

A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios

Child mental health and Public Health in Brazil: current situation and challenges

Maria Cristina Ventura Couto,¹ Cristiane S Duarte,² Pedro Gabriel Godinho Delgado^{3,4}

Resumo

Objetivo: Descrever e analisar a situação atual de desenvolvimento da política pública brasileira de saúde mental infantil e juvenil, com foco nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil e na rede intersectorial potencial de atenção à saúde mental infantil e juvenil que engloba outras políticas relacionadas à criança e ao adolescente em âmbito nacional. **Método:** Análise de publicações e dados oficiais do governo brasileiro sobre a implantação e/ou distribuição de serviços públicos nacionais relacionados à criança e ao adolescente. **Resultados:** A política brasileira de saúde mental infantil e juvenil tem como ação central a implementação de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil para atendimento dos casos de transtornos mentais que envolvem prejuízos funcionais severos e persistentes. Existe uma rede intersectorial potencial de cuidado que pode se efetivar com a articulação das ações específicas de saúde mental infantil e juvenil nos setores da saúde geral/atenção básica, educação, assistência social e justiça/direitos. Esta articulação será de grande importância para o atendimento de problemas mais frequentes, que envolvem prejuízos mais pontuais. **Discussão:** No Brasil, o incremento do sistema de cuidados depende da expansão da rede de serviços de saúde mental infantil e juvenil, dos mais aos menos especializados, e de sua articulação efetiva com outros setores públicos dedicados ao cuidado da infância e adolescência.

Descritores: Saúde mental; Criança; Adolescente; Serviços de saúde mental; Saúde pública

Abstract

Objective: To describe and analyze current developments in the Brazilian child and adolescent mental health public policy, focusing on the Centers for Psychosocial Care for Children and Adolescents and in a potential child and adolescent mental health care system, derived from other child and adolescent public policies in the national context. **Method:** Examination of publications and official data produced by the Brazilian government about the implementation and/or distribution of public services for children and adolescents in the country. **Results:** The Brazilian child and adolescent mental health policy has as one of its main strategies the implementation of Centers for Psychosocial Care for Children and Adolescents to cover persistent child psychiatric disorders with severe levels of impairment. In addition, there is a potential intersectorial system which would become effective once specific child mental health actions are articulated with the sectors of general health, education, child welfare and justice/rights. This articulation will play an important role in responding to psychiatric disorders which are frequent with impairment of very specific areas of functioning. **Discussion:** In Brazil, improvement of the child and adolescent mental health care system relies upon the expansion of the mental health specialty sector as well as in its articulation with other public sectors responding to child and adolescent needs.

Descriptors: Mental health; Child; Adolescent; Mental health services; Public health

¹ Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil

² Division of Child & Adolescent Psychiatry, Columbia University, New York, NY, EUA

³ Coordenador Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil, Distrito Federal (DF), Brasil

⁴ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência

Maria Cristina Ventura Couto
Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM/UFRJ)
Avenida Venceslau Brás, 71 – fundos - Botafogo
22290-140 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Tel/Fax: (+55 21) 2543.3101
E-mail: crisventura@alternex.com.br

Introdução

No contexto de diferentes países, é evidente uma marcada defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela.^{1,2} Esta defasagem está presente em nações de todas as regiões do mundo, independente de seus níveis econômicos e de distribuição de renda, mas é especialmente significativa no grupo de países em desenvolvimento.

A constatação desse déficit assistencial contrasta com a magnitude dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes e das conseqüências a eles associadas.³ A que se deve esta disparidade no caso específico da população de crianças e adolescentes? A ausência de políticas oficiais de saúde mental infantil e juvenil na extensa maioria dos países vem sendo destacada como fator de extrema relevância neste quadro.^{1,4,5}

De modo geral, as políticas de saúde mental existentes estão relacionadas aos problemas da população adulta. Na população de crianças e adolescentes, os tipos de transtorno, principais fatores de risco e de proteção, estratégias de intervenção e organização do sistema de serviços têm especificidades que não podem ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta à população infantil e juvenil.⁶ Tais especificidades tendem a permanecer invisíveis na agenda mais geral das políticas de saúde mental, requerendo, assim, a proposição de uma agenda política específica. A inexistência de políticas de saúde mental infantil em quase todas as partes do mundo torna o desenvolvimento de políticas nacionais de saúde mental para infância e adolescência um empreendimento não apenas necessário, como urgente.¹ Uma política de saúde mental específica para este segmento auxiliaria substancialmente a ampliação do sistema de serviços, daria institucionalidade à construção de dados e de informações culturalmente relevantes acerca das questões que lhe são próprias, e contribuiria para o avanço das pesquisas nesta área.

No Brasil, é fato recente o reconhecimento, pelas instâncias governamentais, de que a saúde mental de crianças e jovens é questão de saúde pública e deve integrar o conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) – responsável pelo desenvolvimento da política geral de saúde mental brasileira. Historicamente, as ações relacionadas à saúde mental da infância e adolescência foram, no país, delegadas aos setores educacional e de assistência social, com quase ausência de proposições pela área da saúde mental.⁷⁻⁹

Com o objetivo de superar esta delegação silenciosa e os problemas assistenciais que lhe são inerentes, existem hoje ações em direção à implantação de uma política de saúde mental para infância e adolescência como um plano específico, integrado à política geral de saúde mental do SUS.⁹⁻¹¹ A principal finalidade desta política é a construção de uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade às necessidades de crianças e adolescentes. Duas ações principais estão em curso nos últimos anos: 1) a implantação pelo SUS de novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, os Centros de Atenção Psicossocial Infância-Juvenil (CAPSI);^{12,13} e 2) a construção de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência: saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos,^{9,11} com vistas à integralidade do cuidado. Esta última ação será denominada ao longo deste artigo como 'rede intersetorial potencial'.

O presente artigo visa descrever e analisar a situação atual do desenvolvimento da política de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil. Parte-se da listagem dos principais

obstáculos para a formulação de ações e políticas de saúde mental infantil no contexto nacional e mundial, e prossegue-se com a descrição das duas principais ações em saúde mental infantil citadas acima, com base na análise de documentos e dados oficiais disponíveis. Conclui-se com uma avaliação crítica da informação coletada e sugestões para os próximos passos.

1. A saúde mental infantil e a saúde pública

A inclusão tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda das políticas de saúde mental, nacional e internacionalmente, pode ser atribuída a diversos fatores. Em primeiro lugar, à extensa e variada gama de problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência, que incluem desde transtornos globais do desenvolvimento (como o autismo) até outros ligados a fenômenos de externalização (como transtornos de conduta, hiperatividade), internalização (depressão, transtornos de ansiedade), uso abusivo de substâncias, e demais. Além da sintomatologia, há considerável variação no período de incidência – alguns transtornos eclodem na infância e outros apenas na adolescência –, e nos tipos de prejuízos relacionados, adicionando complexidade à avaliação diagnóstica e situacional. Nesta população, a formulação de um diagnóstico de qualidade exige procedimentos de avaliação específicos que incluem, além das próprias crianças e adolescentes, o recurso a fontes de informação diversas, como familiares, responsáveis, professores, e outros.^{3,14}

Um segundo fator, relacionado às dificuldades acima, diz respeito ao caráter recente do conhecimento sistematizado sobre freqüência, persistência, prejuízo funcional e conseqüências na vida adulta associadas aos transtornos mentais da infância e adolescência. Mesmo considerando os avanços metodológicos ocorridos na última década em relação às estratégias de definição e avaliação da severidade nas patologias mentais infantis e juvenis,^{15,16} grande parte dos países carece de estudos rigorosos e abrangentes sobre o tema. Pesquisas epidemiológicas consistentes, que considerem a especificidade de fatores regionais/culturais na proteção ou risco à saúde mental de crianças e jovens, ainda constituem um desafio a ser enfrentado em diversos países do mundo.^{2,3} Em relação à América Latina e Caribe, em 2003, foram identificados apenas 10 estudos epidemiológicos que empregavam estratégias de avaliação padronizadas, reportando taxas de prevalência de problemas mentais entre 15 e 21%.¹⁷ No Brasil, entre 1980 e 2006, nove publicações registraram taxas de prevalência de 12,6 a 35,2%¹⁸ quando os informantes foram os pais ou a criança; quando utilizada uma entrevista diagnóstica, a taxa variou entre 7 e 12,7%.¹⁹ Internacionalmente, há dados disponíveis indicando a persistência e conseqüências prejudiciais dos transtornos da infância na vida adulta.^{20,21} Entretanto, não foi ainda quantificado o impacto das condições psicopatológicas da infância e adolescência em termos de tempo geral de vida perdido (anos ou dias) e/ou carga global das doenças.²² Uma vez efetuado, este procedimento – que foi decisivo para a inclusão da saúde mental de adultos na esfera da saúde pública – poderá revelar mais claramente a magnitude dos danos em questão, e ratificar a urgência no enfrentamento do problema, já que grande parte dos transtornos psiquiátricos diagnosticados em adultos tem história de início na infância ou juventude.²³

Um terceiro aspecto é a inexistência até bem pouco tempo atrás, em todos os países, de evidências empíricas de qualidade sobre a eficácia e a efetividade de tratamentos para transtornos mentais infantis. Na última década, a ação de intervenções terapêuticas vem sendo comprovada para condições debilitantes na população infantil e juvenil,²⁴⁻²⁶ assim como a efetividade de estratégias comunitárias, psicossociais e familiares, particularmente em situações de risco.²⁷

Entretanto, há ainda um significativo hiato a ser recoberto quanto ao desenvolvimento de modalidades de intervenção para o cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes² que sejam aplicáveis a diferentes contextos.²⁸

Um quarto fator merece ser destacado na dificuldade de inclusão da saúde mental infantil no campo da saúde pública: a particularidade do sistema de cuidado. Este, especificamente no caso de crianças e adolescentes, freqüentemente 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. Esses setores tradicionalmente operam isolados uns dos outros, mas todos provêem serviços ou agem de alguma forma sobre crianças e adolescentes com problemas mentais.²⁹ O uso simultâneo de serviços de diferentes setores ocorre com freqüência.³⁰ Muitas vezes, o cuidado, especializado ou não, de problemas mentais em crianças e adolescentes ocorre num único setor, vocacionado ou não a exercer este trabalho específico.^{8,17} Por exemplo, não é incomum que crianças ou adolescentes com problemas de conduta sejam *atendidos* exclusivamente pelo setor da justiça, sem participação da saúde mental. Da mesma forma, não é raro que problemáticas ligadas à depressão,³¹ hiperatividade³² e outras fiquem restritas ao contexto escolar e não obtenham avaliação e cuidado mais qualificado pela saúde mental. Esta forma de uso dos serviços revela ausência de racionalidade na oferta dos recursos e, na maioria das vezes, resulta em impropriedade ou subutilização do cuidado.¹⁷ Concorre ainda para agravar a situação o fato de setores tão distintos terem limitada capacidade de produzir informações para instrumentalizar os gestores da área de saúde mental na construção de estratégias para melhoria da qualidade da assistência.

No contexto internacional atual tem sido reiteradamente afirmada a necessidade de uma rede que articule serviços dos mais aos menos especializados, prioritariamente de base comunitária e sob fundamento intersetorial, formando um *continuum* de resposta para a efetividade do cuidado em saúde mental infantil e juvenil.²⁻⁴ A função das escolas, de serviços da saúde geral e assistência social para detecção de problemas e organização do suporte assistencial a essa população tem merecido destaque em diversos estudos dedicados ao tema.^{2,3} Nas escolas são privilegiadas as ações para redução de riscos e aumento dos fatores protetivos relacionados à saúde mental de crianças e jovens.^{2,3} A saúde geral, particularmente a atenção básica, educação e a assistência social, são considerados programas estratégicos para acesso de crianças e adolescentes ao cuidado em saúde mental, dentre outros fatores, porque são mais acessíveis à população e tendem a gerar menos estigma³ tanto para os usuários quanto para suas famílias.

A existência de desafios específicos envolvidos no atendimento à saúde mental infantil e juvenil indica que apenas o conhecimento consubstanciado das particularidades dos diferentes contextos, das ações concretas realizadas pela atenção especializada, e da distribuição de serviços nos diferentes setores pelo território nacional podem guiar a construção de uma política pública que proporcione efetiva melhoria do atendimento e do cuidado à infância e adolescência.

A seguir, serão descritos e analisados criticamente o estado atual e o contexto da recente política pública brasileira de saúde mental infantil, por meio do exame de seus dois componentes centrais: os CAPSi e a rede intersetorial potencial. Particular ênfase será dada à identificação dos principais desafios a serem enfrentados.

Método

Foram consultados e sistematizados documentos oficiais emitidos pelo governo brasileiro sobre a área específica de saúde mental,

e também sobre a de outras políticas públicas relacionadas ao cuidado de crianças e adolescentes. As fontes utilizadas encontram-se relacionadas na Tabela 1. Especificamente, com a finalidade de descrever o processo e atual estado de implantação dos CAPSi, considerando o período de 2002-2007, foram utilizados documentos oficiais da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde (MS). Estes dados foram suplementados por uma produção acadêmica específica sobre CAPSi.¹³

Para o entendimento da cobertura potencial ao atendimento à infância e adolescência foram compiladas informações oficiais sobre serviços em saúde mental e serviços específicos em quatro setores de cuidado (saúde geral, educação, assistência social, justiça/direitos), referentes ao período 2006-2008.

Os serviços selecionados foram aqueles considerados estratégicos nas respectivas políticas setoriais e planejados a partir de bases populacionais. São eles:

1) **Saúde Mental:** dispositivos de base territorial – ambulatórios de saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes tipologias (I, II, III, Infância-Juvenil e Álcool/Drogas) –, já que mesmo aqueles não dirigidos especificamente para crianças e adolescentes recebem orientação da política para, nos locais onde não existem outros recursos da saúde mental, responder pela cobertura a esta população¹¹ quando necessitada de tratamento.

2) **Saúde Geral:** Atenção Básica/Primária, representada pelo Programa de Saúde da Família (PSF), ícone da mudança de modelo para assistência em saúde no país, e estratégico para ações de prevenção e detecção precoce de questões ligadas à saúde mental de crianças e adolescentes.¹¹

3) **Educação:** a) Estabelecimentos públicos da educação básica que incluem a educação infantil, ensino fundamental e médio - planejados para cobertura universal da população; b) Instituições filantrópicas com número significativo de estabelecimentos em todas as regiões do país que oferecem ações educacionais e de reabilitação para alunos especiais – representadas pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

4) **Assistência Social:** Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), propostos em 2004 pela atual Política Nacional de Assistência Social, sob gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em processo de consolidação no país, e que têm por finalidade o desenvolvimento de ações de proteção em áreas de vulnerabilidade social, sob o princípio da intersetorialidade.

5) **Justiça/Defesa de direitos:** Conselhos Tutelares (CT), estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, e encarregados de zelar pelo cumprimento dos direitos da população infantil e juvenil.

Resultados

No caso específico do Brasil, a implantação de CAPSi (para atendimento de transtornos mentais que envolvem prejuízos severos e persistentes) e o estabelecimento de diretrizes para articulação intersetorial da saúde mental com outros setores públicos (visando a cobertura de problemas mais freqüentes que envolvem prejuízos mais pontuais) constituem, atualmente, os pilares da saúde mental pública para crianças e adolescentes. A noção que embasa a montagem de recursos é a de uma *rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantil e juvenil*, onde devem estar articulados serviços de diferentes setores, com graus diferenciados de complexidade e níveis distintos de intervenção, capazes de responder pelas diferentes problemáticas envolvidas na saúde mental de crianças e jovens.

Tabela 1 – Fontes de informação consultadas sobre a política específica de saúde mental de criança e adolescente (CA) e outras políticas públicas relevantes

Documentos/Dados	Conteúdo relevante a CA	Ano	Fonte
Saúde mental			
Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental Portaria 336/2002	Deliberações para atenção à saúde mental de CA	2002	Requisição ao Ministério da Saúde: saudemental@saude.gov.br
Portaria 189/2002	Instruções técnicas para funcionamento de CAPSi	2002	http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/legislacao_mental.pdf
Portaria 1608/2004	Instruções financeiras para custeio de CAPSi	2002	http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/legislacao_mental.pdf
Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil	Constitui Fórum Nacional de Saúde Mental CA	2004	http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/legislacao_mental.pdf
Portaria 1174/2005	Diretrizes operacionais para todos os serviços de saúde mental para CA	2005	http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0379_M.pdf
Declaração de Brasília	Financiamento regular de supervisão clínico-institucional para CAPSi	2005	http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1174.htm
Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção	Diretrizes para organização e expansão da rede de cuidados em saúde mental para CA	2006	Requisição ao Ministério da Saúde/ Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil: saudemental@saude.gov.br
Boletim Informativo da Saúde Mental. MS/DAPES/Coordenação Geral de Saúde Mental Ano VI, nº26	Relatório de Gestão da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde 2003-2006	2007	http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/07_0416_M.pdf
Saúde Mental em Dados, nº 4	Número de CAPS por Estado da Federação	2007	Requisição ao Ministério da Saúde: saudemental@saude.gov.br
	Número de ambulatórios de saúde mental por Estado	2007	Requisição ao Ministério da Saúde: saudemental@saude.gov.br
Outras			
População por Estado	População residente	2006	http://www.ibge.gov.br
Índice de Desenvolvimento Humano	IDH	2000	http://www.undp.org.br/hdr/atlas.htm
Programa de Saúde da Família (PSF)	Cobertura do PSF por Estado	2006	http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2006.pdf
Escolas Públicas/Educação Básica	Número de estabelecimentos da educação básica por Estado	2006	http://www.inep.gov.br/basica/censo/escolar/sinopse/sinopse.asp
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)	Número de APAE por Estado	2008	Requisição à Associação Federal das APAE: fenapaes@apaebrazil.org.br
Número de Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)	Número de CRAS por Estado	2006	http://www.mds.gov.br/suas/guia_protecao/cras-centros-dereferencia-da-assistencia-social/habilitacao-por-estado
Conselhos Tutelares (CT)	Número de Conselhos Tutelares por Estado	2007	http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/conselho/conanda

Serão apresentados a seguir os resultados da compilação de dados e informações sobre os CAPSi e a rede intersetorial potencial.

1. Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSi)

Os CAPSi foram propostos a partir de 2002, sob os mesmos princípios que regem as demais tipologias de CAPS no país. São serviços territoriais, de natureza pública, financiados integralmente com recursos do SUS,¹³ com a função de prover atenção em saúde mental baseados na integralidade do cuidado. Foram planejados inicialmente para as cidades com 200.000 habitantes ou mais, com a finalidade de atender casos de maior gravidade, conforme deliberação da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001,⁷ e ordenar a demanda em saúde mental infantil e juvenil no seu território de abrangência.

Compostos por equipes multiprofissionais - contendo **no mínimo** um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (entre: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo) e cinco profissionais de nível médio - os CAPSi devem se responsabilizar pelo atendimento regular de um número limitado de pacientes e de suas famílias, em regimes diferenciados de tratamento, segundo as necessidades de cada caso (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), desenvolvendo um elenco diversificado de atividades terapêuticas.¹² São prioritários os atendimentos para autistas, psicóticos e para todos aqueles cuja problemática incida diretamente em prejuízos psicossociais severos (na socialização, inclusão escolar, familiar/comunitária etc.).

Os CAPSi são também encarregados de desenvolver ações para conhecimento e ordenação das diferentes demandas que concernem à saúde mental da infância e adolescência no território sob sua responsabilidade. Esta inflexão para o território, conjugada ao atendimento dos casos, imputa a estes serviços um duplo mandato: terapêutico e gestor. Este último deve ser realizado por meio: 1) do levantamento das reais necessidades em saúde mental presentes no contexto social específico onde está inserido e nos equipamentos públicos locais como, por exemplo, escolas, conselhos tutelares, abrigos, postos de saúde e demais, por intermédio de reuniões regulares e/ou outras estratégias pertinentes; 2) da pactuação de fluxos pelos diferentes serviços/setores, visando à melhor cobertura das demandas que, mesmo não requerendo tratamento diário e intensivo, exigem cuidado e tratamento.

Os indicadores disponíveis sugerem que a expansão da rede CAPSi está aquém da necessária e constitui um importante desafio a ser enfrentado.¹⁰ A Figura 1 ilustra a evolução no país do número de CAPSi, por ano, desde sua criação. Existiam, ao final de 2007, um total de 86 CAPSi em funcionamento. Em cinco anos, de 2002 a 2007, 54 novos serviços foram disponibilizados. O parâmetro populacional estabelecido pela base normativa (200.000 habitantes ou mais) incide diretamente sobre 130 cidades no país, sendo 14 com mais de um milhão de habitantes, onde, certamente, e não somente nelas, o número de CAPSi deveria ser maior do que um.

O percentual de CAPSi em relação à totalidade dos CAPS (todas as tipologias) em funcionamento no país tem se mantido inalterado ao longo dos anos, média de 7%, conforme Figura 1. A existência no SUS de recursos financeiros extra-teto [Autorização

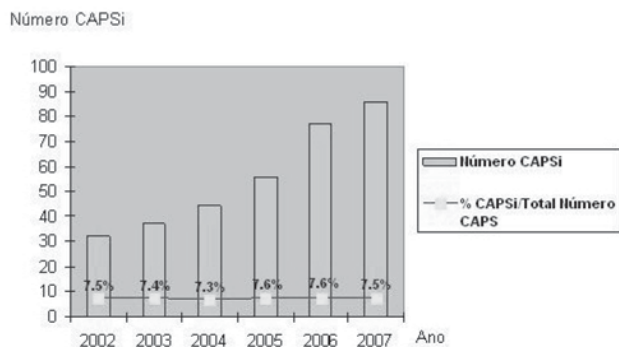


Figura 1 – Número de CAPSi e % de CAPSi em relação ao número total de CAPS (anos 2002-2007)

de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC), do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)], isto é, com dotação específica,¹³ para custeio dos CAPS, não correspondeu para os CAPSi (e CAPS III) ao aumento esperado no número de serviços.¹⁰ A partir de 2005, apenas 24% dos CAPSi pleitearam recurso junto ao MS para financiamento de supervisão clínico-institucional, objeto do programa de qualificação do atendimento e gestão dos CAPS, com dotação financeira regular.³³

Nas cidades onde não está prevista, no momento, a implementação de CAPSi, a orientação atual da política indica que a cobertura para tratamento de crianças e adolescentes deverá ser executada pelas demais tipologias de CAPS (I, II, III, AD),¹² pelos ambulatorios de saúde mental e/ou outros recursos intersetoriais existentes.¹¹ Esta estratégia, relevante no sentido da cobertura, requer, entretanto, um rigoroso processo de acompanhamento e análise de impacto, ainda não realizado.

Na literatura, são escassas as publicações contendo avaliação mais detalhada sobre o funcionamento dos CAPSi. Um estudo recente, de caráter descritivo, realizado com dados secundários obtidos das APAC para o ano de 2003, de sete CAPSi,³⁴ encontrou 1.455 pacientes em atendimento (62,3% do sexo masculino e idade média de 11,1 anos), representando uma média de 208 pacientes por serviço. Destes, 49,3% estavam em atendimento não-intensivo, 40,2% em semi-intensivo e 10,5% em regime intensivo. Em relação aos agrupamentos diagnósticos propostos pela CID-10, foram encontrados: 44,5% dos pacientes no grupo dos transtornos do comportamento e transtornos emocionais (F90-F98); 19,8% no dos transtornos neuróticos (F40-F49); 14,2% nos transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89); 3% com esquizofrenia e transtornos esquizotípicos (F20-F29); e 8,7% no dos transtornos do humor (F30-F39). Em relação às normas estabelecidas para composição da equipe, a única discrepância identificada foi o menor número de profissionais de nível médio. Mesmo circunscrito e baseado em informações apenas do primeiro ano de existência dos CAPSi no SUS, o estudo indica pontos de convergência entre o serviço e sua missão público-institucional. Em relação à função gestora dos CAPSi, não há referência neste ou em outros trabalhos registrados na literatura.

2. Rede intersetorial potencial

O sistema de cuidados preconizado no momento atual da política de saúde mental infantil e juvenil brasileira tem como componente central a articulação entre serviços de diferentes setores.⁹ Uma estratégia de gestão foi instituída recentemente, sob a coordenação

da área da saúde mental do MS, com a finalidade de potencializar esse processo: o *Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil*,³⁵ composto por gestores de diferentes instituições, setores públicos, da justiça e organizações da sociedade civil, concreta ou potencialmente relacionados ao cuidado em saúde mental da população em questão. Esta experiência de gestão na esfera federal foi precedida por uma de formato equivalente, e exitosa em seus efeitos, desenvolvida desde 2000 pela instância estadual da saúde mental no Estado do Rio de Janeiro. A expansão desta modalidade de gestão é considerada de fundamental importância para consolidação e efetividade da política de saúde mental infantil e juvenil em todas as unidades da federação.

No presente artigo, com o objetivo de instrumentalizar e ampliar a discussão sobre a intersetorialidade como fundamento do cuidado à saúde mental infantil, foram reunidas informações, por estados e regiões do país, sobre a presença de serviços públicos nos diferentes setores envolvidos com o cuidado de crianças e adolescentes.

A Tabela 2 resume o número e a taxa de presença por 100.000 habitantes dos diferentes serviços de atendimento à infância e adolescência nas regiões e estados da federação para os anos de 2006 ou 2007.

Os serviços de saúde mental, representados pela soma dos CAPS (todas as tipologias, incluindo CAPSi) e ambulatorios, apresentam em três regiões taxas próximas de 1:100.000 – Nordeste, Sudeste e Sul – indicando uma situação potencialmente favorável de acesso ao tratamento em saúde mental quando comparadas com as regiões Norte e Centro-Oeste. Entretanto, a efetividade das estratégias voltadas para crianças e adolescentes nos serviços de saúde mental não especificamente dirigidos a elas, em quaisquer das regiões, não pode ser identificada por meio destes indicadores.

Em todas as regiões do país, as escolas, em primeiro lugar, seguidas pelas Equipes de Saúde da Família, apresentam as maiores taxas de presença em relação aos demais serviços, sinalizando a importância destes dispositivos na construção de uma rede de cuidados em saúde mental, ampliada e inclusiva. Os setores da educação e da atenção básica - como integrantes de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantil - podem ter função de destaque no desenvolvimento de ações preventivas, de promoção de saúde, e na identificação de casos para os quais intervenções precoces podem reverter ou evitar o agravamento de problemas mentais.^{36,37}

Os dispositivos da educação especial/filantrópica, saúde mental, assistência social e defesa de direitos apresentam taxas que variam entre 0,43 (educação especial, na região Nordeste) e 4,1 (conselhos tutelares, na região Sul). Estes programas estão direcionados a populações específicas, sob diferentes situações de risco. Para estas populações, a articulação com a área da saúde mental tem papel de relevo se consideradas as diversas formas de agravo a que estão submetidas (violência, miséria, abuso, desfiliação etc.),³⁸ reforçando a importância da intersetorialidade para um cuidado efetivo.

Diferenças regionais na distribuição dos diversos serviços são visíveis na Tabela 2. Tais diferenças importam porque têm implicações na formulação de políticas adequadas às realidades específicas. Na região Norte, destaca-se a importância das redes de saúde (taxa: 12,8) e de ensino (159,7), e a necessidade de expansão da rede de saúde mental (apenas 0,46). A região Nordeste apresenta a mais elevada taxa em saúde geral (21,6) e a segunda mais alta na educação (144,7). A taxa de presença do setor educação nas regiões Norte e Nordeste é entre duas e três vezes maior que as taxas das outras regiões, o que contrasta notavelmente com os indicadores sociais desfavoráveis destas regiões. Com

Tabela 2 - Distribuição Regional e Estadual da Rede Pública Potencial de Atenção à Saúde Mental da Infância e Adolescência no Brasil

Regiões/Estados	Nº municípios	População ¹	IDHM ²	Saúde Mental		Saúde geral		Educação		Assistência social		Justiça/Direitos Tutelares ⁸			
				Amb. Saúde Mental + CAPS (todas as tipologias) ³		Equipes de Saúde da Família ⁴		Escolas Públicas (Ed. Básica) ⁵		Educação Especial Filantrópica ⁶		CRAS ⁷		Conselhos Tutelares ⁸	
				N	:100.000	N	:100.000	N	:100.000	N	:100.000	N	:100.000	N	:100.000
Amazonas	32	3.311.026	0,71	5	0,15	427	12,9	5.156	155,7	10	0,30	65	2,0	30	0,9
Roraima	15	403.344	0,75	3	0,74	92	22,8	731	181,2	0	0,00	11	2,7	6	1,5
Amapá	16	615.715	0,75	3	0,49	104	16,9	713	115,8	3	0,49	10	1,6	12	1,9
Acre	22	686.652	0,70	6	0,87	127	18,5	1.693	246,6	3	0,44	23	3,3	14	2,0
Rondônia	52	1.562.417	0,74	12	0,77	176	11,3	1.735	111,0	23	1,47	35	2,2	45	2,9
Pará	143	7.110.465	0,72	28	0,39	649	9,1	12.003	168,8	27	0,38	132	1,9	98	1,4
Tocantins	139	1.322.441	0,71	12	0,90	350	26,3	1.964	147,4	35	2,63	50	3,8	80	6,0
TOTAL Norte	449	115.022.060		69	0,46	1.925	12,8	23.995	159,7	101	0,67	326	2,2	285	1,9
Alagoas	102	3.050.652	0,65	47	1,54	698	22,9	3.215	105,4	2	0,07	97	3,2	77	2,5
Bahia	417	13.950.146	0,69	144	1,03	2.180	15,6	20.651	148	66	0,47	336	2,4	129	0,9
Ceará	184	8.217.085	0,70	72	0,88	1.531	18,6	9.874	120,2	27	0,33	203	2,5	164	2,0
Maranhão	217	6.184.538	0,64	46	0,74	1.592	25,7	12.974	209,8	46	0,74	205	3,3	112	1,8
Paraíba	223	3.623.215	0,66	45	1,24	1.185	32,7	6.087	168,0	16	0,44	184	5,1	114	3,1
Pernambuco	185	8.502.603	0,71	96	1,13	1.605	18,9	8.774	103,2	8	0,09	191	2,2	118	1,4
Piauí	223	3.036.290	0,66	42	1,38	1.028	33,9	7.032	213,6	38	1,25	134	4,4	142	4,7
Rio Grande do Norte	167	3.043.760	0,71	24	0,79	828	27,2	3.800	124,8	13	0,43	128	4,2	58	1,9
Sergipe	75	2.000.738	0,68	36	1,80	503	25,1	2.249	112,4	5	0,25	65	3,2	65	3,2
TOTAL Nordeste	1.739	51.609.027		552	1,07	11.150	21,6	74.656	144,7	221	0,43	1.543	3,0	979	1,9
Distrito Federal	1	2.383.784	0,84	4	0,17	21	1,0	619	26,0	1	0,04	10	0,4	1	0,0
Goiás	246	5.730.753	0,78	28	0,49	996	17,4	3.532	61,6	42	0,73	94	1,6	203	3,5
Mato Grosso do Sul	78	2.297.981	0,78	20	0,87	347	15,1	1.122	48,8	55	2,39	57	2,5	74	3,2
Mato Grosso	141	2.856.999	0,77	35	1,23	471	16,5	2.500	87,5	57	2,00	68	2,4	129	4,5
TOTAL Centro Oeste	466	13.269.517		87	0,66	1.838	13,9	7.773	58,6	155	1,17	229	1,7	407	3,1
Espírito Santo	78	3.464.285	0,77	46	1,33	487	14,1	3.390	97,9	40	1,15	52	1,5	76	2,2
Minas Gerais	853	19.479.356	0,77	206	1,06	3.422	17,7	13.911	71,4	408	2,09	321	1,6	529	2,7
Rio de Janeiro	92	15.561.720	0,81	151	0,97	1.328	8,5	6.532	42,0	61	0,39	178	1,1	83	0,5
São Paulo	645	41.055.734	0,82	384	0,94	2.780	6,8	969	41,3	295	0,72	313	0,8	591	1,4
TOTAL Sudeste	1.668	79.561.095		787	0,99	8.037	10,1	40.802	51,3	804	1,01	864	1,1	1.279	1,6
Paraná	399	10.387.378	0,79	129	1,24	1.545	14,9	7.228	69,6	324	3,12	123	1,3	399	3,8
Rio Grande do Sul	496	10.963.219	0,81	211	1,92	1.040	9,5	8.390	76,5	205	1,87	111	1,0	416	3,8
Santa Catarina	293	5.958.266	0,82	178	2,99	1.194	20,0	5.592	93,9	188	3,16	44	0,7	293	4,9
TOTAL Sul	1.188	27.308.863		518	1,90	3.779	13,8	21.210	77,7	717	2,63	287	1,1	1.108	4,1
TOTAL BRASIL	5.564	186.770.562	0,77	2.013	1,08	26.729	14,3	168.436	90,2	1.998	1,07	3.249	1,7	4.058	2,2

1 Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estimativa das populações residentes em julho de 2006 - <http://www.ibge.gov.br>

2 Índice de Desenvolvimento Humano por Município. Fonte: IDHM, 2000. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - <http://www.undp.org.br/HDR/Atlas.htm>

3 Fonte: MSDAPES/CISM. Saúde Mental em dados, n. 4, ago 2007 e Informativo da Saúde Mental, ano VI, n. 26, dez 2007 - <http://www.saude.gov.br>

4 Fonte: Ministério da Saúde / Departamento de Atenção à Saúde, dezembro de 2006 - <http://www.saude.gov.br>

5 Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, março de 2006 - <http://www.inep.gov.br>

6 Fonte: APAE - Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais - <http://www.apaebrasil.org.br>

7 Conselho Regional de Assistência Social. Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social / Sistema Único de Assistência Social, julho de 2006 - <http://www.mds.gov.br>

8 Fonte: Secretaria Especial dos Direitos Humanos / Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, dezembro de 2007 - http://www.presidencia.gov.br/estrutura_sech/conselho/comanda

algumas exceções, serviços voltados para populações de risco não são freqüentes nas regiões Norte e Nordeste.

Assim, em que pesem diferenças relativas às escolas nas diferentes regiões, é possível afirmar que as melhores taxas de presença de serviços são encontradas nos serviços básicos (educação e saúde) das áreas com menores índices de desenvolvimento (IDMH). Neste aspecto, a região Centro-Oeste apresenta situação desfavorável, já que a presença da educação e saúde geral não é comparável às do Norte e Nordeste, e os demais serviços também não são numerosos nesta região.

A região Sudeste, onde está concentrado o maior percentual da população residente no país (42,6%), e onde os índices de desenvolvimento são melhores do que os das regiões Norte e Nordeste, concentra as piores taxas em educação básica, saúde geral, assistência social e conselhos tutelares, e apenas mediana na saúde mental e educação especial, sugerindo sobrecarga em quase todas as áreas de cuidado. Ressalte-se que foram analisados apenas os serviços públicos e filantrópicos, não se incluindo o componente privado, especialmente significativo na área de educação das regiões economicamente mais desenvolvidas do país, como a Sudeste. Finalmente, a região sul apresenta os melhores índices nos serviços dirigidos às populações específicas: saúde mental, educação especial e conselhos tutelares.

Discussão

O processo brasileiro de desenvolvimento da política de saúde mental e as peculiaridades regionais indicam avanços e desafios a serem enfrentados.

Os CAPSi são a principal ação brasileira porque respondem à necessidade de ampliação de acesso ao tratamento para casos que até então estavam fora do sistema formal de saúde mental⁸ – como casos de autismo – e, ao mesmo tempo, visam a melhorias no conhecimento clínico, epidemiológico e sobre organização de serviços no campo da saúde mental infantil e juvenil. Vale ressaltar que a montagem de serviços multiprofissionais, de base comunitária, e mais especializados para tratamento de jovens com múltiplas e complexas necessidades decorrentes de transtornos mentais vem sendo reafirmada internacionalmente.² O fundamento intersetorial do sistema de serviços constitui relevante estratégia para o cuidado de crianças e adolescentes, mas a complexidade de sua operacionalização permanece como tarefa a ser efetivamente realizada.

Os dados reunidos neste artigo sugerem a existência de três principais desafios a serem enfrentados pelo setor específico da saúde mental infantil e juvenil: um primeiro, originado da situação atual de implantação de dispositivos para atenção à saúde mental infantil e juvenil, é a necessidade de expansão dos diferentes serviços que compõem a rede de cuidados. É urgente o aumento do número de CAPSi, assim como o de ambulatórios e demais dispositivos de saúde mental, em particular daqueles especificamente voltados para infância e adolescência. Este desafio está colocado para todas as regiões do país, especialmente Norte e Centro-Oeste, e particularmente para as cidades de grande porte onde, conseqüentemente, é maior o quantitativo de crianças e jovens que requerem atendimento. O enfrentamento deste problema depende, dentre outros fatores, da maior conscientização dos gestores locais e regionais, e da sociedade em geral, em relação aos problemas mentais nesta população e da carga a eles associada; da ampliação da oferta de programas de formação para qualificação de trabalhadores nesta área; do aumento e regularidade dos recursos financeiros; e da ampliação da base de defesa dos direitos humanos para a população em questão.

A gestão territorial das demandas – ação que envolve diretamente outros setores – constitui um segundo desafio e requer urgência na construção de metodologias compatíveis com a verificação de sua real potência, efeitos e viabilidade. O caráter abrangente do mandato dos CAPSi exige acompanhamento, avaliação e revisão crítica permanentes. Vale ressaltar que este mandato, se efetivado adequadamente, poderá viabilizar soluções locais em relação às diferentes ordens de problemas que afetam a saúde mental de crianças e jovens.

O terceiro desafio diz respeito à orientação de estender aos CAPS I, II, III, AD e aos ambulatórios de saúde mental a cobertura para tratamento de crianças e adolescentes, na ausência de recursos específicos. Esta orientação deverá induzir a formação permanente de recursos humanos e a proposição de metodologias para avaliação de sua efetividade. Nesse sentido, a saúde mental infantil e juvenil tem na própria saúde mental geral um setor a ser conquistado e integrado às suas necessidades.

No que tange à intersetorialidade no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes, o principal problema brasileiro parece estar situado na presença desarticulada de serviços públicos para infância e adolescência, e não na ausência absoluta de recursos. O exame panorâmico e preliminar realizado neste artigo indica que há no país base concreta para construção de caminhos conseqüentes e efetivos em prol de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental das crianças e jovens. A transformação desta matéria bruta, mas potencial, em realidade assistencial depende, no entanto, de que as estratégias de cuidado à saúde mental infantil e juvenil possam ser expandidas e articuladas nas diferentes ações setoriais, considerando as diferenças regionais e os mandatos próprios a cada setor.

Constitui, assim, um desafio central, relacionado diretamente ao fundamento intersetorial do sistema de cuidados, a necessidade de integração e articulação efetivas entre os diferentes serviços e programas existentes com as ações de saúde mental. O exame da realidade brasileira, baseado em dados oficiais, indicou haver serviços públicos em diferentes setores dirigidos à infância e juventude na extensa maioria dos Estados, sem que se possa afirmar a existência no país uma rede conseqüente de cuidados.

A constatação da existência de serviços é fundamental para a superação de imobilidades políticas e gestoras, dentre outras – sempre possíveis quando apenas ausências são reiteradas –, substituindo-as por proposições afirmativas, e realísticas, de estratégias capazes de articular uma rede assistencial. Esta articulação vem sendo sublinhada nas recomendações mais recentes em prol da melhor cobertura em saúde mental para crianças e adolescentes, mas é visceralmente dependente do vigor de uma política pública de saúde mental dirigida a este segmento. Integrar as intervenções de saúde mental infantil com todos os outros programas setoriais, sem descaracterizá-los, depende de uma direção pública clara e afirmada, cuja garantia é dada pela vigência real de uma política de âmbito nacional.

Há muitos obstáculos a esta integração, como o estigma, a falta de qualificação profissional, dentre outros. Só uma direção publicamente afirmada, que se constitua como eixo organizador da intersetorialidade, pode produzir diferenças nessa realidade. A intersetorialidade, portanto, não se reduz à simples presença de serviços, mas efetiva-se quando uma linha de ação comum pode ser pactuada, partilhada e verificada entre diferentes programas. Fundamento principal da saúde mental infantil e juvenil, e imagem-objetivo do futuro da saúde mental geral,^{39,40} a intersetorialidade é tributária do esforço para encontrar uma direção comum, no vasto

mundo das diferenças setoriais, sob a perspectiva das necessidades da saúde mental.

Evidentemente, o panorama aqui descrito deve ser considerado em conjunto com as limitações da análise aqui realizada. Uma limitação importante diz respeito ao fato de grande parte dos dados compilados e discutidos serem originados de fontes governamentais, refletindo, portanto, uma perspectiva específica. Vale ressaltar, entretanto, que, até o momento, para o objeto da discussão em pauta neste artigo, tais dados constituem as únicas informações disponíveis.

Deriva desta limitação um desafio complementar ao campo da saúde mental infantil, comum à saúde mental de adultos e a várias outras políticas públicas: a necessidade de construção de um sistema eficaz de monitoramento e avaliação para o conjunto das ações e diretrizes que constituem o escopo dessas políticas, e o da saúde mental da infância e adolescência em especial. A complexidade inerente a esta tarefa não deve desencorajar seu enfrentamento.

Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorários de palestrante	Participação acionária	Consultor/ Conselho consultivo	Outro ³
Maria Cristina Ventura Couto	UFRJ	---	---	---	---	---	---
Cristiane S Duarte	Columbia University	NIH NARSAD RWJF ESIN ILAS	---	---	---	FAPERJ	UNIFESP
Pedro Gabriel Godinho Delgado	Ministério da Saúde UFRJ	---	---	---	---	---	---

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: UFRJ = Universidade Federal do Rio de Janeiro; NIH = National Institute of Health; NARSAD = National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression; RWJF = Robert Wood Johnson Foundation; ESIN = Emergent Scholars Interdisciplinary Network; ILAS = Institute of Latin American Studies, Columbia University; FAPERJ = Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro; UNIFESP = Universidade Federal de São Paulo.

Referências

- Belfer ML, Saxena S. WHO Child Atlas project. *Lancet*. 2006;367(9510):551-2.
- Patel V, Fisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007;369(9569):1302-13.
- Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(3):226-36.
- WHO. Mental Health Policy Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. 2005. Geneva, World Health Organization.
- Belfer ML, Rohde LA. Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4-5):359-65.
- Patel V. Mental health in low- and middle-income countries. *Br Med Bull*. 2007;81-82:81-96.
- Ministério da Saúde do Brasil. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília. 57-9. 2002.
- Couto MCV. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: Necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. 121-30. 2001. Brasília, Ministério da Saúde. Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental.
- Ministério da Saúde do Brasil. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0379_M.pdf. 2005.
- Ministério da Saúde do Brasil. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança de modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. 2006.
- Ministério da Saúde do Brasil. Declaração de Brasília. <http://www.saude.gov.br/2006>
- Ministério da Saúde do Brasil. Portaria GM 336/2002. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf. 2002.
- Ministério da Saúde do Brasil. Portaria GM 189/2002. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf. 2002.
- Duarte CS, Bird H. Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de Saúde Mental. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(4):162-3.
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino G, Regier DA. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(7):865-77.

16. Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Erkanli A, Stangl DK, Tweed DL. The Great Smoky Mountains Study of Youth. Functional impairment and serious emotional disturbance. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(12):1137-43.
17. Duarte C, Hoven C, Berganza C, Bordin I, Bird H, Miranda CT. Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *Int J Psychiatry Med*. 2003;33(3):203-22.
18. Paula CS, Duarte CS, Bordin IA. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):11-7.
19. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(6):727-34.
20. Sourander A, Elonheimo H, Niemela S, Nuutila AM, Helenius H, Sillanmaki L, Piha J, Tamminen T, Kumpulainen K, Moilenen I, Almqvist F. Childhood predictors of male criminality: a prospective population-based follow-up study from age 8 to late adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(5):578-86.
21. Cohen P, Cohen J, Brook J. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence -II. Persistence of disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34(6):869-77.
22. Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004;184:386-92.
23. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
24. McClellan JM, Werry JS. Evidence-based treatments in child and adolescent psychiatry: An inventory. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(12):1388-400.
25. Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, Vitiello B, Abikoff HB, Greenhill LL, Hechtman L, Hinshaw SP, Pelham WE, Wells KC, Conners CK, Elliott GR, Epstein JN, Hoza B, March JS, Molina BS, Newcorn JH, Severe JB, Wigal T, Gibbons RD, Hur K. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(8):989-1002.
26. Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman MM. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(6):577-84.
27. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA*. 1998;280(14):1238-44.
28. Graeff-Martins AS, Flament MF, Fayyad J, Tyano S, Jensen P, Rohde LA. Diffusion of efficacious interventions for children and adolescents with mental health problems. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(3):335-52.
29. Burns BJ, Costello EJ, Angold A, Tweed D, Stangl D, Farmer EM, Erkanli A. Children's mental health service use across service sectors. *Health Aff (Millwood)*. 1995;14(3):147-59.
30. Hoven CW, Bird H, Bigley M, Chiang P, Evans M, Flisher AL, et al. A study design for the study for the assessment of psychopathology and service utilization among SED children in probation, mental health, substance use, special education and child welfare services. Empowering the Disadvantaged: the 124th Annual Meeting of the American Public Health Association, 226. 1996.
31. Wu P, Hoven CW, Bird HR, Moore RE, Cohen P, Alegria M, Dulcan MK, Goodman SH, Horwitz SM, Lichtman JH, Narrow WE, Rae DS, Regier DA, Roper MT. Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(9):1081-90.
32. Bird HR, Shrout PE, Duarte CS, Shen S, Bauermeister JJ, Canino G. Longitudinal mental health service and medication use for ADHD among Puerto Rican youth in two contexts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(8):879-89.
33. Hoffman MC, Santos DN, Mota EL. Characteristics of individuals and care delivered at the Psychosocial Care Centers for Children and Adolescents. *Cad Saude Publica*. 2008;24(3):633-42.
34. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria 1174/2005. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf. 2005
35. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria GM 1608/2004. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf. 2004.
36. Goodman R, Neves dos Santos D, Nunes A, Miranda D, Fleitlich-Bilyk B, Almeida-Filho N. The Ilha da Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40:11-7.
37. Eisenberg L. Salud Mental Infantil en las Américas: enfoque de salud pública. *Bol of Sanit Panam*. 1993;114(5):385-98.
38. Bordin IA, Paula CS, do Nascimento R, Duarte CS. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(4):290-6.
39. WHO and Ministério da Saúde do Brasil. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil. http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/who_aims_report_brazil.pdf
40. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, Sreenivas V, Saxena S. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet*. 2007;370(9592):1061-77.