadas para sua inserção na comunidade” (BRASIL, 2013a, p. 66).

Assim, no tocante à atenção em saúde mental e à garantia do direito à saúde integral para a população infantojuvenil, é fundamental a construção de redes e articulações intersetoriais. Nesse âmbito, destacam-se as instituições que se ocupam desses dos processos educacionais. As escolas, ao agregarem diversidades e singularidades e recursos potentes para a produção de saúde e detecção de riscos, podem se constituir como espaços privilegiados para o desenvolvimento de crianças, adolescentes e suas famílias (BRASIL, 2014).

A questão inclusão/exclusão escolar

A educação formal foi um dos temas que emergiu com expressividade no discurso das/o entrevistadas/o. A crença de que a inserção escolar produz efeitos positivos sobre o desenvolvimento infantil foi unânime, sendo referenciado, em alguns casos, como indicação de profissionais da saúde. Ou seja, a entrada da criança na escola foi apontada por pediatras e outros especialistas como uma estratégia de cuidado à saúde mental, seja no

âmbito da prevenção – quando o/a cuidador/a suspeitava que havia algo diferente no desenvolvimento da criança – ou da recuperação de um quadro de um sofrimento psíquico já identificado: “E a indicação foi de colocar ele na escola, (...) e pronto, estamos aguardando o desenvolvimento dele” (Leonor, avó, 51 anos).

Em relação à educação formal, a dificuldade de aprendizagem dessas crianças se apresenta como uma preocupação evidente na fala da maioria dos participantes, expressa, sobretudo, na comparação com o desenvolvimento de outras crianças. Percebe-se, todavia, que para esses familiares, a importância principal da escola não reside apenas no ensino formal, mas principalmente em sua função como agente socializadora: “A escola é para meu filho socializar com outras crianças, porque eu sei que ele não vai aprender nada mesmo” (relato de mãe na recepção do serviço). Alguns familiares esclarecem que existe a possibilidade da criança acompanhar as séries progressivamente, mesmo que não apreenda os conteúdos escolares previstos para um ciclo específico, visando à garantia de seu convívio com crianças de idade semelhante. “Ele vai acompanhando por causa da idade, né? Ele não pode ter 7 anos na idade de 5 anos. Então [...] Ele tem acompanhado a turma dele” (Marta, mãe, 49 anos).

Segundo França (2011), depois da família, a escola emerge como um dos mais importantes agentes de socialização, junto aos grupos de pares e meios de comunicação de massa. Trata-se de uma instituição particularmente significativa, onde as crianças passam grande parte do tempo e desempenham papéis distintos do âmbito familiar. Dessa forma, a finalidade da escola engloba a transmissão dos conhecimentos acadêmicos e normas sociais, como também proporciona o desenvolvimento da autonomia e das atitudes e relações socioafetivas. Reflete-se que, no contexto desta pesquisa, a escola adquire, para os cuidadores, o status de lugar privilegiado de trocas interacionais e socialização de normas, regras e comportamentos sociais em detrimento da socialização dos conteúdos programáticos escolares.

De acordo com alguns entrevistados, a interação social promovida pela escola permite a transmissão de significados e comportamentos compartilhados socialmente, retirando a criança de seu isolamento, de seu mundo. Nesse sentido, os cuidadores constataram avanços no desenvolvimento da criança após sua inserção escolar, somada ao tratamento no serviço de saúde mental, sobretudo, no que diz respeito à linguagem e à participação de brincadeiras com outras crianças. “Tá na escola para ele interagir com outras crianças, conviver com outras crianças. Pra ele ir, vir pra realidade do mundo da gente” (Luísa, mãe, 31 anos).

No âmbito da educação pública, o apoio de pedagogos/as e a presença de estagiários/as ou auxiliares responsáveis por acompanhar a criança em sala de aula são apontados como fundamentais para ajudá-la na adaptação à escola e aprendizado dos conteúdos escolares: “No colégio também ele tinha atendimento com a pedagoga à tarde, na terça e na quinta. E tem um estagiário que é muito bom, que ajuda muito ele.” (Fabiana, mãe, 28 anos).

No Brasil, a corrente legislação estabelece que o direito à educação deve ser efetivado através da escolarização em sistema educacional inclusivo, da educação infantil à superior. Para tanto, devem ser assegurados às pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, os apoios necessários para o atendimento às necessidades específicas individualizadas e para seu pleno desenvolvimento ao longo de toda a trajetória escolar, “por meio de serviços, recursos pedagógicos, tecnologia assistida, recursos humanos e acesso aos modos e meios de comunicação mais adequados a cada estudante” (BRASIL, 2013, p. 126). Nesse âmbito, Brasil (2012b) delibera que, em casos de comprovada

necessidade, a pessoa com deficiência incluída nas classes comuns de ensino regular terá direito a acompanhante especializado.

De acordo com os relatos, a importância desses profissionais é tamanha que reflete na possibilidade de inserção escolar da criança. Várias informantes revelaram que a ausência de acompanhantes ou estagiários, cuja contratação é responsabilidade da gestão municipal, é um dos argumentos utilizados pelas escolas para não aceitarem as crianças, visto que o professor não está apto a acolher a demanda em saúde mental na sala de aula.

Desde dezembro que esse menino não tem atendimento na escola. [...] Eu vou, eu já fui não sei quantas vezes lá na escola. Vai ter aula pra José? Não, não vai ter não, não chegou estagiária ainda não. [...] Ai ela disse: olha nem mais traga esse menino pra cá porque a gente não tem condição de ficar com uma criança dessa não porque ele é muito hiperativo. [...] fica aguardando em casa um telefonema, e nem venha mais aqui [...] Eu já falei com a assistente social aqui pra ver se ela resolve isso, mas ninguém resolveu nada e ele tá sem estudar. (Célia, mãe, 35 anos).

Nessa conjuntura, uma das mães entrevistadas teceu críticas à falta de formação adequada dos profissionais de educação para atender às demandas em saúde mental, em específico nos casos de autismo, evidenciando que muitas vezes a escola aceita a criança pela obrigação legislativa. Por isso, a criança não recebe a assistência e o estímulo que necessita, sendo inclusive discriminada e isolada no meio escolar. Ela pondera que apesar das recentes iniciativas na divulgação de informações sobre o autismo, a formação precária dos profissionais ainda compromete a garantia de uma educação de qualidade para essas crianças.

A professora chegou a dizer a mim que tem dia que nem tarefa faz, né? Nem tarefa faz, porque ela não tem condições. Acho que com relação a isso ai, eu sei que sempre vai ter, mas eu acho que deveria ter um pouquinho mais de atenção com eles assim, não diferenciar eles de uma criança normal, né? Mas isso ai eu vejo muitas mães falar com relação a isso ai. Muitas mesmo. Tem umas que é do governo e tem uma educadora, né? Tem uma educadora e tem uma estagiária pra ficar com eles, mas mesmo assim [...] eu acho que não são preparados. [...] Eu sei que elas muitas lá fica por obrigação porque sabem que não podem tirar ele da escola. (Simone, mãe, 32 anos).

A partir dos resultados apresentados, constata-se que muitas crianças são privadas de seu direito inalienável e incondicional à educação, configurando uma condição de exclusão social. Segundo Frigotto (2010), “no âmbito do embate ideológico e político, a exclusão social expressa, certamente, o diagnóstico e a denúncia de um conjunto amplo, diverso e complexo de realidades em cuja base está a perda parcial ou total de direitos econômicos, socioculturais e subjetivos” (p. 419).

Tratando-se, assim, de um fenômeno complexo, destaca-se que a educação inclusiva enquanto proposta de lei não é suficiente para garantir a inclusão das crianças em sofrimento psíquico. É de suma importância problematizar a antinomia incluído/excluído, uma vez que esses e outros achados (BENITEZ; DOMENICONI, 2015; NUNES; SAIA; TAVARES, 2015; entre outros) apontam não apenas a exclusão explícita de crianças do contexto escolar, assim como outros processos de exclusão que operam mesmo na denominada inclusão escolar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo foram evidenciadas algumas experiências de cuidadores de crianças em sofrimento psíquico no acesso às redes de atenção psicossocial infantojuvenil, sobretudo nas esferas da saúde e educação. Averiguou-se uma série de entraves, cujas implicações recaem não apenas sobre as crianças, privadas de direitos e de possibilidades de uma atenção integral, como também para suas famílias, que explicitam os obstáculos, as sobrecargas e os sacrifícios decorrentes, a exemplo do retorno das mulheres para as atividades do lar, pela necessidade de dedicarem-se integralmente à maternagem.

Merecem destaque, portanto, as denúncias dos familiares quanto às fragilidades e lacunas no setor público, que comprometem a construção de redes para o cuidado em saúde mental. Cuidado esse que envolve as dimensões social, emocional e material, e se caracteriza como um processo contínuo. Nesse âmbito, esses resultados reiteram a articulação da atenção básica a uma rede substitutiva de serviços como fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira e a constituição de dispositivos de base comunitária e territorial.

É importante frisar que uma das limitações desse estudo foi o aprofundamento sobre o debate da educação inclusiva, contexto perpassado por embates e polêmicas. A discussão aqui apresentada em torno dos desafios para a inserção escolar de crianças em sofrimento psíquico aponta a Educação Inclusiva como uma política em construção, cuja implementação ainda se esbarra em estigmas, preconceitos, e insuficiência de recursos humanos qualificados, demandando investimentos públicos. Ademais, visou enaltecer a importância atribuída pelos prestadores dos cuidados informais (a família) à escola enquanto dispositivo para o cuidado em saúde mental, ratificando, assim, o reconhecimento da complexidade do campo da Saúde Mental, essencialmente intersetorial e interdisciplinar.

Ademais, aponta-se como outra possível limitação o fato do delineamento do estudo não englobar a perspectiva dos profissionais de saúde atuantes no CAPSi em questão, tendo em vista que a finalidade da presente pesquisa foi conhecer os efeitos da atenção ofertada segundo os prestadores do cuidado informal, isto é, visibilizando as experiências e questionamentos da família das crianças em sofrimento psíquico. Constatou-se o apelo das cuidadoras por possibilidades de diálogo com profissionais de saúde, seja com o intuito de compor espaços de troca de informação, seja por momentos de escuta e atenção aos seus desafios, angústias e receios na experiência de cuidar. Desse modo, considera-se que tais achados e novas pesquisas ainda podem acrescer a reflexão sobre as práticas correntes influenciando na formação profissional e na consolidação de políticas públicas de saúde voltadas para essa área.

Recebido: 15/09/2015

Aceito: 20/09/2015

Referências bibliográficas

- ASSIS, S.G.; et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BENITEZ, P.; DOMENICONI, C. Inclusão Escolar: o Papel dos Agentes Educacionais Brasileiros. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 4, p. 1007-1023, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº 12, outubro de 2015. Informativo eletrônico. Brasília, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações
- BRASIL. Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS**–Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** (Cadernos de Atenção Básica, n. 34) – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 11**, ano VII, nº 11, outubro de 2012. Informativo eletrônico. Brasília, 2012a.
- BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de Dezembro de 2012**. Brasília, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**.
- CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, D. C. M. DOS. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 161-178, 2012.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 4, 2008.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v 1, n. 1, 2009.

FRANÇA, D. X. A socialização e as relações interétnicas. In: CAMINO, L.; et al. (Org.) **Psicologia Social: temas e teorias**. Brasília: Technopolitik, 2011, p.401-450.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Exclusão e/ou Desigualdade Social? Questões teóricas e político- prática. **Cadernos de Educação**, Pelotas [37]: 417 - 442, 2010.

MILLIKEN, P. J.; NORTHCOTT, H. C. Redefining parental identity: caregiving and schizophrenia. **Qualitative Health Research**, Thousand Oaks-California-USA, v. 13, n. 1, p. 100-113, 2003.

NUNES, S. S.; SAIA, A. L.; TAVARES, R. E. Educação Inclusiva: Entre a História, os Preconceitos, a Escola e a Família. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 4, p. 1006-1019, 2015.

PASSOS, I. C. F. Construção e desconstrução de demandas: uma cartografia dos dispositivos de saúde mental infanto-juvenil da cidade de Belo Horizonte. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, p. 248-251, 2012.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p.82- 94, 2008.

RIBEIRO, C. S.; PASSOS, I.; NOVAES, M.; DIAS, F. A produção bibliográfica brasileira recente sobre a assistência em saúde mental infanto-juvenil: levantamento exploratório. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 5, n.1, p. 94-103, 2010.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009.