

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

KAREN GIOVANA FIORENZA DE SOUZA

Saúde mental infantojuvenil: os cuidados necessários na Atenção Básica

Maringá

2025

KAREN GIOVANA FIORENZA DE SOUZA

Saúde mental infantojuvenil: os cuidados necessários na Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientadora: Profa. Dra. Ednéia José Martins Zaniani.

Maringá
2025

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

S729s

Souza, Karen Giovana Fiorenza

Saúde mental infantojuvenil : os cuidados necessários na atenção básica / Karen Giovana Fiorenza Souza. -- Maringá, PR, 2025.
96 f.

Orientadora: Profa. Dra. Ednéia José Martins Zaniani.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025.

1. Saúde mental infantojuvenil. 2. Atenção básica. 3. Atenção psicossocial. 4. Reforma psiquiátrica - Brasil. 5. Saúde mental infantojuvenil - Cuidados. I. Zaniani, Ednéia José Martins, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 23.ed. 155.4

Síntique Raquel de C. Eleutério - CRB 9/1641



Karen Giovana Fiorenza de Souza

Saúde mental infantojuvenil: os cuidados necessários na Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia
do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade
Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de
Mestra em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA

Profa. Dra. Ednélia José Martins Zaniani
(Orientadora/Presidenta) – PPI/UEM

Profa. Dra. Roselania Franscisoni
Borges
Examinadora – Externa - DPI/UEM
Profa. Dra. Natália Aparecida Barzagui
Examinadora - Externa – UNESP - Assis

Aprovado em 29/07/2025
Defesa realizada na modalidade presencial, Bloco 10 - Sala de Aula

Ao nosso menino anjo Ícaro,
que nesse curto tempo conosco trouxe luz e cor às nossas vidas,
 Tua força, mesmo em silêncio, ecoou em mim,
 e foi teu sopro suave que me fez sonhar novamente.
Às que vieram antes, corajosas em seu caminhar,
e àqueles que vieram depois, com coragem para ousar:
 que passem pela porta que lutei por abrir,
 e que nunca, jamais, deixem de seguir.

Agradecimentos

Escrevo esse agradecimento ainda sem acreditar que consegui. Ufa! Chegamos à essa etapa! Dito isto, o primeiro agradecimento é a ELE que nunca me desamparou, mesmo nos momentos mais dificeis, de maior angústia, tanto no percurso do mestrado, quanto na minha vida toda.

Agradeço a todos os mestres que tive o privilégio de conhecer desde os anos iniciais de escola. Principalmente àqueles que deixaram marcas mais profundas, Andrea Serrato, José Roberto Oliveira Santos e Mariana Lugli.

Na trajetória do mestrado, meu agradecimento à minha orientadora Ednéia José Martins Zaniani, a quem fiz perder alguns fios de cabelo nessa etapa final, mas que lutou junto comigo para que esse dia chegasse.

À minha banca, Natália Aparecida Barzaghi e Roselania Francisconi Borges, que foram tão competentes nas considerações feitas na qualificação, proporcionando pautas tão necessárias ao meu trabalho, permitindo assim que a defesa acontecesse.

Agradeço às minhas colegas desse percurso, Natália, Adriane, Vivian e Hayana, que tornaram tudo mais leve, seja com nossos cafés ou com as palavras de incentivo.

Ao falar de incentivo, não posso deixar de lado os vários amigos que não me deixaram desistir, obrigada por me apoiarem a completar mais esse sonho.

Agradeço à minha psicóloga Angela, que me faz admirar mais a nossa profissão sempre que saio dos nossos atendimentos.

Durante minha vida profissional, inúmeras são as pessoas a quem agradeço, tantos colegas de trabalho, que amam a saúde mental e a propagam por onde passam, tantas pessoas que me permitiram acessá-las com meu saber e tocá-las de alguma forma. Às crianças e adolescentes, por quem sempre tive carinho e admiração.

Agradeço aos meus pais, Inez e Antonio Carlos, por terem me criado para buscar sempre a superação, e acima de tudo incentivaram o meu amor pelo estudo e as conquistas da minha educação.

Agradeço àqueles que hoje estão no céu, mas permanecem vivos nas minhas memórias felizes e de muito amor.

Às mulheres da minha família, minha eterna gratidão, pois sem a grandiosidade e força de vocês eu não teria chegado até aqui. À minha irmã e sobrinha, obrigada pelos meus sobrinhos que amo tanto.

E por fim, agradeço ao meu companheiro de vida Rafael, que há 19 anos me apoia e realiza sonhos junto comigo, sem você o meu caminhar seria mais árduo e limitado de amor. Obrigada por estar ao meu lado nos inúmeros anos de estudo, concursos, ausências em virtude do trabalho e quando achávamos que tinha acabado, lá fui eu encarar mais 3 anos de mestrado. O seu amor me preenche de paz.

Isolamento de um menino

*Tudo começou em
algum dia de março
Governo decreta
quarentena no estado
Tivemos que criar alguns hábitos
Ou só restaria abandonar o barco*

*Acabou a escola
Acabou o cursinho
Dá nem pra jogar bola
Ando meio sozinho*

*Só resta rezar
Só resta torcer
Queria socializar
Queria ver o amanhecer*

(Rafael Sizenando dos Santos, 2020)

SOUZA, K. G. F. de. *Saúde mental infantojuvenil*: os cuidados necessários na Atenção Básica. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, PR.

Resumo

O objetivo desta dissertação foi refletir sobre os cuidados necessários em saúde mental infantojuvenil na Atenção Básica (AB). No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1990, viabilizou o direito constitucional à saúde, avançando com a criação do Programa Saúde da Família (PSF). Na década seguinte, em março de 2006, criava-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), colocando a Atenção Básica como porta de entrada preferencial e ponto de partida para estruturação do sistema público de saúde. Nesse percurso, o Movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, que desde finais da década de 1970 buscava a construção de outra lógica de cuidados em saúde mental, também avançou na luta por um modo de compreender a experiência do sofrimento psíquico que rompesse com a hegemonia do paradigma psiquiátrico e defendesse tal cuidado como uma questão de saúde pública, a ser qualificado e integrado às demais redes e ações do SUS. Contudo, quando enfocamos crianças e adolescentes, observamos que apesar dos avanços obtidos com o SUS e a RP, a despeito da promulgação de legislações e marcos regulatórios progressistas, o cuidado em saúde mental infantojuvenil - seja como campo de estudos, seja como política/práticas de intervenção - permanece marginalizado. Nessa direção, realizamos uma pesquisa de revisão bibliográfica narrativa, que analisou parte da produção acadêmica existente, com vistas a compreender os cuidados necessários em saúde mental de crianças e adolescentes e que devem ser ofertados na AB, sinalizando algumas potencialidades e fragilidades. Buscamos identificar práticas que estão sendo desenvolvidas na AB e também *se e como* a Psicologia, enquanto *práxis* que se efetiva na saúde pública, tem se inserido nesse processo. Concluímos que o cuidado em saúde mental infantojuvenil na AB não tem garantido o acesso e acolhimento, nem se materializado de modo integral, longitudinal, corresponsável e compartilhado com a rede intersetorial. As ações existentes muitas vezes são pontuais e fragmentadas, não avançam para o território, confirmam-nos a necessidade de investimentos na formação das equipes, na defesa do SUS e do seu financiamento para a consolidação de um cuidado antimanicomial como pressupõe a lógica da Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Infância. Adolescência. Atenção Básica. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica.

SOUZA, K. G. F. de. *Child and Adolescent Mental Health: Essential Care in Primary Care*. Dissertation (Master's in Psychology), Graduate Program in Psychology, State University of Maringá, PR.

Abstract

The objective of this dissertation was to reflect on the essential care for child and adolescent mental health within Primary Health Care (PHC). In Brazil, the implementation of the Unified Health System (SUS) in the 1990s ensured the constitutional right to health, advancing with the creation of the Family Health Program (FHP). In the following decade, the National Primary Care Policy (PNAB) was established in March 2006, positioning Primary Care as the preferred entry point and main axis for structuring the public health system. Along this path, the Brazilian Psychiatric Reform Movement (PR), which since the late 1970s had sought to build a different logic for mental health care, also advanced in promoting an understanding of the experience of psychological distress that would break with the hegemony of the psychiatric paradigm and defend such care as a public health issue, to be qualified and integrated into the broader SUS networks and actions. However, when focusing on children and adolescents, we observe that despite the progress achieved with the SUS and the PR, and despite the enactment of progressive legislation and regulatory frameworks, child and adolescent mental health care – whether as a field of study or as policy/intervention practices – remains marginalized. To address this, we conducted a narrative literature review, analyzing existing academic production to understand the essential mental health care for children and adolescents that should be provided by PHC, highlighting some strengths and weaknesses. We sought to identify practices currently being developed in PHC and also whether and how Psychology, as a praxis realized within public health, has been integrated into this process. We conclude that child and adolescent mental health care in PHC has neither guaranteed access and reception nor materialized in a comprehensive, longitudinal, co-responsible, and shared manner with the intersectoral network. Existing actions are often isolated and fragmented, failing to extend into the territory (or community), reaffirming the need for investment in team training, defense of the SUS and its funding to consolidate anti-asylum care as proposed by the logic of Psychosocial Care.

Keywords: Childhood. Adolescence. Primary Care. Psychiatric Reform. Mental Health.

Lista de Quadros

Quadro 1- Pesquisa no Portal CAPES utilizando os descritores: Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) e Atenção Básica (AB).....	54
Quadro 2- Artigos científicos utilizando os descritores: Saúde Mental; Crianças e Adolescentes; Atenção Básica; Práticas e Experiências.....	55

Lista de siglas

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPSij	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBEM	Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
RAPS	Redes de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SMIJ	Saúde Mental Infantojuvenil
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
SEÇÃO 1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA SOBRE A ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA NO BRASIL	23
1.1 A HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA BRASILEIRA	23
1.2 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A INCLUSÃO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	32
SEÇÃO 2 - A ATENÇÃO BÁSICA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM TELA	37
2.1 ALGUNS PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E CONCEITOS NORTEADORES DOS CUIDADOS NECESSÁRIOS EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	38
2.2 A COEXISTÊNCIA DE DUAS LÓGICAS: A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL <i>VERSUS</i> A MANICOMIAL	44
SEÇÃO 3 - DELINEAMENTOS E METODOLOGIA DA PESQUISA	49
3.1 RESULTADOS	53
3.1.1 O percurso de análise das teses, dissertações e artigos encontrados na revisão bibliográfica sobre o tema ‘Saúde mental infantojuvenil - Atenção Básica em Saúde’	60
3.2 PERFIL GERAL DAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS ENCONTRADAS.....	61
3.2.1 Eixo 1 - O cuidado em Saúde Mental de crianças e adolescentes ofertados na Atenção Básica (AB): entre o cuidado ideal e a realidade do cuidado	61
3.2.2 Eixo 2 – Refletindo as potencialidades e fragilidades que perpassam o cuidado em SMIJ na Atenção Básica (AB) e o papel do profissional psicólogo nesse contexto	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objetivo refletir sobre os cuidados necessários em saúde mental infantojuvenil na Atenção Básica (AB)¹. Especificamente, queremos compreender como tem sido o acesso das crianças e adolescentes² em sofrimento psíquico à AB; identificar práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil ofertadas; analisar se as práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas na AB estão em consonância com a lógica da Atenção Psicossocial³, quais potencialidades e fragilidades perpassam tais práticas e, finalmente, como a Psicologia tem se inserido nesse processo.

Sabemos que em meio a avanços e retrocessos no campo das políticas de saúde mental ocorridos no Brasil, o público infantojuvenil ainda carece de investimentos tanto em termos de práticas antimanicomiais de cuidado, quanto de produção de conhecimentos científicos que sustentem tais práticas. Segundo o Ministério da Saúde (2013), a maioria de nossas crianças e adolescentes “[...] não recebem cuidados adequados, ou mesmo não têm acesso a qualquer serviço ou ação de saúde compatível com suas necessidades” (p.104) e esta realidade permanece no cenário atual.

Tal realidade coloca à AB “uma importante função na ampliação do acesso e na redução de estigmas e preconceitos, podendo ser efetiva no manejo de muitas situações, mesmo naquelas que exigem parceria com serviços específicos de saúde mental” (Ministério da Saúde, 2013, p. 104). Nesse sentido, acreditamos que a própria Psicologia, enquanto *práxis* que se efetiva na saúde pública, precisa buscar seu lugar na construção de formas de cuidado em saúde mental que sejam, de fato, antimanicomiais.

Veremos que o termo ‘cuidado em saúde mental’ perpassa toda escrita desta dissertação. Em se tratando de saúde mental, a partir das contribuições e avanços da Reforma Psiquiátrica (RP), veremos importante mudança nos objetivos (curar) e no objeto de cuidado (doença),

¹ Na literatura, bem como na legislação encontramos o uso dos termos Atenção Básica e Atenção Primária. De acordo com Giovanella (2018), embora os dois possam propor um sistema público universal de qualidade, não há oposição acerca do uso do termo Atenção Básica, sendo este mais utilizado em fontes de estudo e uso nos artigos acadêmicos. Assim como o Ministério da Saúde destaca “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento” (Ministério da Saúde, 2017). No presente trabalho, usaremos Atenção Básica, mas manteremos a forma original usada pelos autores quando fizermos citações literais.

² Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) defina a adolescência entre 10 e 19 anos e juventude entre 15 e 24 anos, tomamos como referência o ECA que considera crianças os sujeitos entre 0 e 12 anos incompletos e adolescentes dos 12 a 17 anos.

³ Atenção Psicossocial pode ser definida como um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas consideradas aptas a substituírem o modo asilar/hospitalocêntrico e o próprio paradigma psiquiátrico (Costa-Rosa; Luzio & Yasui, 2003).

priorizando-se a reconstituição das pessoas que sofrem, como sujeitos. Assim, refutando todo aparato manicomial e “Depois de ter descartado a “solução cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana que alimenta este sofrimento (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001, p. 33). Este sentido de cuidado, quando aproximado do mandato da AB ganha especial conotação. A AB é definida como um

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde”, deve ser efetivada “por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Ministério da Saúde, 2017, p. 1).

Sua origem remete ao início do século XX com ações na Inglaterra e Estados Unidos, voltadas para aproximar a população dos cuidados em saúde. Já em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) promoveram a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão. Desta Conferência, resultou a Declaração de Alma-Ata na qual “[...] afirmou-se que a APS era chave para alcançar em todo mundo em um futuro previsível um nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça” (Andrade et al., 2006, p. 784). A meta era que tal objetivo fosse alcançado até o ano 2000, sobretudo nos ditos países em desenvolvimento.

A referida Declaração de Alma-Ata indicava, ainda, que a AB deveria ir ao encontro dos principais problemas sanitários detectados e atuar de forma preventiva, curativa, reabilitando e de promovendo a saúde. Entre suas orientações destacaram: nutrição adequada; abastecimento suficiente de água potável; saneamento básico; cuidado com a saúde materna e infantil; planejamento familiar; imunização contra doenças infecciosas; prevenção contra doenças endêmicas e educação sobre a prevenção e o tratamento de enfermidades e traumatismos comuns.

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, viabilizou o direito constitucional à saúde e colocou a saúde como um dever do Estado. Assim, o SUS foi concebido como um sistema que teria um núcleo comum (único), que concentraria os princípios doutrinários a universalidade, integralidade e equidade; e ainda princípios organizativos para ordenar e

operacionalizar o sistema como a regionalização e hierarquização, a descentralização e a participação popular.

Ainda na década de 1990, o SUS avançou com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) por meio da Portaria nº 692, de 25 de março de 1994, reorganizando a atenção em saúde. Na década seguinte, com a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, criou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), colocando a AB como porta de entrada preferencial do SUS, ponto de partida para estruturação do sistema público de saúde. Em tempo, já anotamos que em 2017 esta política foi revista, suscitando críticas acerca da revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS com a provável perda de recursos para outras configurações AB, em um contexto que se abria de clara retração do financiamento da saúde. Algumas associações⁴ demonstraram preocupação com retrocessos em relação à construção de uma atenção em saúde integral, ideário que vinha direcionando o modelo de AB até então.

Concomitante ao movimento sanitário, o Movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira que desde finais da década de 1970 buscava a construção de uma nova lógica que sustentasse as necessidades das pessoas em sofrimento psíquico, aos poucos, passou a pleitear outro modo de compreender essa experiência, intentando romper com a hegemonia do paradigma psiquiátrico e tomando o cuidado em saúde mental como uma questão de saúde pública, a ser qualificado e integrado às demais redes e ações do SUS.

Sobre a RP é importante compreendê-la como um processo social complexo, que não está terminado, exigindo transformações que articulem a um só tempo mudanças nos campos teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e principalmente, no sociocultural que diz respeito ao modo como nos relacionamos com as pessoas que sofrem psiquicamente (Amarante, 1998; Costa-Rosa; Luzio & Yasui, 2003). Por ora, interessa-nos ainda destacar que, atualmente, dentro das Redes de Atenção à Saúde⁵, encontra-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que foi promulgada através da Portaria nº 3.088 de dezembro de 2011. Nesta a AB foi colocada em destaque como a primeira e a principal via de acesso da população ao SUS,

⁴ Abrasco; Cebes; Ensp. Contra a reformulação da PNA - nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. Ver em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798>

⁵ “As propostas de RASs são recentes, tendo origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos. Dali, avançaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento [...] pode-se definir as RASs como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população” (Mendes, 2011, p. 82).

inclusive daqueles que necessitam de algum tipo de cuidado em saúde mental. Em especial, naqueles municípios de pequeno e aquém de porte⁶, essa proposição se fortalece ainda mais, justamente porque a maioria deles não conta muitos equipamentos e pontos das redes de atenção à saúde.

É na AB que o fazer saúde acontece. Sua acuidade e potencialidade podem ser dimensionadas quando alguns estudos afirmam que sua capacidade para resolver os problemas de saúde de uma dada população chega a 80% (Campos et al., 2014). Por meio das equipes multiprofissionais que nela atuam, há a identificação precoce e a oferta de cuidado de acordo com a necessidade dos usuários, com diversas possibilidades de atenção envolvendo ações de prevenção, promoção e tratamento/reabilitação. No entanto, as demandas de saúde mental são complexas e variadas, podendo estar relacionadas não apenas aos nomeados ‘transtornos mentais’ graves e persistentes, mas articular diferentes expressões de sofrimento psíquico, como aqueles ligados aos ciclos da vida e/ou eventos e fatores estressantes ligados ao contexto e às condições sócio-históricas em que ocorrem. Em meio a essa diversidade, existem algumas barreiras têm sido apontadas como impeditivas à oferta de cuidados necessários e adequados aos usuários, como por exemplo: escassez de recursos, pouco conhecimento acerca dessa demanda, entre outros, gerando assim tratamentos e encaminhamentos pouco resolutivos (Souza et al., 2017).

Com o avanço da implantação das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, essa realidade vinha se modificando e mostrando melhores resultados, principalmente em se tratando de demandas de saúde mental, que compunha as 8 áreas estratégicas⁷, destacando a presença importante do profissional psicólogo nessas equipes. Em se tratando de equipe os municípios podiam solicitar uma entre duas modalidades de NASF, NASF 1 - composta por no mínimo cinco profissionais de nível superior, podendo ser eles: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional; e o NASF 2 - composta por no mínimo três profissionais de nível superior,

⁶ De acordo com o IBGE a classificação dos municípios por porte baseia-se na quantidade de habitantes: municípios com até 20.000 habitantes são considerados de pequeno porte I; de 20.001 a 50.000, de pequeno porte II; de 50.001 a 100.000, de médio porte; e acima de 100.000, de grande porte.

⁷ As 8 áreas estratégicas eram: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, serviço social, saúde da mulher, saúde da criança/adolescente/jovem, assistência farmacêutica e saúde mental.

podendo ser: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

O NASF nasceu tendo como principal a função de apoio⁸ às equipes de saúde da família. Algumas funções do NASF junto às equipes de AB eram: discutir casos de sujeitos ou de demandas do território, realizar atendimentos e grupos, ajudar a elaborar projeto terapêutico singular e fazer apoio matricial, sendo este último o ponto de partida para o NASF organizar o desenvolvimento de um trabalho mais coletivo e consonante à lógica da Atenção Psicossocial. Embora o esperado fosse que o trabalho fluísse entre as equipes, na prática muitas vezes os profissionais do NASF acabaram sobrecarregados de demandas clínicas, mais curativas do que preventivas. Neste sentido, as ações de prevenção e promoção de saúde mental ficaram muitas vezes em segundo plano. O NASF passou por reestruturação e foi impactado enormemente em 2020, com as mudanças no financiamento quando deixou de ser obrigatório que as equipes multiprofissionais estivessem ligadas a esse núcleo para a garantia de repasse de recursos do governo federal aos municípios⁹.

No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, inúmeros documentos foram editados a fim de estabelecer uma “Nova Política Nacional de Saúde Mental”. A partir da Nota Técnica nº 11/2019, o Ministério da Saúde elaborou modificações na política, corroboradas por portarias e resoluções. Seguiu-se o incentivo à internação psiquiátrica e o tratamento em separado para as questões relacionadas sobre álcool e outras drogas, seguindo uma abordagem proibicionista e punitivista. Tal proposta foi considerada um retrocesso sem precedentes na história da RP brasileira (Cruz, 2020). Simultaneamente à essas medidas, o SUS foi duramente atacado por meio da Emenda Constitucional 95/2016, instituída pelo governo de Michel Temer¹⁰ que determinou o congelamento por vinte anos dos recursos destinados a diversas políticas públicas sociais, entre elas, a saúde.

Retornando às medidas e mudanças aviltadas, comentadas anteriormente, temos que em 2020, somou-se à essa problemática a Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, que colocou em xeque alguns avanços ao retirar o financiamento específico das equipes de NASF, deixando

⁸ A utilização do termo apoio no contexto da saúde pública brasileira se deu de modo mais amplo a partir dos anos 2000. Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) lembram que no campo da Saúde Mental, o termo apoio foi utilizado em experiências inovadoras desenvolvidas no contexto da RP, ainda na década de 1980, para designar o Núcleo de Apoio Psicossocial. Este dispositivo criado na cidade de Santos-SP, ao ser incorporado posteriormente como política do SUS, passou a ser denominado de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

⁹ Veremos mais adiante que a partir de 2023, o NASF ganhara um novo contorno pois o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 635 criaria um incentivo financeiro para as Equipes Multiprofissionais na AB que serão denominadas de E-Multi.

¹⁰ A deposição da presidente Dilma Rousseff, em maio de 2016, significou uma interrupção do processo democrático no país, acarretando uma reorientação radical das políticas sociais” (Cruz, 2020, p. 5).

a critério dos gestores municipais a manutenção ou não dos profissionais, num processo acelerado de desmonte das conquistas que marcaram o campo da Atenção Psicossocial. A inexistência de financiamento específico para o NASF trouxe um risco iminente de desmonte, uma vez que apontou para a redução da atuação multiprofissional na AB e, por consequência, para a redução do acesso da população à categorias profissionais que, antes do NASF, eram acessadas apenas por meio da atenção secundária, sempre tão sobre carregada e com objetivos distintos dos objetivos da AB (Reis & Meneses, 2020).

Do mesmo modo, ao passo que os retrocessos nas políticas públicas de saúde no Brasil se avolumaram desde 2019, com a gestão do governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), outros reflexos chegaram ao campo da saúde mental, principalmente no que tange aos cuidados voltados ao público infantojuvenil, já historicamente marginalizado. A cargo de ilustração podemos mencionar novamente a Nota Técnica nº 11/2019 que recolocou na RAPS os hospitais psiquiátricos, permitindo e incentivando as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes de longo prazo. E, embora em 2023, tenha ocorrido a vitória do presidente Lula, a questão do financiamento e do avanço de ações antimanicomiais segue sendo uma problemática a ser superada.

Ante todo esse cenário, acreditamos que a presença de profissionais técnicos na AB, incluindo o profissional psicólogo, precisa estar inegociavelmente mais comprometida com o SUS e com o ideário da RP. Desse modo, a presente pesquisa se ocupará de buscar respostas para as seguintes questões: Quais os cuidados necessários em saúde mental de crianças e adolescentes e devem ser ofertados na Atenção Básica? O que os estudos existentes têm apontado como potencialidades e fragilidades? Quais práticas voltadas ao público infantojuvenil têm sido desenvolvidas nesse nível de atenção? E, por fim, *se e como* o profissional de Psicologia pode contribuir com um cuidado em saúde mental antimanicomial?

Para além, esta pesquisa se vincula à trajetória de trabalho da autora ao longo de quase 10 anos como psicóloga na AB, atuando especificamente na Unidade Básica de Saúde. Em um primeiro momento, o interesse pelo tema surgiu a partir da constatação do aumento dos casos de tentativa de suicídio e comportamentos autolesivos entre adolescentes, no município em que atuava. Esta situação era instigante, haja vista que se trata de um município com pouco mais de 2 mil habitantes e que casos como esses não haviam sido detectados antes, nem mesmo encaminhados ao serviço de saúde, alertando sobre essas importantes demandas em SMIJ que estavam ou não chegando até a AB. Num segundo momento, em meio à Pandemia da Covid-19, quando as relações sociocomunitárias sofreram grande impacto, os espaços de convívio em grupo foram perdidos, assim como nas escolas a implantação do ensino remoto, os casos

denominados de ‘transtornos mentais’ aumentaram significativamente. Diante disso, houve um despertar para o impacto daquela situação sobre a saúde mental como um todo e, no caso de crianças e adolescentes, percebeu-se grande dificuldade em abordá-los para além do modelo clínico/biomédico tradicional.

Visando compreender tais obstáculos, propomos uma pesquisa de revisão bibliográfica narrativa, de cunho qualitativo. Este tipo de pesquisa busca a compreensão e a explicação dos fenômenos sociais, ou seja, não se utiliza do estudo de variáveis, mas sim da gama de sentidos, valores, crenças que constituem os processos que envolvem as relações humanas e sociais (Minayo, 2001). Aplicada à saúde, a pesquisa qualitativa permite, entre outras coisas, a investigação das concepções de saúde/doença a partir da visão do ser humano como um ser inserido em uma sociedade, e ao mesmo tempo, permite ao pesquisador ser sujeito e objeto de sua pesquisa.

Ressaltamos, neste trabalho, a necessidade da transformação do cuidado em SMIJ, partindo das contribuições do movimento da RP. A Psicologia participou desse processo, junto a outras profissões, assumindo diferentes papéis ao longo desse movimento. Nesta trajetória “[...] os psicólogos adentraram no terreno do trabalho com populações pobres e, desde então, esse campo só tem crescido, seja em intervenção, seja em pesquisa [...]” (Yamamoto & Oliveira, 2010, p. 22).

Na busca por uma ação transformadora de acordo com a realidade brasileira e não mais meramente reprodutiva da hegemonia do modelo médico assentado na clínica privada e dos referenciais importados, a Psicologia há tempos vem sendo questionada em relação à propriedade de seus referenciais teóricos e técnicos. De tal modo, à medida que o SUS avançou também foi ocorrendo um “[...] direcionamento das entidades de representação em busca da problematização dos campos e da construção de parâmetros que guiem o trabalho dos psicólogos de forma transformadora e não mais adaptativa” e aos poucos “[...] a saúde pública passa de um trabalho caracterizado como de ‘psicoterapia para os pobres’ para ações na comunidade – de saúde mental na atenção básica, de prevenção e promoção à saúde, de educação popular” (Yamamoto & Oliveira, 2010, p. 22).

Lembramos aqui que antes do século XXI o Brasil não possuía diretrizes para o desenvolvimento de uma política pública de SMIJ de base comunitária. Alguns autores observam que a SMIJ enquanto campo de intervenção, cuidados e estudos “não teve nada estruturado ou sistematizado até o século XIX, quando surgiram as primeiras teses em psicologia e em psiquiatria, e quando foi criado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro – o Hospício D. Pedro II, em 1852 – seguido de vários outros ao longo do território nacional”

(Ribeiro, 2006, p. 1). Assim, até o início dos anos 2000, as ações destinadas a esse público haviam sido implementadas durante muito tempo por instituições religiosas e, posteriormente, pelos setores da assistência social, educação e justiça, com objetivos mais reparadores e disciplinares e menos psicossociais (Couto & Delgado, 2015).

Como já colocamos, desde finais da década de 1970 o movimento da RP no contexto brasileiro foi avançando juntamente com o movimento da Reforma Sanitária. A crise no modelo centrado nos hospitais psiquiátricos e o fortalecimento da luta pelos direitos daqueles que se tornavam pacientes nessas instituições foram decisivos para mudanças no modo de cuidar das pessoas que sofrem psiquicamente. Na vanguarda do movimento da RP, destacamos a atuação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) que inicialmente denunciou a violência dos manicômios e a mercantilização da loucura.

Nesse mesmo cenário, na década de 1980, fortaleceu-se o movimento liderado pelo Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), em defesa da infância, que foi seguido e obteve apoio de diversos setores sociais: Unicef, Anistia Internacional, organizações da sociedade civil, Igreja Católica, entre outros. Naquele período, levantamentos e pesquisas ampliavam o conhecimento sobre o assunto, além de somar denúncias à imprensa internacional sobre os problemas envolvendo o massacre às crianças e adolescentes em situação de exclusão no Brasil.

Nas últimas décadas do século XX, o movimento de redemocratização do país, que culminou com a edição de uma nova Constituição Federal em 1988, somou-se às contribuições da RP e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990. Essa nova realidade jurídica criou um terreno favorável à ascensão de propostas mais concretas voltadas aos cuidados à saúde mental infantojuvenil. Além disso, o novo contexto social criado por todo um entusiasmo reformista passou a demandar outro modo de cuidar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Como já colocamos, a Atenção Psicossocial enquanto um conjunto de ações teórico, práticas, político-ideológicas e éticas, vem sendo considerada apta a substituir o modo asilar e o próprio paradigma da psiquiatria tradicional (Costa-Rosa; Luzio & Yasui, 2003). No Brasil, na década de 1980, este termo passou a definir novos dispositivos institucionais criados, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que propunham cuidados que deveriam ser estratégicos e ajudar a superar o modelo psiquiátrico/asilar. Assim, como afiançam Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), a lógica da Atenção Psicossocial demandava práticas reformadoras em um sentido ampliado, que ao mesmo tempo em que visavam substituir o modo asilar, mantinham-se abertas para incluir inovações que ainda estavam em desenvolvimento.

Assim, uma política de cuidados em SMIJ consonante com os princípios do SUS e o ideário da RP, alinhada aos direitos humanos e sociais, deve buscar superar antigas formas de violência muito presentes no tratamento médico-psiquiátrico, bem como criar e desenvolver uma rede integral de atenção voltada às reais necessidades de crianças e adolescentes. Para isso, a organização e articulação de ações de cuidado, tratamento, prevenção e promoção de saúde mental envolvem não só a política estrita da saúde, mas intersetorialmente outras políticas públicas que possuem relação com as crianças e adolescentes, como a Educação, serviços e programas da Assistência Social, além da cultura, esporte, lazer, e todo sistema de garantia de direitos, incluindo os Conselhos Tutelares, o Sistema de Justiça, etc.

Tal como afirmam Amstalden, Hoffmann e Monteiro (2016, p. 44) a lógica da Atenção Psicossocial reitera o “[...] reconhecimento de que nenhum serviço, instituição ou ação isoladamente pode fazer frente e responder totalmente à complexidade dos fenômenos envolvidos no campo da saúde mental e às necessidades de cada indivíduo”. Desse modo, a política idealizada para a SMIJ partiu da inexistência de cuidado, para a defesa da criação de serviços públicos, porta-aberta, de base territorial, voltados à complexidade das demandas de saúde mental de crianças e adolescentes.

A trajetória do psicólogo na saúde pública vem sendo construída em meio às seguintes normativas: Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, dispondo o psicólogo como atendimento especializado à pessoas com transtornos mentais; Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, que incentiva o trabalho interdisciplinar em saúde; a Lei nº10216/2001, que defende os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando a assistência à saúde mental a práticas extra-hospitalares; a Portaria nº 1065, de 04 de julho de 2005, que instituiu os Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família, considerado um preconizador do NASF, e posteriormente a Portaria nº154 de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como mencionamos há pouco.

Nesse interjogo, a transposição clínica psicológica tradicional também foi sendo questionada e por muitos, considerada restrita, limitada. Para Campos (1999), a ampliação da clínica dentro da AB é necessária para que conteplane a subjetividade e as relações sociais que permeiam os indivíduos. Trata-se de um olhar sobre o sujeito que precisa ir além do consultório e da prática individualizada, chegando ao território, lugar onde as relações acontecem. Estando o psicólogo atuando na AB, demanda-se que, em conjunto com as equipes, construa novas formas de cuidado para as mais variadas demandas que existem no seu território. De acordo com Jimenez (2011) essa prática do psicólogo, para além do individual/familiar, deve aproxima-lo do histórico do território, assim como deve dar sentido à produção de

subjetividades que dali decorrem, inclusive que interferem na produção dos processos saúde-doença. Ante essas problemáticas, a formação nos cursos de psicologia deve fomentar o estudo das dimensões históricas, filosóficas, econômicas e sociais que permeiam a Política de Saúde Mental e, em especial, colocar em evidência a longa luta pela construção de uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil consonante com a lógica da Atenção Psicossocial, a fim de compreender os desafios, as perspectivas e os potenciais da sua atuação.

Nessa toada, propomos uma pesquisa qualitativa e exploratória, de revisão bibliográfica narrativa, cujas análises serão orientadas pelos pressupostos do materialismo histórico dialético, bem como por contribuições de estudos críticos ao paradigma psiquiátrico. O referencial teórico do materialismo histórico dialético, nos permite enxergar a realidade como uma produção histórica dinâmica, mutável e as relações sociais a partir de suas contradições. Logo, é possível compreender o sofrimento psíquico como expressão das condições materiais e estruturais da sociedade capitalista e não como um fenômeno individual e isolado. Nesse sentido, confirma-se como urgente avançarmos no questionamento ao paradigma psiquiátrico, refutando concepções e práticas que não defendem a emancipação humana.

A organização desta dissertação está dividida em três seções. Na Seção 1, intitulada *Breve contextualização histórica sobre a assistência à infância no Brasil* tomamos como ponto de partida a produção e o movimento histórico acerca da assistência à infância brasileira, da inclusão de crianças e adolescentes no campo da saúde mental e, por fim, nos atemos à considerações sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Na Seção 2, denominada *A Atenção Básica e o cuidado em Saúde Mental em Tela*, abordamos detalhes que sustentam a atenção à saúde mental no contexto da Atenção Básica, destacando seus princípios, fundamentos e conceitos, assim como apresentamos os cuidados necessários em saúde mental de crianças e adolescentes e que devem ser ofertados nesse nível de atenção. Encerramos a seção apontando a coexistência das lógicas manicomial e psicossocial no cuidado em saúde mental.

Na Seção 3, apresentamos os delineamentos, a metodologia da pesquisa e os resultados atingidos por meio do levantamento de dados. Por fim, em trazemos as considerações finais, apresentando uma síntese com apontamentos acerca dos cuidados em saúde mental voltados ao público infantojuvenil na AB, dentro dos limites apreendidos no curso da presente dissertação.

SEÇÃO 1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA SOBRE A ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA NO BRASIL

A história não segue uma linha linear. Ela é composta e atravessada por avanços e retrocessos, marcada por contradições e tentativas de superação. Nesta seção, trataremos inicialmente da assistência dispensada ao público infantojuvenil, de maneira geral, ao longo da história brasileira. Na sequência, adentraremos a discussão de como se deu, paulatinamente, a inclusão de crianças e adolescentes nos debates e ações mais concernentes ao campo denominado como da saúde mental.

1.1 A HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA BRASILEIRA

Uma breve retomada da trajetória da assistência à infância no Brasil é fundamental para compreendermos os caminhos que antecederam a proposição de políticas públicas de saúde mental voltadas especificamente à população infantojuvenil. Recuperar a trajetória histórica da assistência à infância no Brasil também é essencial para contextualizar a política pública de SMIJ tal qual defendemos na atualidade.

Estudos demonstram que a concepção de criança sempre refletiu valores culturais, políticos e sociais de cada época. Enquanto Ariès (1986) afirma que, por séculos, a infância foi ignorada e vista como adulto em miniatura, autores como Kramer (2003) e Kuhlmann Jr. (1998) contestam tal generalização, destacando que experiências infantis variam conforme contextos históricos e sua localização dentro dos diferentes estratos sociais. No Brasil, por exemplo, lembramos que a colonização conformou a influência europeia e impôs um modelo normativo de infância, redefinindo a partir de então, as relações entre adultos e crianças.

Considerando a história da assistência à infância no Brasil, esta pode ser dividida em três grandes períodos. O primeiro abarcaria desde o início da colonização até a década de 1930, quando se iniciaria uma aparente valorização gradativa da infância e a necessidade de atendimentos específicos. O segundo da década de 1930 até a década de 1980, impulsionado pelos trabalhos assistenciais e educacionais demandados no curso do desenvolvimento nacional. Com o movimento de redemocratização do país, se deu o início ao terceiro momento, com a promulgação da nova Constituição Federal em 1988, e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990. A partir de então, ocorreram importantes transformações nas formas de compreender e atender a infância e a adolescência, anunciando com o ECA uma nova fase para a assistência ao público infantojuvenil na sociedade brasileira (Kramer, 1982).

A história da infância no Brasil está estritamente relacionada ao processo de colonização e exploração dos povos originários e africanos que foram escravizados, incluindo as crianças. Nesse aspecto, podemos citar a presença dos jesuítas¹¹ e o processo que impôs a evangelização e a aculturação desses povos. A história revela que coube aos jesuítas a criação da primeira casa de acolhimento de crianças em solo brasileiro, no ano de 1551. Para este local eram levadas crianças indígenas que eram separadas dos seus pais, para que o processo de evangelização e assimilação dos costumes portugueses pudesse ocorrer sem interferência dos genitores e da cultura indígena (Cruz, 2006).

Durante os períodos Colonial (1500-1822) e Imperial (1822-1889), que somam juntos 389 anos da nossa história, grande parte das crianças abandonadas eram acolhidas por outras famílias ou deixadas ao desamparo. As iniciativas institucionais que existiam eram, principalmente, procedentes da Igreja Católica (Marcílio, 2019). Assim, desde o início da colonização até o final do século XIX, “pouco se fazia no Brasil pela infância desdita, tanto do ponto de vista da proteção jurídica, quanto das alternativas de atendimento existentes” (Kramer, 2003, p. 48).

As Rodas dos Expostos que eram geridas em sua maioria pelas Santas Casas de Misericórdia, e tiveram origem no século XVIII, são exemplos de como era direcionada, de modo religioso e dentro de instituições asilares, a assistência à infância brasileira durante esse longo período de nossa história. As rodas eram uma espécie de roleta, que, por meio de uma engrenagem cilíndrica, levava, anonimamente para dentro da instituição, as crianças que ali eram abandonadas. O Brasil adotou e manteve várias Rodas dos Expostos, entre elas na Bahia em 1726 e no Rio de Janeiro em 1738. Algumas foram abolidas outras perduraram até 1935 no caso do Rio de Janeiro e 1948 no caso de São Paulo. Nessas instituições as crianças ditas abandonadas ficavam até os 7 anos e após essa idade eram entregues às famílias guardiãs mediante pensão ou permaneciam tuteladas aos juízes que decidiam sobre suas vidas (Rizzini & Pilotti, 2011).

Em relação à adolescência, a história do país mostra que a atenção a esse período do desenvolvimento humano foi igualmente, por muito tempo, pouco expressiva e discriminatória. As pessoas com cerca de 15 anos, em especial a população masculina escravizada, já eram consideradas adultas. “De fato, escravo bem valioso e apreciado era aquele que tinha de 15 a

¹¹ “Membros da ordem religiosa formada em torno de Inácio de Loyola, posteriormente canonizado, aprovada em 1540 [...] pelo papa Paulo III, cuja atuação foi fundamental na América Portuguesa. A Companhia de Jesus surgiu após a ruptura da cristandade ocorrida com a Reforma protestante no ambiente de renovação da vida espiritual da Europa ocidental, [...] nas primeiras décadas do século XVI [...] No Brasil, o primeiro grupo liderado por Manuel da Nóbrega, chegou em 1549, na comitiva de Tomé de Souza, primeiro governador-geral” (Neves, 2000, p. 326).

24 anos, visto como o mais capaz e em melhores condições de exercer o fatigante trabalho da mineração” (Scarano, 2021, p. 113). Entre as meninas/mulheres a situação envolvia ainda maior precocidade, tendo em vista que com 12 anos já podiam se casar. Já entre a população mais abastada, a adolescência - ou idade da mocidade e juventude - era reconhecida, sobretudo, pela idade entre 14 e 25 anos.

Como assinalamos anteriormente, até meados do século XIX a assistência institucionalizada das crianças ditas abandonadas estava associada sobremaneira às Santas Casas de Misericórdia, ligadas à Igreja Católica. A configuração desse atendimento ocorreu em virtude da necessidade da classe social a qual se destinava tais instituições, isto é, às classes populares. Os objetivos dessa assistência eram disciplinares e apaziguadores das relações sociais, sustentada pela pedagogia da submissão (Khulmann Jr, 1998).

Por outro lado, como lembra Zaniani (2008), embora criadas para atender crianças abandonadas, “não tardou para que esse dispositivo se desviasse de sua ‘função social’ original. [...] com o passar do tempo passou a servir, inclusive, para proteger a identidade de pessoas que tinham filhos fora do casamento” (p. 30) e que ao passo que se elevava o número de crianças deixadas nas Rodas, aumentava também a mortalidade entre elas. Com a Independência do Brasil, aos poucos, as Rodas dos Expostos perderão seu caráter estritamente caritativo e passaram a buscar parcerias com o Estado, inaugurando uma nova forma de gestão da infância abandonada, nomeada como fase filantrópica¹².

Nesse processo, na fase caritativa a iniciativa e a execução dos projetos era incumbência da caridade e o Estado entraria com recursos para custear parte das instituições criadas, visto que o financiamento popular seguia indispensável para a manutenção das instituições. A partir de então, foram adotando essas atividades e promovendo a abertura de outras Rodas pelo país. No entanto, mesmo com a expansão, as Rodas continuavam insuficientes para atender toda a demanda e permaneciam localizadas apenas nos espaços urbanos. Por isso, continuava crescente a prática de famílias que tomavam para si crianças abandonadas, por caridade ou compaixão, gerando um enorme número de ‘filhos de criação’ (Cruz, 2006). Todavia, cabe pontuar, como desvela Marcílio (1998), que muitas usavam tal pretexto para submeter muitas crianças à condição semelhante dos escravos, pois recolhê-las poderia representar um acréscimo de mão-de-obra passiva e gratuita.

¹² A filantropia científica, ao contrário da caridade, entendia que a aplicação dos conhecimentos científicos garantiria a sobrevivência das crianças abandonadas. Os adeptos da filantropia propagavam a importância de zelar pela sua saúde física e mental das crianças e não zelar somente pela salvação de sua alma (Marcílio, 2019).

Desse modo, fosse pela via da caridade, ou mais tarde pela via da filantropia, as primeiras práticas de assistência à infância e adolescência pobre no Brasil mantiveram as características fundamentais, sendo: educação pela disciplina, a formação profissional para gerar mão de obra e a segregação em espaços fechados como medida mais plausível.

A institucionalização da população infantojuvenil, que se tornou crescente, também estava relacionada com as transformações sociais, econômicas e políticas que ocorreriam na Europa, em especial, na França e na Inglaterra, a partir do século XVIII, que reverberavam no cenário brasileiro. O capitalismo em expansão impunha às crianças pobres o trabalho servil nos mais diferentes espaços sociais. Também naquele contexto, surgiram as creches, com caráter assistencialista, que serviram como guardiãs de crianças órfãs e filhas de trabalhadores (Kramer, 1986).

Exemplos de outras instituições que emergiram para responder às necessidades daquele período, são as Casas dos Educandos Artífices, no ano de 1855. Destaca-se também as Companhias de Aprendizes Marinheiros e as Companhias de Aprendizes do Arsenal da Guerra, locais para onde os meninos em situação de abandono ou miséria poderiam ser encaminhados. Estes espaços fechados voltaram-se para o ensino de ofícios para o trabalho e ficaram conhecidos também pelas práticas de violência e maus tratos contra as crianças e adolescentes oriundos das famílias pobres (Marcílio, 2019). Nessa mesma direção, as Companhias de Aprendizes Marinheiros, que se constituíram a partir de 1840, foram as primeiras instituições inteiramente públicas para menores de 7 anos e as oficinas de aprendizes artífices acolhiam meninos entre 10 e 17 anos de idade. Destaca-se que tais oficinas eram mantidas ofertadas pelas denominadas Casas de Correção, uma espécie de prisão daquela época (Venâncio, 2021).

No contexto externo, no século XIX, o atendimento à infância começou a ser voltado para a questão educacional. Na Alemanha foram criados os Jardins de Infância por Froebel, que enfatizava o brinquedo e a ludicidade. No mesmo período, na Itália, Maria Montessori dava início às Casas para Crianças e, nas Américas, criava-se as *Readbody*. Os referidos espaços tinham a função de compensar as supostas diferenças das crianças, a miséria e a negligência de suas famílias (Kramer, 1986).

No Brasil, nesse período, as creches serviam como asilos infantis, pois a maior preocupação era atender os filhos de escravas, pois após a Lei do Ventre Livre, em 1871, essas crianças se transformaram em problemas para os donos de escravos. Outro problema era assistir essa população para que não fosse convertida em inimigo da tranquilidade futura (Khulmann Jr, 1998). Ainda na segunda metade do século XIX, médicos higienistas apresentaram propostas que visavam resolver os problemas da infância que englobavam:

[...] o combate à mortalidade infantil; cuidados com o corpo (estímulo à educação física, aos esportes, à amamentação e à alimentação corretas); estudos; importação de conhecimentos e campanhas de combate às doenças infantis; educação das mães; introdução da Pediatria e da Puericultura, como novas áreas de conhecimento; campanhas de higiene e de saúde pública etc. (Marcílio, 2019, p. 223).

A infância ganhava aos poucos maior visibilidade e passava a ser alvo de intervenções públicas para o ensino profissional, buscando principalmente a formação de mão de obra, necessária ao novo cenário social e político, consonante com o processo incipiente de industrialização. Outro motivo que elevou o interesse para com esse público foi o grande número de crianças e adolescentes que ficavam pelas ruas dos novos centros urbanos e geravam incômodos sociais que, no contexto de nascimento do Brasil republicano, não rimava com os ideais de ordem e progresso.

No curso do período republicano, a medicina avançará para diferentes setores sociais. A partir do Movimento da Higiene Mental, criou-se a Liga Brasileira de Higiene Mental (1923). Sobre o Movimento de Higiene Mental destacamos que enquanto a medicina higienista se ocupava da defesa da educação higiênica e da formação de hábitos mais saudáveis, outra categoria que começa a se ocupar das crianças e adolescentes são os juristas, agora preocupados com a delinquência infantojuvenil. Assim, na fase filantrópica da assistência, a Medicina e o Direito assumem o protagonismo das propostas, criticando ações meramente caritativas e defendendo a filantropia como solução racional e técnica para atender as demandas sociais que se avolumavam. Logo, é possível observar que:

Até mesmo a designação da infância mudou nessa fase de intervenção da Medicina e das Ciências Jurídicas. De um lado, o termo criança foi empregado para o filho das famílias bem-postas. Menor tornou-se discriminativo da infância desfavorecida, delinquente, carente, abandonada [...]. As velhas instituições coloniais – a Roda dos Expostos, os Recolhimentos de meninas e os Seminários para os meninos –, além de insuficientes, já não respondiam mais às demandas e às exigências da nova sociedade liberal (Marcílio, 2019, p. 223).

O início do século XX, no Brasil, foi marcado pelo crescimento desgovernado dos centros urbanos, provocados pelo abalo do sistema escravagista, pelo processo de industrialização e pela chegada massiva dos imigrantes, produzindo profundas transformações do quadro social das cidades, especialmente, pelo aumento populacional. Associado a isso, multiplicavam-se os índices de criminalidade e a demanda da especialização dos mecanismos de repressão. Nessa discussão, os nomeados ‘menores’ se fazem presentes, sendo a infância

vista pelos higienistas como as ‘sementes do futuro’, alvo de intensa preocupação, como observamos a seguir:

Um dos aspectos entristecedores de uma grande cidade é o quadro que nos oferece, no seu precoce sofrimento, a infância desvalida. Esfarrapados e maltrapilhos, perambulando pelas vias públicas, estendendo a mão aos transeuntes ou recostando a cabeça à pedra das calçadas, os menores abandonados passam diante de nossos olhos como uma visão de tristeza e de amargura. A esses entes desamparados pela sorte, órfãos ou enjeitados, sujeitos muitas vezes ao trabalho penoso na época em que o organismo débil precisa de se fortalecer (Jornal Gazeta de Notícias, Ed. 17/03/1928)¹³.

Os legisladores e juristas buscavam na infância a origem dos problemas sociais e formas de correção da criminalidade (Santos, 2021). Nessa toada, os conhecimentos da Psicologia e de profissões como a Pedagogia, organizaram-se com o propósito de buscar por uma nova educação que permitisse à criança se tornar o ‘novo cidadão brasileiro’ tão necessário à sociedade ordeira e progressista que se idealizava construir. Defendia-se a ideia de que era fundamental a criação de mecanismos legais para materializar os objetivos dos juristas e dos higienistas. É desse período o primeiro Código de Menores do Brasil, legislação que foi instaurada em 1927, consolidando as leis de assistência e proteção dos chamados ‘menores’, que subsidiará uma clara culpabilização e responsabilização das famílias pobres (Cruz, 2006).

Essa legislação não era destinada a todas as crianças e adolescentes, mas aos ‘menores’ considerados em ‘situação irregular’ - fosse porque eram abandonados, fosse porque eram delinquentes. Com o Código de Menores, definiu-se qual seria a assistência e a proteção contra o abandono, os maus tratos e as influências imorais exercidas pelo meio social. O Estado deveria responder com políticas públicas de internação com vistas à corrigir os ditos comportamentos delinquentes, passando a se tornar comum a criação de orfanatos e prisões para crianças e jovens (Passeti, 2021). Assim, o Código de Menores,

[...] referendava uma série de denominações diferentes para esta categoria, a saber: expostas para as crianças menores de sete anos, abandonados aos menores de dezoito anos, vadios aos que moravam nas ruas, mendigos aos que pediam esmolas ou eram vendedores de rua e libertinos àqueles que frequentavam prostíbulos. Previa que dentro da mesma perspectiva de assistência, estariam aquelas crianças marcadas pela condição de desamparo e aquelas que possuíam algum desvio de conduta. Instituía-se, a partir de

¹³ Para mais, ver em: https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=103730_05&PagFis=12628

então, uma intervenção legalmente fundamentada no binômio carência-delinquência (Zaniani, 2008, p. 133).

Algumas décadas depois, com a ascensão do período da Ditadura Militar, a partir de 1964, formulou-se a Política do Bem Estar do Menor, um programa que visava coordenar e implementar ações estaduais de proteção às crianças e adolescentes vulneráveis. A política foi executada principalmente pela Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), propondo uma metodologia interdisciplinar que prometia uma abordagem biopsicossocial. Com isso, em tese, romper-se-ia com o histórico de violência que pairava sobre as instituições de atendimento infantojuvenil. No entanto, as unidades de internamento criadas nos estados, intituladas de Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor (FEBEM) “[...] se mostraram lugares de tortura e espancamentos” (Passetti, 2021, p. 358).

No balanço dessa história, como ensinou Basaglia (2010), as instituições criadas ao longo do caminho, fossem elas caritativas, filantrópicas ou estatais, configuraram-se como instituições promotoras e mantenedoras de diversas formas de violência. O autor nos instiga a analisar como a violência é reproduzida nas mais variadas instituições, sendo que o que caracteriza as instituições da violência é a divisão entre aqueles que possuem poder, daqueles que não possuem. Nos implicando nessa trajetória, lembramos que, durante muito tempo, em nosso país, as intervenções e conhecimentos psicológicos estiveram ligados principalmente ao fornecimento de respostas imediatistas aos problemas vivenciados por crianças e adolescentes, em uma perspectiva avaliativa, prometendo diagnosticar os desvios e prescrever condutas, entre outras práticas que atendiam majoritariamente aos interesses das classes dominantes (Ayres, 2001).

É interessante notar na história da assistência à infância no Brasil, a ausência de ações preocupadas especificamente com a SMIJ, uma vez que “[...] o Estado delegava às instituições filantrópicas ou a associações de pais e familiares o cuidado de crianças com deficiências várias, dentre elas as com transtornos mentais” (Amstalden, Hoffmann & Monteiro, 2016, p. 33).

Durante o período ditatorial, a assistência abriu caminho para a contratação de uma série de novas especialidades para a garantia do denominado atendimento biopsicossocial. Assim, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, educadores, entre outros, passaram a compor junto aos juristas e médicos as equipes interdisciplinares de atendimento das instituições daquele momento. Em 1979, o Código de Menores foi atualizado, porém, na prática poucas mudanças ocorreram, permanecendo a violência no interior das instituições, bem como a estigmatização das crianças e adolescentes pobres como menores em ‘situação irregular’, em risco eminente de delinquir (Passetti, 2021).

Como vimos até aqui, a assistência à infância foi se dando fora do sistema psiquiátrico. Em relação às ações de assistência psiquiátrica, temos algumas mais concernentes como a criação do Pavilhão-Escola Bourneville (1903-1920), instalado no Hospício Nacional de Alienados, no início do século XX. Essa foi a primeira instituição brasileira para a assistência a crianças apontadas como anormais, na qual se empregou o método terapêutico médico-pedagógico proposto por Bourneville¹⁴ (1840-1909). Tal método previa o ensino de cuidados pessoais básicos, instrução fundamental e oficinas de atividades manuais. A criação do Pavilhão-Escola Bourneville “[...] foi uma resposta aos muitos protestos e denúncias que vinham, desde fins do século XIX, se abatendo sobre a assistência dada às crianças que se encontravam internadas no Hospício Nacional de Alienados (HNA) (Silva, 2009, p. 197).

Ainda sobre a assistência psiquiátrica voltada à população infantojuvenil, Arbex (2019) discorre sobre o tratamento que era prestado às crianças e adolescentes internados no Hospital Psiquiátrico de Oliveira (MG), mais especificamente no Hospital de Neuropsiquiatria Infantil. O referido Hospital psiquiátrico foi criado em 1924 e passou a receber crianças em 1946. As crianças que eram encaminhadas para lá possuíam todo tipo de deficiência física e mental, sendo que a maioria eram oriundas de famílias que as rejeitavam, sendo conhecidos os episódios de violência contra os internos. A autora ressalta que em 1976 houve o fechamento do Hospital e as 33 crianças que lá se encontravam foram encaminhadas à Barbacena, porém mesmo que tivessem mudado de endereço,

Em Barbacena, elas passaram a dividir com os outros pacientes as condições degradantes do hospital. E, apesar de existir uma ala infantil, ela era tão desbotada quanto as outras. A diferença é que lá, em vez de camas de capim, havia berços em que crianças aleijadas ou com paralisia cerebral vegetavam. Ninguém os retirava de lá nem para tomar sol. Quando a temperatura aumentava, os berços eram colocados no pátio e os meninos permaneciam encarcerados dentro deles. Hiram Firmino, jornalista de Belo Horizonte, o segundo do país a entrar no Colônia, em 1979, ficou tão impressionado com a cena que perguntou a uma secretária o que acontecia com eles, caso alcançassem

¹⁴ Desiré Magloire Bourneville nasceu em 1840, na França, sendo um médico alienista que durante toda vida ocupou-se “de tratar e estudar doenças mentais e nervosas infantis. Foi médico interno em Bicêtre, onde foi nomeado médico-chefe do serviço médico infantil, e na Salpêtrière. Foi também conselheiro municipal de Paris de 1876 a 1883, atuando como um dos principais promotores da laicização dos hospitais parisienses, o que ocorreu em 1878. Fundou a escola para enfermeiros que logo substituíram as comunidades religiosas nos hospitais de Salpêtrière e Bicêtre. Quando eleito deputado de Paris, no período de 1883-1889, conseguiu a aprovação de um fundo para a criação de um serviço especial para crianças anormais. Posteriormente, lutou e conseguiu regulamentar a implantação de classes especiais para tais crianças nas escolas francesas, morrendo em Paris, em 1909” (Silva, 2009, pp. 201-202).

a idade adulta. A resposta foi dura como um golpe de navalha: - Ué? Eles morrem (Arbex, 2019, pp. 94-95).

As crianças no Colônia recebiam tratamento idêntico ao oferecido aos adultos, permanecendo inclusive no meio deles: “Aqueles meninos sentiram na pele os maus-tratos das correntes, dos eletrochoques, da camisa de força, do aprisionamento e do abandono” (Arbex, 2019, p. 96). Nenhuma atenção específica era oferecida às crianças e adolescentes, pois pouco se conhecia sobre as chamadas doenças mentais infantis e tampouco existia uma classificação que as diferenciasse quanto às formas e manifestações adultas, levando-os a receberem o mesmo trato. Nenhuma atenção específica era oferecida às crianças e adolescentes, pois não eram vistos como diferentes dos adultos que lá estavam internados.

Como já assinalamos, as crianças brasileiras, filhas da classe trabalhadora, eram consideradas menores em situação irregular, isto é, um sujeito que demandava tutela e controle, sendo que a intervenção mais proposta era a institucionalização em reformatórios ou educandários. Até aquele momento, “[...] as questões do sofrimento mental ficaram encobertas por uma agenda construída para superar os danos da pobreza e abandono voltados à formação de cidadãos socialmente adequados e economicamente produtivos” (Couto & Delgado, 2015, p. 24). Esse também foi o olhar da medicina, que sob o mote do movimento de Higiene Mental, especificamente a partir da criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, trouxe à cena a criança como futuro da nação. Este pode ser reconhecido como o primeiro movimento de atenção psiquiátrica infância no Brasil, porém ainda reproduzor de práticas isoladoras e institucionalizantes, tal qual esperava o Estado.

Anos mais tarde, com a reabertura democrática do país e a nova Constituição Federal de 1988, tem-se a construção de uma outra concepção, suscitando a necessidade da criação de uma nova lei, em substituição aos antigos Códigos de Menores. Com a Lei n.º 8.069/1990, criou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), resultado de debates, criação de fóruns, mobilização da sociedade civil e movimentos sociais. O ECA questionou conceitos como o de ‘menor’ e de ‘delinquente’, trazendo para o cenário do país a Doutrina de Proteção Integral à infância e a adolescência, buscando afirmá-los como sujeitos de direitos e apontando a família, a sociedade e o Estado como corresponsáveis pela sua proteção, desenvolvimento e segurança. A partir de então, novas diretrizes foram sendo idealizadas para orientar as políticas e programas de assistência à infância e adolescência no Brasil.

Destacamos, no entanto, que ainda que represente um avanço, o ECA não foi suficiente para a transformação de práticas legitimadas e cristalizadas pelos extintos Códigos de Menores (Nascimento; Cunha & Vicente, 2008). Assim, mantém-se os riscos de - na perspectiva de

produção de saúde e do bem-estar, ainda que não demonstrem a violência de forma explícita e aberta, pelas contradições que carregam - a sociedade acabar cedendo o poder aos técnicos, que como aponta Basaglia (2010, p. 101) “[...] exercerão em seu nome e que continuarão a criar, através de novas formas de violência – a violência técnica [...]”. Basaglia (2010) há tempos nos alertou sobre os riscos do tecnicismo mascarar o sentido da violência, continuando a perpetuá-la por meio de novos administradores, como os psiquiatras, os psicoterapeutas, os assistentes sociais e representante de outras profissões que atuam no sentido de fazer com que os indivíduos aceitem passivamente sua condição de objeto de violência e a posição inferior que ocupam na sociedade.

Considerando a trajetória da assistência apresentada até aqui, entendemos que o ECA é promulgado em um período que articula importantes mudanças nas formas de compreender e atender crianças e adolescentes, anunciando uma nova fase na assistência. Ele fomentou a criação de novos serviços e outras práticas, pleiteando novas metodologias e gestão das ações relacionadas ao público infantojuvenil. A promulgação, divulgação e ampliação dos pressupostos do ECA, no contexto da redemocratização do país, exigirá mudanças nos modos de participação dos psicólogos ante crianças e adolescentes que demandam assistência (Martins & Brito, 2003).

1.2 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A INCLUSÃO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

O cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes tardou a despontar como uma questão política relevante. A inclusão tardia dessa população na agenda política (Couto & Delgado, 2015) está relacionada à própria história da infância e adolescência, ou seja, às concepções e objetivos voltados a eles, bem como às diferentes lutas em prol da sua defesa e proteção. Como vimos anteriormente, quando revisitamos a história da assistência, de modo geral, nos deparamos com a prevalência do atendimento em instituições fechadas, fosse em abrigos, casas de correção, hospitais psiquiátricos ou em outras instituições totais¹⁵.

Vimos que ao longo da constituição social brasileira, muitas ações ficaram a cargo de instituições religiosas, pautadas na caridade e, posteriormente, na filantropia. Somente em um passado muito recente, a assistência se tornou responsabilidade do Estado, ainda que em muito,

¹⁵ De acordo com Goffman (1987, p. 11) a instituição total é “[...] um local de residência e de trabalho onde muitos indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um período considerável, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

tenha mantido as características de períodos anteriores como a segregação, isolamento, punição e formação como foco na preparação de mão de obra. Com a redemocratização do país, vimos que ascenderam mecanismos legais voltados à organização e ampliação da assistência em geral, e aos poucos, à saúde mental, de modo particular.

Relembramos que o movimento da RP no Brasil, que teve início no fim dos anos 1970, concomitante com o movimento pela Reforma Sanitária, aspirava ser um processo social mais amplo. Com história própria, a RP ganhou força no contexto de mudanças internacionais, com a crítica ao modelo centrado nos hospitais psiquiátricos e o olhar dos movimentos sociais para os direitos das pessoas em sofrimento psíquico (Ministério da Saúde, 2005a). De acordo com Amarante (1998) como protagonistas iniciais do movimento da RP destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que a partir da crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) em 1978, passaram a:

[...] protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2005a, p.7).

Yasui (2006) afirma que o movimento da RP foi influenciado, principalmente, pela Psiquiatria Democrática italiana, cujo principal expoente foi Franco Basaglia (1924-1980). Este psiquiatra instigou os profissionais a questionarem antigas práticas e buscarem novas soluções para o trabalho no campo da saúde mental. Durante os anos 1980, o MTSM ganhou mais força e ficou marcado pela realização da I Conferência Nacional em Saúde Mental, em 1987 e no mesmo ano, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru-SP. Em 1986 havia ocorrido a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que acabou de desenhar os princípios e as diretrizes do nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’, o Congresso de Bauru, como ficou conhecido, trouxe uma nova perspectiva para o movimento da RP, que se ampliou e se transformou no *Movimento Nacional da Luta Antimanicomial*. Nessa toada, o MTSM entendeu que fazer reforma psiquiátrica, que desinstitucionalizar era bem mais que desospitalizar. Desinstitucionalizar significava desconstruir formas de conceber e se relacionar com as pessoas que sofrem psiquicamente, devolvendo-lhes um lugar social (Amarante, 1998). Conforme destacou Melo (2018):

Dois pontos são de suma importância para compreender o processo da Reforma Psiquiátrica, ainda em curso no Brasil: a centralidade nas estratégias de desconstrução

da ideia do sujeito louco como perigoso para o convívio social, ou seja, um novo lugar para a loucura; e o fortalecimento dos serviços substitutivos que são aqueles que além de oferecer uma assistência integral e tratamento diferenciado a população que necessita de atendimento em saúde mental, é capaz de substituir em sua totalidade a lógica manicomial, onde o manicômio e o saber da psiquiatria clássica são considerados como as únicas estratégias de tratamento e intervenção na vida desses sujeitos (Melo, 2018, 86).

Experiências reformistas foram surgindo em diferentes partes do país e comprovando que era possível cuidar das pessoas que sofrem psiquicamente sem retirá-las do convívio social. Entre essas experiências merecem ser citadas o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira - criado na cidade de São Paulo em 1987; a intervenção político-administrativa feita na Casa de Saúde Anchieta, de Santos, em virtude de denúncias de maus tratos pelo hospital em 1989 e a criação nesse mesmo ano do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). O referido Núcleo, instalado em Santos-SP, foi inspirado na tradição dos centros de saúde mental basaglianis, que funcionavam 24 horas por dia e tinham como princípio o acolhimento e o cuidado de toda a demanda de transtornos mentais graves, inclusive das situações de crise (Melo, 2018).

Tais experiências serviram de inspiração para a defesa do movimento antimanicomial pela substituição dos hospitais psiquiátricos, de modo que, o deputado federal Paulo Delgado propôs a criação do projeto de Lei nº 3.657 de 1989, aprovado apenas em 2001, para regulamentar os direitos das pessoas portadores de transtorno mental, com progressiva extinção dos hospitais e leitos psiquiátricos.

A política de cuidados em SMIJ que será construída especialmente após os anos 2000, buscará superar as práticas históricas de caráter institucionalizante, baseadas na lógica higienista que promovia a exclusão e o abandono, colocando à margem milhares de crianças e adolescentes em nosso país, sendo obrigados a permanecer reclusos em abrigos, casas de correção e também nos hospitais psiquiátricos (Amstalden, Hoffmann & Monteiro, 2016).

Em 1992 havia ocorrido a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) com a ausência de debates sobre a SMIJ, contraditoriamente ao momento, que era de euforia e celebração pela aprovação do ECA. No alvorecer do novo século, realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, mesmo ano da criação da Lei nº 10.216¹⁶, garantindo à

¹⁶ No campo da legislação, entre os anos 1990 e o início dos anos 2000 ocorreram os maiores avanços: a Portaria 106/2000 que regulamentou a construção de Serviços Residenciais Terapêuticos; a Portaria nº 336/2002 que regulamentou os CAPS; o Programa De Volta Para Casa, regulamentado pela Lei nº 10.708/2003; a Política

saúde mental um terreno profícuo para efetivação de políticas públicas, com condições mais favoráveis para inclusão do tema da saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA). Assim,

Nessa nova moldura ético-política foram criadas condições de possibilidade para que a SMCA, sob o marco da atenção psicossocial, encontrasse novo lugar nas agendas das políticas públicas para crianças e adolescentes. Os efeitos desses novos tempos na agenda da saúde mental só se fizeram presentes no início do século XXI – período em que efetivamente se pode afirmar no país o início de um conjunto de ações e proposições ligadas à formulação da política de saúde mental dirigida às crianças e adolescentes em acordo com os princípios éticos da Reforma Psiquiátrica e do ECA (Couto & Delgado, 2015, p. 29).

Naquele cenário, a criação e o desenvolvimento da rede de SMIJ buscou, por um lado, a aproximação com uma rede intersetorial que já desenvolvia atividades com esse público de modo mais consolidado, como a Educação, a Assistência Social e setores da Justiça. Por outro lado, iniciou-se a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) (Couto & Delgado, 2015). Objetivava-se com os CAPSi's superar o contexto anterior, no qual crianças e adolescentes em sofrimento psíquico não eram nem reconhecidos nem atendidos em suas necessidades, sendo institucionalizados em espaços de controle e disciplinarização, fora do sistema formal de saúde/saúde mental.

Contudo, é preciso sinalizar que crianças e adolescentes seguirão marginalizados até mesmo dentro movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Neste sentido,

Para a infância e adolescência, a Reforma Psiquiátrica brasileira não significa a superação do modelo hospitalar psiquiátrico que, a rigor, não foi aplicado a elas. Significa, ao contrário, a superação da desassistência e da ausência de modelos ou projetos de cuidado que amparassem ações cidadãs e não segregadoras. Configura-se para a Reforma, portanto, um percurso distinto dos adultos, mesmo que equivalente no que diz respeito à necessária inscrição de princípios e diretrizes potentes para orientar a montagem de redes de atenção baseadas no cuidado em liberdade (Couto & Delgado, 2015, p. 29).

Por outro lado, pode-se dizer que a partir das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ocorrida em 2001, os problemas de SMIJ foram incluídos mais especificamente na lógica da Atenção Psicossocial. Foi a partir dessa Conferência que se instituiu a primeira portaria do SUS que contemplava a orientação para a saúde mental de

Nacional de Álcool e outras Drogas de 2008; além da Lei nº 10.216 da própria Reforma Psiquiátrica, mais conhecida como Lei Paulo Delgado (Melo, 2018).

crianças e adolescentes, a Portaria nº 336/2002, destinada à criação dos CAPS e entre eles, dos Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis (CAPSi's)¹⁷.

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

Outro fato que merece menção é que, em 2004, foi criado o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, com participação de vários setores da sociedade e com função deliberativa. Esse Fórum se tornou um espaço de construção coletiva de diagnósticos da realidade brasileira, estabelecimento de estratégias, criação de diretrizes¹⁸ para articulação intersetorial, além de avaliação dos resultados e acompanhamento da implantação das redes ampliadas de cuidado (Ministério da Saúde, 2014a). Na mesma direção, a IV CNSM, que ocorreu em 2010 proposta em uma perspectiva intersetorial, buscou reiterar a importância do desenvolvimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do compartilhamento do cuidado. Nesta direção, “noção de rede pública ampliada de atenção se inscreveu como síntese da direção a ser conquistada pelo SUS na organização da assistência” (Couto & Delgado, 2015, p. 33).

Na próxima seção abordaremos alguns princípios, diretrizes e conceitos que podem nos ajudar a refletir sobre os cuidados necessários em saúde mental e que acreditamos devem ser ofertados na AB às crianças e adolescentes.

¹⁷ O Brasil em dezembro de 2024 contava com 324 CAPSi habilitados, sendo este número 11% do total dos CAPS de todas as modalidades habilitadas no país (Ministério da Saúde, 2024).

¹⁸ O Fórum realizou seis reuniões temáticas, pactuando alguns princípios norteadores para as políticas públicas de saúde mental de crianças e adolescentes. Esse conjunto de princípios foi descrito na publicação intitulada *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*, publicada pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2005a).

SEÇÃO 2 - A ATENÇÃO BÁSICA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM TELA

A AB é reconhecida como estratégia fundamental e conglomera um “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” e para tanto, deve ser efetivada “por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (Ministério da Saúde, 2017, p. 1).

Sua origem remonta ao início do século XX com ações na Inglaterra e Estados Unidos, voltadas a aproximar a população dos cuidados gerais em saúde. Já em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) promoveram a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão. Desta conferência, resultou a Declaração de Alma-Ata na qual “[...] afirmou-se que a APS era chave para alcançar em todo mundo em um futuro previsível um nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça” (Andrade et al., 2006, p. 784).

A meta era que tal objetivo fosse alcançado até os anos 2000, sobretudo nos denominados países em desenvolvimento. A Declaração de Alma-Ata indicava, ainda, que a APS deveria ir ao encontro dos principais problemas sanitários detectados e atuar de forma preventiva, curativa, reabilitando e promovendo a saúde. Entre suas orientações destacava como cuidados primários: nutrição adequada; abastecimento suficiente de água potável; saneamento básico; cuidado com a saúde materna e infantil; planejamento familiar; imunização contra doenças infecciosas; prevenção contra doenças endêmicas e educação sobre a prevenção e o tratamento de enfermidades e traumatismos comuns.

Feitas essas breves considerações, anotamos que em se tratando de saúde mental, colocar a AB em tela significa lutar por garantir à comunidade um cuidado em saúde mais integral. Nesta seção, abordaremos alguns princípios, diretrizes e conceitos que perpassam e alicerçam o trabalho da AB com vistas a compreender quais são os cuidados necessários em saúde mental de crianças e adolescentes e que devem ser ofertados nesse contexto.

2.1 ALGUNS PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E CONCEITOS NORTEADORES DOS CUIDADOS NECESSÁRIOS EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Refletir sobre o cuidado em SMIJ na AB passa essencialmente por considerar que a efetivação de ações nomeadas como ‘necessárias’ não pode e não deve destoar do que propõe o ideário socializador do SUS, de seus princípios e diretrizes. O SUS foi concebido para ser um sistema com um núcleo comum (único), que concentraria princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e teria também princípios organizativos que visariam ordenar e operacionalizar o sistema (regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular).

Falar da **universalidade** enquanto princípio doutrinário do cuidado em saúde e saúde mental, significa assumir a garantia do direito ao acesso e a oportunidade de assistência a todos, independentemente de qualquer circunstância ou condição, inclusive em se tratando de crianças e adolescentes. Tomar a **integralidade** do cuidado como princípio doutrinário significa considerar tanto as pessoas integralmente quanto as ações que não devem ser restritas ao diagnóstico, tratamento ou reabilitação, mas envolver aquelas voltadas à promoção, prevenção de agravos, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Em outras palavras, considera-se que a saúde física e a saúde mental não podem ser compreendidas de modo dissociado, pois não há saúde sem saúde mental (Ministério da Saúde, 2014b). A partir do princípio da **equidade** podemos pensar na promoção de uma saúde mais justa, que leva em consideração as necessidades específicas de cada sujeito ou grupo, oferecendo mais a quem precisa de mais e menos a quem requer menos cuidados.

Como vimos anteriormente, crianças e adolescentes são considerados sujeitos de direitos, assegurados desde a Constituição Federal de 1988, regulamentados também no ECA, no alvorecer da década de 1990. Deste modo, temos que no Art. 3º do ECA está demarcado que:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (Lei nº 8.069/1990).

Nessa toada, seguindo as diretrizes do SUS o componente da AB caracteriza-se como o primeiro ponto de acesso das pessoas ao sistema de saúde e isso, por si, já denota sua importância. Em acréscimo, voltamos ao já mencionado princípio da equidade, que nesse

contexto significa que entre as pessoas que sofrem psiquicamente pode vir a ser necessário considerar a oferta de mais recursos e cuidados àqueles grupos considerados mais vulneráveis ou que apresentam maior necessidade (como os casos considerados mais graves e persistentes), a fim de reduzir as iniquidades e promover uma maior justiça social.

Em 2005, a partir das discussões realizadas no Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, com participação de vários setores da sociedade, foram pactuados alguns princípios norteadores para as ações públicas de saúde mental de crianças e adolescentes. Este conjunto de princípios foi descrito na publicação intitulada “*Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*” (Ministério da Saúde, 2005b)¹⁹ que está entre os poucos documentos oficiais e orientativos do campo da SMIJ. Lembramos que este documento foi escrito em um momento em que a Política Nacional de Saúde Mental estava sendo estruturada e buscava a consolidação de diretrizes para a promoção do cuidado em liberdade, a partir de uma concepção mais humana e integral, oposta ao modelo manicomial.

Nesse material há um capítulo que trata especialmente de princípios para a construção da política e um outro que apresenta algumas diretrizes operacionais para os serviços nomeados substitutivos. O documento afirma partir do entendimento que, antes de tudo, crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, responsáveis por suas demandas e sofrimento, e os cuidados que lhes devem ser assegurados devem ir ao encontro de suas necessidades singulares. Para tanto, alguns princípios e conceitos foram sendo destacados: acolhimento universal, encaminhamento implicado, construção permanente de rede e da intersetorialidade e trabalho territorial. Observamos então, que o documento naquele contexto dialogava com os princípios do SUS e intentava orientar a construção da política pública de saúde mental que estava sendo implementada.

Em relação às diretrizes, o referido documento aponta reconhecer que esses sujeitos portam “um pedido legítimo” que deve ser acolhido e que quem acolhe deve se responsabilizar pelo “agenciamento do cuidado”, implicando-se inclusive, se houver como desdobramento do acolhimento, no encaminhamento para algum outro ponto da rede (Ministério da Saúde, 2005b, p. 15). Ademais, os responsáveis pela criança ou adolescente devem ser incluídos e estarem comprometidos com o processo de cuidado, sendo que ele deve estar fundamentado em recursos teórico-técnicos disponíveis aos profissionais, técnicos ou equipe envolvidos. Por fim, o cuidado precisa ser construído articulado com os diferentes equipamentos do território, ou seja,

¹⁹ Para mais, ver em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/caminhos_politica_saude_mental_infanto.pdf

precisa ser construído onde a vida desse sujeito acontece (Ministério da Saúde, 2005b, pp. 15-16).

Sobre o **acolhimento universal** entende-se que os serviços devem receber a todos que chegam com alguma necessidade de saúde, garantindo o acolhimento e a escuta da demanda, bem como respondendo-a da melhor forma possível. Isso não significa que o serviço “tenham que atender e acompanhar todos os casos que até ali chegam, mas deve fazer uma abordagem para identificar as necessidades de cada situação, propor alguma intervenção inicial e, quando couber, oferecer outras estratégias e lugares de tratamento” (Ministério da Saúde, 2014a, p. 24). O acolhimento universal remete ao conceito de ‘serviço porta aberta’ que impetrata que deve receber e acolher a todos que o procura, no momento em que necessitam, sem barreiras burocráticas ou agendamentos prévios.

Outro princípio é o do **encaminhamento implicado**, uma vez que, é inegável que algumas situações demandarão encaminhamentos para outros serviços ou profissionais da RAPS. No caso da população infantojuvenil, esse encaminhamento não deve se reduzir à burocracia do referenciamento, mas quem encaminha deve se manter corresponsável por quem foi encaminhado, acompanhando o caso até a sua inclusão em outro serviço, realizando um trabalho conjunto para um melhor cuidado. Este trabalho conjunto muitas vezes é “determinante nos desdobramentos e na adesão ao tratamento” (Ministério da Saúde, 2014a, p. 25).

Para que o cuidado em saúde mental de todas crianças e adolescentes que necessitam se efetive é imprescindível ainda a **construção** e o **fortalecimento de redes** (permeáveis e mutantes), que devem incluir os diferentes serviços e os atores dos territórios. Desse modo, o campo da saúde mental passa a ser atravessado por outro importante princípio que é o da **intersetorialidade** que ambiciona enfrentar a fragmentação do cuidado e assim “[...] na perspectiva de uma clínica no território, as intervenções em todos os equipamentos, de natureza clínica ou não, devem ser tarefa dos serviços de SMII, envolvendo, de uma forma ou de outra, todos os dispositivos que fazem parte da vida das crianças e adolescentes” (Amstalden, Hoffmann & Monteiro, 2016, p. 42).

Para a oferta desse suporte, um importante conceito para a lógica da Atenção Psicossocial e o campo da saúde mental como um todo, em especial para a AB, é o de **território**. O conceito de território ultrapassa a noção geográfica, podendo ser descrito como “[...] lugar psicossocial do sujeito, atravessado em sua experiência pelas instâncias pessoais e institucionais nas quais ele está inserido” (Amstalden, Hoffmann & Monteiro, 2016, p. 42). Assim, no planejamento do cuidado que envolve crianças e adolescentes, a casa, a família, a escola, as praças e outros tantos locais por onde esses sujeitos transitam e se relacionam, bem como o

próprio sujeito, devem ser considerados e fazerem parte dos seus projetos terapêuticos. Para tanto, conhecer esse território, sua dinâmica e características (sociais, culturais, econômicas e políticas) é o que permitirá aos profissionais uma compreensão mais ampla das necessidades de saúde da comunidade e, consequentemente, do caminho a ser seguido na implementação do cuidado em liberdade.

Esse conhecimento do território e das necessidades de saúde mais comuns da comunidade, aproxima a equipe de saúde e favorece o **vínculo** entre os trabalhadores e os usuários. Será o vínculo que sustentará o **cuidado** em saúde mental a ser materializado processualmente no cotidiano. Como já colocamos, a SMJ, alinhada ao SUS e à lógica da Atenção Psicossocial, substitui o termo ‘tratamento’ pelo conceito de ‘cuidado’, entendendo que cuidar em saúde mental é o ato de se responsabilizar pelo outro e pelo processo de transformação dos seus “[...] modos de viver e sentir o sofrimento [...]” que por sua vez depende da transformação da “[...] vida concreta e cotidiana que alimenta este sofrimento.” (Rotelli, Leornardis & Mauri, 2001, p. 33). Logo, cuidar vai muito além do tratar e ou do reabilitar.

Pensando na vida que vai sendo tecida no território, a atuação da Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é prioritária dentro da AB. A ESF enquanto **equipe** é quem deve principalmente ajudar a manter o vínculo entre os usuários e os serviços de saúde, rompendo com a lógica médico-centrada. Nessa direção, o vínculo é determinante para a construção de um cuidado em saúde mental antimanicomial e como já dissemos, a base do vínculo é o compromisso do profissional com o sujeito e com a busca pela resolutividade das suas necessidades. O vínculo favorece o cuidado integral e continuado, pois prescinde o investimento em laços afetivos, de confiança e de respeito entre os diferentes atores envolvidos no processo de cuidado.

No material do Ministério da Saúde “*Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental – Caderno 34*” (Ministério da Saúde, 2013) traz alguns especificidades do cuidado em SMJ na AB, alertando que os manuais de classificações atuais da psiquiatria (CID e DSM) “ao agruparem as queixas sob a rubrica de transtornos têm se mostrado insuficientes para fazer frente à diversidade de influências (culturais, sociais, familiares e do próprio desenvolvimento infantil) que contam para o estabelecimento de hipóteses diagnósticas na população em questão” (p. 103) e que a AB “necessita aumentar sua acuidade para as diferentes e inventivas formas de expressão dos problemas que as crianças e jovens apresentam, e para oferta de suporte a eles e suas famílias (p. 104).

A AB deve avaliar quais casos de saúde mental devem ser olhados com mais atenção, privilegiando sua discussão e recebendo Apoio Matricial para aqueles mais graves, que exigirão

maior articulação da rede de saúde/saúde mental. Reafirma-se o princípio da equidade, que como já colocamos, prescinde o entendimento que o SUS deve garantir acesso justo e igualitário também ao cuidado em saúde mental, a todos que precisam, mas sobretudo, oferecendo atenção e disponibilizando recursos mais diversificados aos casos mais graves e persistentes.

Em caso de emergência, a AB deve avaliar a necessidade ou não de encaminhamento para um CAPSi ou outras unidades de acolhimento de crises no território. Entretanto, é importante destacar que mesmo ante casos graves e ou que experienciam situações de crise/sofrimento intenso, a equipe da AB precisa se manter corresponsável. Borges (2012) em sua pesquisa demonstrou que a aproximação da AB às pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias, por meio do fornecimento de informações básicas sobre as novas formas de cuidados em saúde mental, do trabalho grupal, das visitas domiciliares e da busca contínua pela construção de vínculos de confiança, ou seja, o acompanhamento longitudinal contribuiu inclusive para evitar as internações e reinternações psiquiátricas dos casos denominados graves e persistentes.

A cargo de ilustração, entre alguns indicadores de gravidade do sofrimento psíquico na infância e adolescência que a AB deve se atentar, segundo o Ministério da Saúde, está a presença de destrutividade persistente e/ou deliberada, autoagressividade importante, desinibição social excessiva (condutas inadequadas e/ou imprudentes); isolamento e retração importantes e persistentes; alucinações; uso abusivo agudo de drogas; tentativas de suicídio e autolesão com intenção suicida (Ministério da Saúde, 2013).

Quando abordamos casos graves e persistentes, lembramos que os CAPS de maneira geral foram incorporados à Política Nacional de Saúde Mental desde 2002 como serviços substitutivos, nascendo com o objetivo de atender justamente tais casos, além de naquele momento acumular a função de ordenar a demanda em saúde mental no território. Contudo, passada a primeira década de implantação dos CAPS, avaliou-se que havia uma sobrecarga desses serviços e que outros serviços e setores, como a AB, não reconheciam sua corresponsabilidade pelas demandas de saúde mental do território, produzindo excessos de encaminhamentos para esses dispositivos. Esta situação revelou a necessidade de uma articulação mais qualificada e maior responsabilização de toda a rede, pois a desresponsabilização contrapunha a lógica da Atenção Psicossocial decorrente das contribuições da RP brasileira (Fernandes et al., 2020).

Trilhando um percurso entre avanços e retrocessos, a RP avançou de modo paralelo ao desenvolvimento e implantação do SUS, assim, as mudanças no campo da saúde mental acompanharam as inovações e as perdas de conquistas do SUS de modo geral. Como já

mencionamos, em termos de atendimento à população foram organizadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado. Partindo do conceito de rede, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada para fortalecer a Política de Atenção à Saúde Mental. A partir da Portaria nº 3.088/2011, foram estabelecidos objetivos e diretrizes ao atendimento às pessoas com transtornos mentais e aqueles decorrentes de uso abusivo de álcool e outras drogas, com serviços de base territorial e comunitária, com vistas a substituir o modelo manicomial e hospitalocêntrico (Silvério, 2017).

Os princípios estruturantes da RAPS são: Intersetorialidade: articulação com educação, assistência social e justiça; Territorialidade: cuidado baseado no contexto geográfico e comunitário; Autonomia: foco no projeto de vida do usuário; e Apoio Matricial: suporte técnico entre níveis. A RAPS é composta por sete níveis articulados visando garantir atendimento integral em saúde mental no SUS. **1)** Atenção Básica: porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado. Suas ações estão voltadas para o acolhimento, a identificação precoce de sofrimento psíquico, a promoção de saúde mental e o vínculo territorial. Atua por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família (ESF), nas Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (eMulti), nas equipes do Consultório na Rua e nos Centros de Convivência. **2)** Atenção Psicossocial Especializada: oferta serviços por meios dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS I, II, III, CAPSi, CAPS AD - álcool/drogas) e tem como atribuições o atendimento diário, crise 24h, projetos terapêuticos singulares e suporte à rede básica. **3)** Atenção de Urgência e Emergência: com seus pontos de atenção o SAMU, UPA 24h, Pronto-Socorro Geral, objetiva a estabilização de crises, evitando internações desnecessárias. **4)** Atenção Residencial Transitória: contempla unidades de acolhimento para adultos e infantojuvenis com atendimento em crise por até 28 dias e Casa de Acolhimento Transitória (CAT), acolhe usuários em processo de alta hospitalar. **5)** Atenção Hospitalar: está estruturada com enfermarias especializadas em hospitais gerais e hospitais-dia e tem como objetivo a desospitalização progressiva e cuidado não manicomial. **6)** Estratégias de Desinstitucionalização: conta com Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias coletivas para egressos de longas internações) e com o Programa de Volta para Casa que oferece apoio financeiro e social para reintegração de pessoas egressas de longas internações. **7)** Reabilitação Psicossocial: envolve iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (Portaria n. 3088/2011).

A RAPS reitera que a AB deve ser a primeira e principal via de acesso da população ao sistema de saúde, pela própria organização do SUS, inclusive daqueles que necessitam de algum tipo de cuidado em saúde mental. Em especial, naqueles municípios de pequeno e aquém de

porte, essa proposição de rede se fortalece ainda mais, justamente porque a maioria deles não conta muitos equipamentos e pontos das redes de atenção à saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a AB firmou-se como o primeiro acesso da população aos serviços de saúde e, por ser inserida no território, teria a vantagem de conhecer as demandas e o sofrimento do público por ela atendido. A proximidade com as pessoas e os objetivos de uma atenção mais integral, fazem com que a AB tenha papel fundamental na coordenação e funcionamento da RAS, dentre elas, a que diz respeito à saúde mental.

2.2 A COEXISTÊNCIA DE DUAS LÓGICAS: A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL *VERSUS* A MANICOMIAL

O cuidado em Saúde Mental avançou com a RP ao longo dos últimos anos. Muitas mudanças ocorreram e caminharam na direção de consolidar outra lógica de cuidados - a lógica da Atenção Psicossocial. Contudo, ainda há muito por fazer, principalmente no que tange a reconhecer e superar completamente a lógica manicomial, uma vez que, mesmo existindo serviços que aspiram ser substitutivos, muitos seguem desenvolvendo práticas tão manicomiais quanto aquelas produzidas no interior dos velhos hospitais psiquiátricos, revelando que a cultura da institucionalização ainda não está superada.

Em relação aos processos de trabalho dentro da AB, lembramos que o primeiro ponto da RAPS é a Unidade Básica de Saúde (UBS). Na AB todos os profissionais, não apenas psicólogos, têm o papel de articular e promover o cuidado em saúde mental, sem priorizar o nível individual do fenômeno, valorizando a dimensão da coletividade, de seus vínculos, sejam eles afetivos, familiares ou sociais (Guimarães & Guazzelli, 2015).

De acordo com Dimenstein (1998) a presença dos psicólogos na saúde pública cresceu concomitantemente ao avanço da RP: Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, dispondo o psicólogo como atendimento especializado à pessoas com transtornos mentais; Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, que incentiva o trabalho interdisciplinar em saúde; a Lei nº10216/2001, que defende os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando a assistência à saúde mental a práticas extra-hospitalares; a Portaria nº 1065, de 04 de julho de 2005, que institui os Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família, considerado um preconizador do NASF.

Em 2008, como já assinalamos, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº154 que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF's constituíram-se como

equipes de profissionais de diferentes formações que deveriam garantir a integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS. Em se tratando de equipe os municípios podiam solicitar uma entre duas modalidades de NASF: o **NASF 1** - composto por no mínimo cinco profissionais de nível superior, podendo ser eles: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional; e o **NASF 2** - composto por no mínimo três profissionais de nível superior, podendo ser: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional. Neste sentido, as equipes deveriam atuar apoiando (técnica e pedagogicamente) os profissionais da ESF, da AB, de modo a qualificar e complementar o trabalho em curso, aumentando a capacidade de resolução e a ampliação do olhar para o território (Tavares, 2008).

Nos últimos anos, o NASF passou por reestruturação e foi impactado enormemente em 2020, com as mudanças no financiamento quando deixou de ser obrigatório que as equipes multiprofissionais estivessem ligadas a esse núcleo para a garantia de repasse de recursos do governo federal aos municípios. Esta situação ganhou novos contornos a partir de 2023, quando o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 635 criou o incentivo financeiro para as Equipes Multiprofissionais na AB, denominadas agora de ‘E-Multi’.

Na busca pela superação da lógica manicomial a **ampliação da clínica** aparece como um grande desafio. Ferreira Neto (2008) adverte que a clínica clássica/tradicional em muito coaduna com a lógica psiquiátrica, pois “[...] é definida como portadora de um modelo mais homogêneo, influenciado pela medicina e caracterizado como um sistema de atenção voltado para o indivíduo”, sendo voltada aos processos de “psicodiagnóstico e psicoterapia, com uma predominância de abordagens de base psicanalítica, exercida em consultórios particulares para uma clientela oriunda das classes média e alta” (p. 110). Segundo o autor, com frequência o psicólogo reproduz uma clínica psicológica que não interessa à saúde pública por ser despolitizada e por focar na cura que aparentemente dependeria apenas do sujeito e da sua interioridade psíquica.

Ao tirar o foco da doença mental, a lógica da Atenção Psicossocial busca superar o saber psiquiátrico e romper com práticas clínicas tradicionais por sua ineficácia e lógica segregatória. A RP defenderá uma nova clínica, nomeada de Clínica da Reforma ou Clínica Ampliada, pautada, sobretudo, na possibilidade de criação e invenção cotidiana, na ação interdisciplinar e transdisciplinar (Costa-Rosa; Luzio & Yasui, 2003).

Sobre a concepção de clínica, na perspectiva da RP, Onocko-Campos (2021) enfatiza a noção de uma clínica ampliada, retirando-a da omissão de um lugar neutro, de primazia de técnicas diagnósticas e terapêuticas ineficazes. Para a autora, nessa perspectiva, o sujeito é considerado em sua complexidade e todo contexto também é trazido para a análise. Tal clínica, então, convoca o trabalho não só com os sujeitos, mas também com a família e a comunidade, com enfoque no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Para Campos (1999), a ampliação da clínica dentro da AB é necessária para que se contemple a subjetividade e as relações sociais que constituem e permeiam a vida dos sujeitos. Deste modo, o olhar para esse sujeito precisa ir além das paredes do consultório e da prática clínica individualizada, avançando para o território, lugar onde a vida e as relações afetivas, sociais e comunitárias acontecem. Logo, sendo o psicólogo um trabalhador da AB, espera-se que sua prática se faça junto aos demais profissionais de sua equipe, construindo novas formas de cuidado que respondam às variadas demandas existentes no território pelo qual são responsáveis.

Como afirma Martinez (2003, p. 158) “O compromisso social do psicólogo e em primeiro lugar dos que formam psicólogos é hoje mais que nunca necessário se pretendemos uma prática profissional e social na qual a Psicologia possa ser utilizada a serviço de uma sociedade mais justa. Não basta reconhecê-lo no discurso, é necessário senti-lo e praticá-lo”. A atuação do psicólogo, extrapola o atendimento clínico individual/familiar, deve se aproximar do histórico desse território, assim como dar sentido à produção de subjetividades que dali decorrem, inclusive que interferem na concepção de saúde/doença. Desse modo, o cuidado em saúde mental defendido é aquele que se efetiva no encontro entre o trabalhador e o usuário, e

Em todo lugar em que ocorre um encontro enquanto trabalho de saúde entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos que visam a produção de relações de escutas e responsabilização, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre as necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde (Franco; Bueno & Merhy, 1999, p. 51).

Quando nos voltamos às estatísticas, alguns estudos apontam que a prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes de 12 a 17 anos é de 30%, e estima-se que, em todo o mundo, entre 10% e 20% dos adolescentes permaneçam diagnosticados e tratados de forma inadequada (Lopes et al., 2016). Não é nossa intenção aprofundar o debate sobre os dados epidemiológicos que sustentam essas afirmativas, mas sim chamar a atenção que no caso do

público adolescente, podemos estar diante de um relevante desconhecimento tanto de suas condições, quanto de suas reais necessidades de cuidado em saúde/saúde mental.

O que esperamos é evidenciar que são muitos os desafios que estão postos e que devem ser considerados na busca por um cuidado em saúde mental em uma lógica antimanicomial, em especial, quando se trata de crianças e adolescentes. Entre eles, como vimos destacando, a superação do modelo médico-centrado e hospitalocêntrico, bem como uma efetiva universalização do acesso dos usuários ao trabalho da AB. Entre os inúmeros óbices temos

[...] o desafio de poder fazer funcionar a atenção aos grupos dos quais historicamente se manteve alijada. Proporcionar espaços de cuidado para os sujeitos em condições delirantes, em percursos de sofrimento pouco compartilhados e ainda assim garantir suas possibilidades de participação social, educação, moradia e cidadania são respostas necessárias para o avanço do cuidado (Taño & Matsukura, 2015, p. 444).

Podemos acrescentar outros desafios para a RP e a construção da lógica da Atenção Psicossocial como a psiquiatrização e psicologização dos comportamentos; os problemas no processo de escolarização e comportamentais que abarrotam os serviços de saúde mental; a falta de matriciamento para as equipes; a desresponsabilização da rede como um todo pelo cuidado em saúde mental; o uso de substâncias psicoativas; a judicialização da assistência; as dificuldades na diferenciação e manejo das situações nomeadas de crises; a internação psiquiátrica como principal resposta; entre outros (Taño & Matsukura, 2015).

Rememoramos que Couto e Delgado (2015), por sua vez, evidenciaram que a inclusão de crianças e adolescentes na agenda da saúde pública brasileira, bem como no processo da RP, se deu tarde, uma vez que data do início do século XXI. As condições contribuíram para essa inserção decorrem dos avanços da RP e da luta pela garantia dos direitos humanos que “[...] inscreveram uma nova concepção de criança e adolescente no ordenamento jurídico, político e social brasileiro, com consequências para a qualificação das ações públicas dirigidas ao seu cuidado e proteção” (Couto & Delgado, 2015, p. 20). Desde então, compreendemos um pouco mais que o público infantojuvenil pode ser atravessado por vicissitudes subjetivas, inerentes à própria condição humana.

Entretanto, apesar do potencial das ações de cuidado em saúde mental que poderiam ser desenvolvidas, os referidos autores também já denunciaram problemas estruturais que deveriam ser evidenciados, como: poucas unidades e desconhecimento do trabalho do CAPSi; ausência de Fóruns de trabalho, do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil - esvaziado de sua função deliberativa; fragilidade dos vínculos de trabalho dos trabalhadores da rede de SM; falta de supervisão clínico-institucional; falta avaliação da rede e monitoramento; entre outros.

Desse modo, pode-se afirmar que a política pública de saúde mental, em especial, a destinada ao público infantojuvenil, não está consolidada e depende de contínuos esforços e investimentos para que de fato construa a tão alardeada rede de cuidados substitutivos. Segue posta no horizonte a luta por um cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes que prime pela liberdade e por um desenvolvimento mais pleno. Não obstante, o que infelizmente se observa é a coexistência de duas lógicas: a da Atenção Psicossocial e a manicomial. Esta lógica se articula e se fortalece com os processos de patologização da vida, ou seja, da crescente intolerância acerca de comportamentos diferentes daqueles estabelecidos como normais pela nossa sociedade (Amarante et al., 2018).

O padrão de normalidade construído, a partir da modernidade, está baseado na racionalidade positivista, ou seja, no sujeito que usa a razão como forma de existir no mundo. De modo geral, os comportamentos que contrariam essa lógica são considerados passíveis de correção para que se mantenha o controle social pré-estabelecido. Nesse sentido, a medicina historicamente ganhou *status* de condutora e reformadora das manifestações desviantes da ordem social (Amarante, 1998).

Como vimos até aqui, a lógica manicomial tem sido questionada por aqueles que buscam rompê-la com a RP e superá-la com a proposição da lógica da Atenção Psicossocial. A RP buscou promover atendimento digno e humanizado aos sujeitos em sofrimento psíquico, na contramão do sistema de violência que vigorava/vigora nas instituições psiquiátricas, criando uma rede de serviços que deveriam substituir o modelo manicomial. A RP, portanto,

[...] evidencia o conflito entre duas perspectivas bioéticas. Este conflito está posto, mas não está de forma alguma avançando claramente para uma resolução. A ética do modelo clássico de atenção psiquiátrica calca-se na lógica manicomial, na exclusão, na pressuposição de improdutividade, de periculosidade e de incurabilidade. É uma ética que favorece a medicalização como recurso terapêutico em nível individual e social, bem como para sanar supostas anormalidades e controlar a vida cotidiana (Oliveira, 2009, p. 60).

Na próxima seção, apresentaremos os delineamentos da metodologia da pesquisa, ou seja, o caminho percorrido na busca de respostas para as questões: Quais os cuidados necessários em saúde mental de crianças e adolescentes devem ser ofertados na Atenção Básica? O que os estudos existentes têm apontado como potencialidades e fragilidades? Quais práticas têm sido desenvolvidas nesse nível de atenção? E, por fim, *se e como* o profissional de Psicologia pode contribuir com um cuidado em saúde mental antimanicomial?

SEÇÃO 3 - DELINEAMENTOS E METODOLOGIA DA PESQUISA

Todas as produções teóricas, em especial na grande área das Ciências Humanas, são construídas a partir de preceitos filosóficos que, por sua vez, resguardam concepções de mundo, de homem e da relação entre ambos. Um exemplo é o da Psicologia Sócio-Histórica²⁰, que partiu das contribuições formuladas por Vigotski e seus colaboradores²¹ e segue se fundamentando na epistemologia do materialismo histórico dialético. Esta epistemologia é “[...] formulação filosófica cujos proponentes foram Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895), é o esteio sobre o qual a Psicologia Sócio-Histórica se desenvolve aliando-se aos ideais de superação do sistema político-econômico capitalista” (Martins, 2008, p.7) e entende que todos os fenômenos que constituem a realidade são materiais.

Nessa direção, a matéria é “o dado primário da existência e dela tudo depende, inclusive a consciência e o próprio pensamento humano” (Martins, 2008, p. 8). Para além, ao considerar a totalidade social Marx ensinou à psicologia que era possível superar a visão fragmentada dos fenômenos psíquicos, bem como a abstração e a atomização lógico formal que predominava na ciência psicológica, como afirmou Vigotski (1997, p. 387),

A possibilidade da psicologia como ciência é, antes de tudo, um problema metodológico. Em nenhuma ciência existem tantas dificuldades, controvérsias irresolúveis, uniões de questões diversas, como em psicologia. O objeto da psicologia é o mais difícil que existe no mundo, o que menos se deixa estudar; sua maneira de conhecer há de estar repleta de subterfúgios e precauções especiais para proporcionar o que dela se espera.

Para a concepção materialista histórico dialética de homem e de mundo, a organização dos homens durante sua existência se faz a partir do movimento e das contradições existentes nos modos de produzir e reproduzir a vida, em um processo complexo de superação e transformação do ser biológico em ser histórico e social.

Partindo dessas contribuições entendemos que só é possível analisarmos as questões que envolvem a SMIJ a partir da compreensão das relações sociais produzidas no bojo do

²⁰ O conceito definido para nominar esta teoria foi a de psicologia sócio-histórica, ao invés do comumente nome atribuído à escola russa liderada por Vigotski – histórico cultural. Lane considerou aquele ser o melhor conceito por julgar que a palavra social reforça a concepção marxista de sociedade atravessada pela luta de classes e a vigotskiana de materialidade e historicidade do fenômeno psicológico. Mas, ao denominar sócio histórico a teoria, tinha também a intencionalidade de mostrar sua relação com teoria vigotskiana, demarcando uma flexibilidade teórica ao construí-la à luz de pesquisas sobre a nossa realidade, especialmente as que demonstram de forma crucial a exploração e a dominação (Sawaia & Maheirie, 2014, p. 3).

²¹ Lev Semionovitch Vigotski (1896-1934), Alexis Nikolaevich Leontiev (1903-1979), Alexander Romanovich Luria (1902-1977), psicólogos soviéticos, proponentes da Psicologia Histórico-Cultural.

capitalismo, que está fundamentado na máxima exploração do trabalhador e da extração de mais-valia, subordinando a produção social da vida à reprodução ampliada do capital, com a busca do lucro a qualquer custo (Marx, 1867/1985). Não à toa, nessa sociabilidade a saúde foi transformada em mercadoria e as necessidades humanas têm estado, cada vez, mais subordinadas às necessidades do capital.

Para entender a construção da política pública de saúde mental no Brasil, e, no caso específico desta dissertação, do cuidado em saúde mental voltado às crianças e adolescentes na AB, é fundamental localizarmos tal construção em sua historicidade. Nesta direção, as análises aqui apresentadas pautam-se também em estudos críticos da saúde coletiva que compreendem o processo saúde-doença em uma relação dinâmica e interdependente com a realidade objetiva. Logo, todos os fenômenos humanos são determinados socialmente, pois “[...] são produtos da ação dos homens entre si no mundo; são simbolizados e possuem intenções e significados construídos nesse processo de existência” (Kahhale & Rosa, 2009, p. 35). A importância de compreendermos a determinação social de todos os fenômenos é expressa por Marx e Engels (2007) ao afirmarem que:

[...] não se parte daquilo que os homens dizem, imaginam ou engendram mentalmente, tampouco do homem dito, pensado, imaginado ou engendrado mentalmente para daí chegar ao homem em carne e osso; parte-se dos homens realmente ativos e de seu processo real de vida real para daí chegar ao desenvolvimento dos reflexos ideológicos e aos ecos desse processo de vida [...] (pp. 48-49).

Assim, ao nos dispormos a estudar o que já está objetivado no formato de produção acadêmica científica, apostamos no método materialista histórico dialético que afirma que o processo de desenvolvimento humano e social se dá a partir da apropriação do que foi produzido objetivamente e historicamente pela humanidade. Este processo de apropriação-internalização não se dá de maneira passiva, mas envolve um movimento dialético que parte do que está na realidade e nos cabe - enquanto seres ativos e sociais - atuar sobre ela, seja com mais ou menos consciência, pois,

As objetivações representam o resultado de uma ampla prática social efetivada pela produção e utilização de instrumentos, da linguagem, da ciência, da arte, da moral etc.; fixando-se como produtos da história passada e esteio da história futura. As apropriações na direção das aquisições desse patrimônio humano-genérico e por esta via, promovem a formação em cada indivíduo particular das características, possibilidades e condições objetivas de desenvolvimento alicerçadas pelas objetivações já efetivadas (Martins, 2008, p. 12).

Frisamos que, a partir das considerações brevemente apresentadas, entendemos que o conhecimento científico se desenvolve num movimento constante de produção, análise, crítica e revisão. Desse modo, conhecer o que vem sendo produzido cientificamente, o que já se sabe sobre a SMÍJ e sobre o cuidado necessário a ser ofertado na AB, é crucial para compreendermos avanços e limitações no campo, apontando para uma síntese superadora.

Retomamos nosso objetivo geral que foi refletir sobre os cuidados necessários em saúde mental de crianças e adolescentes na AB. Para atingir o objetivo proposto, trabalhamos com a pesquisa qualitativa, de revisão bibliográfica narrativa e exploratória. Para Gil (2002, p. 133), o processo de análise de dados qualitativos é caracterizado pela “[...] sequência de atividades, que envolve a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e a redação do relatório”. Este tipo de pesquisa busca a compreensão e a explicação do processo das relações sociais, ou seja, não se utiliza do estudo de variáveis, mas sim da gama de sentidos, valores, crenças que constituem os processos e os fenômenos que envolvem as relações (Minayo, 2001). Aplicada à saúde, a pesquisa qualitativa permite, entre outras coisas, a investigação das concepções do processo saúde-doença a partir da visão do ser humano como sujeito inserido em uma dada sociedade, permitindo ao pesquisador ser sujeito e objeto de sua própria pesquisa, o que por sua vez exige vigilância epistemológica e postura crítica em todo processo de estudo.

No que tange a importância de se realizar pesquisas teóricas e sistematizar estudos já existentes, Salina e Asbahr (2024) advertem que não podemos perder de vista que nessa sociabilidade “[...] de maneira geral, a produção do conhecimento está determinada pelo desenvolvimento do capitalismo e da expectativa de que este conhecimento atenda aos interesses do Capital, o que reverbera na realização da pesquisa teórica” (p. 690). Assim, falamos de um contexto histórico que ainda valoriza as pesquisas experimentais, a partir do modelo positivista de ciência, que muitas vezes nos afasta e nos leva a desvalorizar as denominadas pesquisas teóricas. Por outro lado, os autores lembram que essas pesquisas nos permitem continuar e aprofundar o conhecimento humano que já está sistematizado, sendo uma “[...] demanda que se faz ainda mais evidente conforme o desenvolvimento tecnológico, científico e filosófico avança, uma vez que é um meio de tornar mais acessível os produtos do gênero humano na sua relação com a realidade” (Salina & Asbahr, 2024, p. 692).

Nos valemos da revisão bibliográfica narrativa que não visa esgotar as estratégias de busca/levantamento e a seleção dos estudos a serem analisados seguem o critério de interesse do pesquisador considerando se esses estudos dialogam com os objetivos da pesquisa. Não analisaremos as produções (artigos, teses e dissertações) de forma isolada, mas inserindo-as no

contexto histórico e social em que foram produzidas. Buscaremos reunir e articular informações de estudos existentes sobre o tema, com vistas a identificar contribuições e lacunas, repetições e novidades, o que está aparente, desvelando o porquê de o estar. Para além do exercício descriptivo, mesmo não tendo a pretensão de esgotar toda literatura sobre o tema, buscaremos realizar uma análise reflexiva da produção científica existente.

No curso da dissertação, coerentes com o método, tomamos como ponto de partida a compreensão geral do movimento histórico acerca da assistência à infância brasileira para pensar, na sequência, sua inclusão no campo da saúde mental, considerando as contribuições da RP brasileira para a construção da lógica da Atenção Psicossocial como norteadora de um novo modo de cuidar em saúde mental. Feito esse percurso, acumulamos elementos para refletir sobre os cuidados necessários em saúde mental de crianças e adolescentes e que devem ser ofertados pela AB.

Sabemos que no campo da saúde mental as concepções médico-psiquiátricas ainda são hegemônicas, tanto na produção das interpretações acerca do processo saúde-doença, quanto na elaboração de políticas e propostas de manejo do sofrimento psíquico também na área da infância e adolescência. Nesta pesquisa pretendemos caminhar na direção oposta, ou seja, nos valer das contribuições daqueles que adotam a orientação marxista e também de autores críticos que deixaram legados importantes para a Saúde Coletiva e para a RP brasileira. A Saúde Coletiva²² subsidiou em partes o movimento da Reforma Sanitária e da RP, ajudando a construir concepções mais integrais de saúde e de saúde mental, indo além da lógica médico-psiquiátrica, compreendendo a saúde como processo social amplo e complexo, reconhecendo as condições de uma vida digna, a inclusão/reinserção social e promoção da saúde mental como um direito de todos.

Como destacado anteriormente, algumas perguntas nos trouxeram à presente pesquisa. Quais cuidados necessários em saúde mental de crianças e adolescentes devem ser ofertados pela Atenção Básica? O que os estudos existentes têm apontado como potencialidades e fragilidades acerca do cuidado em SMIJ? Quais práticas de SMIJ têm sido desenvolvidas nesse nível de atenção? E, por fim, *se e como* o profissional da Psicologia pode contribuir com um cuidado em saúde mental antimanicomial?

Para responder essas questões, traremos para o debate produções científicas nacionais que se debruçaram sobre o tema. Com o objetivo de um delineamento mais preciso da síntese

²² A Saúde Coletiva pode ser definida como um campo de saberes e práticas interdisciplinares que compreendem a saúde como um fenômeno social. Enquanto movimento político, deu bases para a luta pela Reforma Sanitária idealizar o SUS.

a ser desenvolvida, foi realizado um levantamento das teses e dissertações produzidas entre 2001 até 2024, através da busca no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. A delimitação desse período inicial se justifica por tomarmos como marco a aprovação da Lei nº 10.216, promulgada em 6 de abril de 2001 e o final - 2024 - por ser o ano limite para concluirmos essa etapa da pesquisa. A Lei nº 10.216 é considerada um marco na história do movimento da RP porque estabeleceu legalmente novas diretrizes para as políticas de saúde mental no Brasil ao prever a substituição progressiva dos manicômios por uma rede complexa de serviços de base territorial que tomassem o cuidado em liberdade como princípio fundante de todo processo terapêutico.

Adotando esse mesmo período, também levantamos publicações no formato de artigos científicos, tomando como critérios de inclusão: artigos científicos disponíveis online, na íntegra, que tinham como tema central a “*saúde mental infantojuvenil*” na interface com a “*Atenção Básica*”, publicados em periódicos da CAPES com avaliação *Qualis*, indexados nos bancos de dados nacionais LILACS, Pepsic, SciELO.

Esclarecemos que em um primeiro momento havíamos decidido priorizar publicações que trouxessem relatos de práticas de cuidado em SMIJ na AB. Contudo, dado número baixo de produções encontradas, decidimos acrescentar aqueles cujas discussões, mesmo que teóricas, que pudessem contribuir com a reflexão sobre os cuidados necessários e que devem ser oferecidos pela AB às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Os trabalhos selecionados para análise contribuíram para a compreensão tanto do contexto atual da saúde mental infantojuvenil no Brasil, quanto dos desafios que permanecessem e precisam ser enfrentados em um movimento coletivo.

3.1 RESULTADOS

Adotando os descritores *Saúde Mental Infantojuvenil - Atenção Básica/Atenção primária; Saúde Mental - Crianças-Adolescentes- Atenção Básica/Atenção primária*, encontramos três (3) dissertações e uma (1) tese desenvolvidas entre os anos de 2001 e 2024 que puderam ser incluídas para análise, em virtude de tratarem da temática vinculada ao objetivo da presente pesquisa. No levantamento de publicações no formato de artigos científicos encontramos vinte e dois (22) trabalhos que atenderam aos critérios de inclusão. Esclarecemos que não se trata de uma revisão sistemática e que por isso, alguns estudos podem ter escapado ao levantamento, pois nossa intenção não era esgotar todas fontes, nem explorar todos os aspectos dos trabalhos encontrados, e sim, como dissemos anteriormente, identificar como

poderiam contribuir com a reflexão sobre os cuidados necessários em saúde mental a serem ofertados pela AB às crianças e adolescentes.

A seguir, apresentamos dois quadros que agrupam as publicações incluídas na revisão. Além de dados básicos das publicações, compartilhamos os objetivos dos estudos tais quais foram apontados pelos autores.

Quadro 1- Pesquisa no Portal CAPES utilizando os descritores: Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) e Atenção Básica (AB)

1	
Autor/Ano	TEIXEIRA, M. R. (2015)
Título	Articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes e a Atenção Básica de saúde no marco do território: estudo exploratório qualitativo
Tipo de produção/ Orientação teórico-metodológica:	Dissertação/Estudo exploratório qualitativo
O objetivo principal deste estudo é descrever e analisar as estratégias e os desafios para a articulação entre CAPSi e AB. Nesta perspectiva, visa: identificar os fatores facilitadores e restritivos à implantação das ações entre o CAPSi e a Atenção Básica de Saúde; realizar, com profissionais de serviços da atenção básica do território selecionado, atividades de orientação e educação em saúde, abordando aspectos relacionados à saúde mental de crianças e adolescentes; aumentar a sensibilidade dos profissionais da atenção básica em relação à identificação de problemas de SMCA; construir referências para avaliar a articulação entre o CAPSi e a atenção básica.	
2	
Autor/Ano	LOURENÇO, M. S. de G. (2017)
Título	Saúde mental infantojuvenil: identificando realidades de municípios que não contam com CAPS infantojuvenil, a partir da Atenção Básica em saúde.
Tipo de produção/ Orientação teórico-metodológica:	Dissertação/Qualitativa descritivo exploratória
O objetivo deste estudo é compreender, sob a ótica dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), como os serviços de Atenção Básica em Saúde de municípios que não possuem CAPS infantojuvenil lidam com a demanda da Saúde Mental Infantojuvenil.	
3	
Autor/Ano	SANTOS, A. S. M. dos (2019)
Título	A saúde mental infantojuvenil e Atenção Básica: um estudo de caso
Tipo de produção/ Orientação teórico-metodológica:	Dissertação/Qualitativa descritivo exploratória

Os objetivos deste estudo são: analisar o cuidado efetivado a saúde mental infantil na Atenção Básica; Avaliar o cuidado em saúde mental infantil por meio da articulação com os NASF AB dentro da AB; Avaliar o cuidado em saúde mental infantil por meio da articulação entre a AB e demais pontos de atenção da RAS/RAPS (CAPS, ambulatórios de especialidade e hospitais); Analisar a implementação das diretrizes do SUS para o cuidado da saúde mental infantil nos casos propostos.

4	
Autor/Ano	FERNANDES, A. D. S. A. (2014)
Título	Cuidado em saúde mental infantojuvenil na Atenção Básica à saúde: práticas, desafios e perspectivas.
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Tese/Quali-quantitativa, triangulação de métodos
O objetivo deste estudo é identificar as implicações presentes no cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na ABS e as concepções de saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores de unidades de saúde neste nível de atenção à saúde. Objetiva ainda compreender em profundidade a realidade da saúde mental na ABS e revelar os desafios, perspectivas e potências neste nível de atenção à saúde.	

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Quadro 2- Artigos científicos utilizando os descritores: Saúde Mental; Crianças e Adolescentes; Atenção Básica; Práticas e Experiências

1	
Autor/Ano	BENETTI, S. P. da C.; RAMIRES, V. R. R.; SCHNEIDER, A. C.; RODRIGUES, A. P. G., TREMARIN, D. (2007)
Título	Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa bibliográfica
Realiza um levantamento da produção nacional sobre a saúde mental na adolescência, identificando as temáticas mais frequentes na área e destacando algumas características dos principais tópicos nesta faixa etária.	
2	
Autor/Ano	TANAKA, O. Y.; Lauridsen-Ribeiro, E. (2008)
Título	Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa de campo
O trabalho analisou a atenção prestada a 411 crianças de cinco a onze anos em uma UBS na cidade de São Paulo.	
3	
Autor/Ano	COUTO, M. C.V.; DUARTE, C. S.; DELGADO; P. G. G. (2008)
Título	A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa bibliográfica
Descreve e analisa a situação atual de desenvolvimento da política pública brasileira de saúde mental infantil e juvenil, com foco nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e na rede intersetorial potencial de atenção à saúde mental infantil e juvenil que engloba outras políticas relacionadas à criança e ao adolescente	

em âmbito nacional.	
4	
Autor/Ano	SANTOS, D. C. M. dos; JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A. de; QUEIROZ, M. V. O. (2011)
Título	Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infantojuvenil
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Revisão de literatura
Apresenta uma revisão de literatura dos artigos publicados a respeito da saúde mental de adolescentes no Brasil, entre janeiro de 2005 e abril de 2010.	
5	
Autor/Ano	PAULA, C. S., ZAQUEU, L., THAIS, V., LOWENTHAL, R., MIRANDA, C. (2011)
Título	Atuação de psicólogos e estruturação de serviços públicos na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes.
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa de campo
Descreve atendimentos, serviços e programas oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde a crianças e adolescentes da região da Sé-SP.	
6	
Autor/Ano	DELFINI, P. S. de S.; REIS, A. O. A (2012)
Título	Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa descritiva de natureza qualitativa, baseada em uma perspectiva hermenêutica.
Descreve e analisa as articulações que se realizam entre as equipes da ESF e de CAPSI da cidade de São Paulo, Brasil, tendo em vista as ações voltadas à atenção em saúde mental infantojuvenil.	
7	
Autor/Ano	TSZESNIOSKI, L. de C.; NÓBREGA, K. B. G. da; LIMA, M. L. L. T. de; FACUNDES, V. L. D (2015)
Título	Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa de campo
Identifica a rede de cuidados de crianças em sofrimento psíquico e desenvolver intervenções no território, apontando mudanças ocorridas a partir dessas ações.	
8	
Autor/Ano	TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. (2015)
Título	Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011)
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Estudo exploratório-descritivo, de base quantitativa, a partir de análise documental.

<p>Descreve e analisa as mudanças realizadas na rede de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes da cidade de Campinas, São Paulo, no período de 2006 a 2011, durante o qual foram realizadas diferentes ações para reorientação do cuidado.</p>	
<p>9</p>	
Autor/Ano	GOMES, F. M. DE A.; CINTRA, A. M. DE O.; RICAS, J.; VECCHIA, M. D. (2015)
Título	Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos.
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa qualitativa
<p>Analisa percepções e discursos de médicos sobre saúde mental infantil na APS.</p>	
<p>10</p>	
Autor/Ano	FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. (2016)
Título	Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde.
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa bibliográfica
<p>O estudo realiza um mapeamento da produção científica sobre as práticas em saúde mental desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.</p>	
<p>11</p>	
Autor/Ano	BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. (2016)
Título	Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação.
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa bibliográfica
<p>A partir do questionamento acerca do percurso histórico específico da saúde mental infantojuvenil e da participação de crianças e adolescentes nesse processo, foi feita uma revisão narrativa da literatura que busca evidenciar os momentos principais dessa trajetória, no que concerne à produção de políticas públicas e legislações.</p>	
<p>12</p>	
Autor/Ano	TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. (2016)
Título	Atenção básica e cuidado colaborativo na Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras.
Tipo de produção/ Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa de campo
<p>Analisa os facilitadores e as barreiras para o cuidado colaborativo entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi), no Rio de Janeiro/RJ.</p>	
<p>13</p>	
Autor/Ano	BATISTA, K. A., & OLIVEIRA, R. (2017)
Título	A saúde mental infantil na atenção primária: reflexões acerca das práticas

Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	de cuidado desenvolvidas no município de Horizonte -CE Pesquisa qualitativa
Reflete sobre práticas desenvolvidas por profissionais da APS no município cearense.	
14	
Autor/Ano	FATORI, D. et al. (2018)
Título	Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária.
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa quantitativa
Estima a prevalência de problemas de saúde mental em crianças atendidas na APS.	
15	
Autor/Ano	SILVA, J. F. da; MATSUKURA, T. S.; FERIGATO, S. H.; CID, M. F. B. (2019)
Título	Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde.
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa de campo
Identifica como tem ocorrido a Atenção Psicossocial de adolescentes em sofrimento psíquico segundo profissionais da Atenção Básica em Saúde (ABS).	
16	
Autor/Ano	ESSWEIN, G. C.; ROVARIS, A. F.; ROCHA, G. P.; LEVANDOWSKI, D. C. (2021)
Título	Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão integrativa da literatura brasileira.
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa bibliográfica
Caracteriza as ações voltadas à saúde mental infantil (SMI) no contexto da Atenção Básica (AB), a partir de uma revisão integrativa da literatura brasileira (2006-2017).	
17	
Autor/Ano	FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S.; LUSSI, I. A. de O.; FERIGATO, S. H.; MORATO, G. G. (2020)
Título	Reflexões sobre a Atenção Psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil.
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa bibliográfica e documental
Trata-se de um ensaio reflexivo, apresentado com base na análise de documentos institucionais e apontamentos da literatura científica que sustentam o aporte teórico da Atenção Psicossocial e o percurso histórico das	

transformações na assistência à saúde mental infantojuvenil no Brasil.	
18	
Autor/Ano	LOURENÇO, M. S. D. G.; MATSUKURA, T. S.; CID, M. F. B. (2020).
Título	A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios.
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa qualitativa
Discute percepções de gestores sobre desafios e possibilidades de cuidado.	
19	
Autor/Ano	FERNANDES, A. D. S. A.; SEBOLD, R. A.; MATSUKURA, T. S.; CID, M. F. B. (2020)
Título	Saúde Mental infantojuvenil e atenção básica à saúde: percepções de profissionais sobre as redes estabelecidas para o cuidado.
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa qualitativa
Examina percepções de profissionais sobre redes estabelecidas para cuidado em SM infantojuvenil.	
20	
Autor/Ano	FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (2022)
Título	A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado.
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa de campo
Identifica as concepções de gestores e/ou membros da equipe da Atenção Básica à Saúde sobre saúde mental infantojuvenil, assim como as suas afinidades, experiências e formação nesse campo.	
21	
Autor/Ano	FREITAS, A. P. C.; GUIMARÃES, C. F.; SUSIN, L. (2022)
Título	A Cidade e a Infância: Possibilidades da Saúde Mental na Atenção Básica.
Tipo de produção/Orientação teórico-metodológica:	Pesquisa qualitativa
Aborda as possibilidades da APS para acolher demandas da infância em sofrimento psíquico no contexto urbano.	
22	
Autor/Ano	PRAISNER, T.; CERVO, M. DA R. (2023)
Título	Saúde mental infanto-juvenil: o cuidado em municípios de pequeno porte.

Tipo de produção/ Orientação teórico- metodológica:	Pesquisa qualitativa
Analisa o cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios de pequeno porte.	

Fonte: Elaboração própria, 2025.

3.1.1 O percurso de análise das teses, dissertações e artigos encontrados na revisão bibliográfica sobre o tema ‘Saúde mental infantojuvenil - Atenção Básica em Saúde’

Após o processo de buscas e da leitura inicial dos materiais encontrados, foram selecionados para a análise uma (1) tese, três (3) dissertações e vinte e dois (22) artigos científicos que preenchiam os critérios de inclusão: trabalhos científicos publicados entre 2001 e 2024, disponíveis na íntegra, indexados nos bancos de dados nacionais - LILACS, Pepsic, SciELO - que intercruzavam a temática da saúde mental infantojuvenil com a Atenção Básica (AB).

Em um primeiro momento, apresentaremos um perfil geral das publicações encontradas, considerando ano, tipo de trabalho, orientação teórico-metodológica e objetivos referidos pelo(s) autor(es). Posteriormente, apresentaremos a análise do material que parte da sistematização das informações iniciais expostas nos quadros acima, avançando para uma discussão qualitativa do conteúdo encontrado. Para essa análise foram empregadas técnicas usuais de análise de conteúdo para identificar em cada texto o núcleo emergente que corresponde aos objetivos da pesquisa. Esse conjunto de técnicas envolveu leituras e interpretações guiadas pelas seguintes questões/sínteses: a) Na publicação há indicações sobre o cuidado necessário em saúde mental infantojuvenil a ser ofertado na AB? b) Qual a principal contribuição do trabalho para a presente pesquisa?

Desse processo análise-síntese, resultaram em dois (2) eixos de análise. O primeiro pretende identificar como os trabalhos que compõem a revisão bibliográfica entendem que deva ser necessariamente o cuidado em SMIJ ofertado na AB e quais tem sido as práticas mais comumente implementadas. O segundo eixo busca reconhecer quais são as maiores potencialidades e fragilidades que perpassam o cuidado em SMIJ na AB e procura tecer breves apontamentos acerca do *se* e *como* o profissional da Psicologia pode contribuir com um cuidado em SMIJ antimanicomial.

3.2 PERFIL GERAL DAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS ENCONTRADAS

Como já informamos, na revisão bibliográfica foram encontradas três (3) dissertações (Teixeira, 2015; Lourenço, 2017 e Santos, 2019); uma (1) tese (Fernandes, 2014) e vinte e um (21) artigos científicos (Benetti, 2007; Couto et al., 2008; Tanaka & Lauridsen-Ribeiro, 2008; Paula et al., 2011; Delfini & Reis, 2012; Tszesnioski et al., 2015; Gomes et al., 2015; Teixeira, Couto & Delgado, 2015; Frateschi & Cardoso 2016; Braga & Oliveira, 2016; Teixeira, Couto & Delgado, 2016; Batista, 2017; Fatori et al., 2018; Esswein et al., 2021; Silva et al., 2019; Fernandes et al., 2020; Lourenço, Matsukura & Cid, 2020; Fernandes et al., 2022; Freitas, Guimarães & Susin, 2022; Praisner & Cervo, 2023; Santos et al., 2011).

Com relação às dissertações e à tese, os estudos por meio de uma abordagem qualitativa, analisam práticas referentes à SMIJ evidenciando desafios e necessidades para o cuidado integral de crianças e adolescentes no âmbito da saúde pública. De modo geral, são trabalhos que focam no conhecimento sobre o cotidiano dos serviços de saúde e da atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir das diretrizes do SUS, como a territorialização, a integralidade do cuidado e a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). São trabalhos que analisam criticamente as potencialidades e os limites da articulação entre a AB e os serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Já entre os artigos, predominaram as revisões bibliográficas e as abordagens qualitativas e descritivas, com foco nos discursos de profissionais da ESF. Os temas discutidos tratam sobre a articulação entre a AB e os serviços especializados (CAPSi, NASF) e entre os diversos pontos da rede de atenção, apontam as práticas de cuidado em uma perspectiva psicossocial, no território, destacam a qualidade da formação dos profissionais da saúde, além de analisarem a percepção de profissionais e gestores sobre a atenção em SMIJ, a avaliação e a implementação de diretrizes e políticas públicas voltadas à SMIJ.

3.2.1 Eixo 1 - O cuidado em Saúde Mental de crianças e adolescentes ofertados na Atenção Básica (AB): entre o cuidado ideal e a realidade do cuidado

Como já apontamos anteriormente, não há como refletir sobre o cuidado em SMIJ na AB sem destacar que a efetivação das ações necessárias não pode destoar do ideário socializador do SUS, de seus princípios e diretrizes. Lembremos que o SUS foi concebido para ser um sistema com um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários

(universalidade, integralidade e equidade) e outros princípios organizativos que visam ordenar e operacionalizar o sistema (regionalização e hierarquização, descentralização de participação popular).

Também o cuidado em SMIJ não podem destoar do que propõe a lógica da Atenção Psicossocial, que decorrente das contribuições da RP, vem historicamente defendendo que é possível cuidar das pessoas em liberdade, tecendo redes e construindo coletivamente um outro lugar social para as pessoas que sofrem psiquicamente, sejam estas adultas ou crianças e adolescentes.

Contudo, a cultura da institucionalização que marcou a história da assistência à infância no Brasil ainda vigora. No contexto brasileiro a desinstitucionalização não se afirmou enquanto uma realidade social e crianças e adolescentes seguem sendo internadas, afastadas de seu território (seja sendo colocadas em comunidades terapêuticas, hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais) restando-lhes a segregação e o distanciamento de seus vínculos familiares e comunitários. Nesta toada, é inegociável a defesa da primazia do trabalho em rede e do cuidado em liberdade, que garanta efetivamente que o que tem sido há tempos idealizado na legislação e nos marcos regulatórios progressistas, não destoe da realidade.

De acordo com o estudo de Tanaka e Ribeiro (2007), vivemos em um mundo marcado pela desigualdade, numa sociedade dividida em classes e com acesso restrito aos bens materiais, sociais e simbólicos. Nesta conjuntura, defendemos que a saúde que não pode ser concebida como um estado, nem como algo interno/intrínseco, mas como um “processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um ‘viver desimpedido’, um modo de andar, ‘andar a vida’ prazeroso, seja individual seja coletivamente” (Tanaka & Ribeiro, 2007, p. 478).

É a partir desses pressupostos, ou seja, de que são as condições objetivas de vida que produzem tanto a saúde quanto a doença, que entendemos que a saúde mental de crianças e adolescentes, deve ser refletida, analisada e materializada. Algumas estimativas indicam que 10% a 20% da população infantojuvenil sofre de algum tipo de transtorno mental, e que destes 3% a 4% necessitariam de tratamento intensivo. Não temos a intenção de entrar no mérito da discussão dessas estimativas e dos dados da epidemiologia tradicional, que muitas vezes pendem para a leitura médico-psiquiátrica, mas anotar que a SMIJ é um tema complexo, que envolve múltiplas determinações e articula diversas situações e dimensões da vida humana, por isso devem ser melhor compreendidas e enfrentadas (Tszesnioski et al., 2015).

Para esse enfrentamento é preciso que ações de cuidado entrelacem as redes de apoio integradas e que os projetos terapêuticos valorizem a individualidade de cada criança e adolescente. Nesse sentido, este trabalho se propõe a analisar os cuidados necessários na SMIJ sob uma ótica mais ampliada, considerando que nos constituímos na e pelas relações que estabelecemos, que a depender do modo como nos inserimos socialmente, nosso desenvolvimento e nossa saúde serão integralmente processados. Logo, a prevenção e a promoção de ambientes saudáveis são fundamentais para um desenvolvimento humano mais pleno.

Um fato histórico que merece destaque é o recente quadro sanitário vivido mundialmente com a Pandemia de COVID-19. Sabemos que esse fato foi sentido singularmente em nosso país, e suas marcas “exacerbam a concentração da riqueza e a exclusão” revelando sequelas que puderam “ser detectadas na piora de indicadores de saúde, no incremento das desigualdades de acesso à educação e no aumento da violência doméstica” (Onocko-Campos, 2023, p. 4). Desde então, ante a realidade que se impunha, sustentar uma rede de cuidados, com ações que realmente atendessem às necessidades da população em suas diversas demandas, foi muito desafiante. Somando-se ao quadro caótico da Pandemia, assistimos desde 2017 a política de saúde acumular perdas de recursos, em um contexto de clara retração do financiamento e retrocessos em relação à construção de uma atenção em saúde integral, ideário que direcionava a AB até então.

Para mais, recobramos que com o movimento da RP o Brasil vem buscando a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental e a criação de uma rede comunitária de serviços substitutivos. No estudo de Fernandes (et al., 2022) destaca-se que o início dos anos 2000 colocou no centro dessa rede os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas

[...] a literatura tem sinalizado para uma série de lacunas e fragilidades no que tange ao cuidado proposto e ofertado no âmbito da Atenção Psicossocial como, por exemplo, o trabalho em rede e intersetorial, a formação profissional, a falta de direcionamento político, entre outras (Fernandes et al., 2022, p. 3).

Assim, após anos angariando experiências e buscando implantar e implementar uma rede substitutiva, foi se tornando cada vez mais evidente a urgência de a AB se responsabilizar por todos os usuários de sua área de abrangência, inclusive por aqueles que sofrem psiquicamente, assumindo a coordenação e o ordenamento do cuidado em saúde mental no seu território, sem deixar de lado as crianças e adolescentes.

Como destaca Yasui (2010) a essência do trabalho em saúde é o cuidado que se efetiva no encontro entre o trabalhador e o usuário, extrapolando o “tratar a doença” e remetendo “a

um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro” (p.119). Nesta direção, como abordamos anteriormente, espera-se que as equipes da AB conheçam e invistam na vinculação com as famílias do seu território, acolham, ofereçam escuta qualificada, identificando as queixas e necessidades que perpassam as experiências de sofrimento psíquico, além de ações de cuidado continuadas e voltadas à saúde como um todo. Assim, ela deve se responsabilizar inclusive por aqueles casos mais graves e persistentes que precisam de acompanhamento e de estratégias diversificadas.

Segundo o estudo de Silva et al. (2019) encontrado no levantamento, mesmo que o trabalho realizado em rede seja fundamental para um cuidado integral e mais exitoso, a articulação entre os diferentes pontos da RAPS ainda é considerada precária e pontual. As dificuldades no acolhimento e a escuta qualificada podem indicar também para a importância do Apoio Matricial na AB, que por estar presente no território, tem mais condições de tecer os contatos, fortalecer o vínculo com os usuários e enfrentar a fragmentação do trabalho.

Para acompanhar efetivamente a população que mais precisa de cuidados em saúde mental, a AB precisa conhecer a realidade de seu território, mapear e compreender suas características socio-sanitárias, com vistas a obter informações que contribuam para o planejamento e implementação de ações estratégicas voltadas às reais necessidades das pessoas que habitam aquele lugar. Trata-se de um novo modo de fazer saúde/saúde mental, que retira os profissionais dos muros institucionais e os aproxima da dinâmica da vida em comunidade.

Contudo, estudos apontam que entre alguns obstáculos para esse modo de cuidar, estão desde uma referida falta de habilidades e atitudes dos profissionais para atuar com as demandas de saúde mental, até a incapacidade de formação de vínculo, uma não afinidade com a área, um não saber trabalhar em equipe, que envolve, entre outras coisas, o desconhecimento do próprio campo da saúde mental e das especificidades da SMIJ.

Entre os trabalhos que compõem nossa revisão bibliográfica, encontramos o estudo realizado por Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2008) que indicou que pediatras apresentam baixa sensibilidade para reconhecer problemas de saúde mental em crianças. Outros trabalhos acrescentam que alguns profissionais da AB não valorizam ou reconhecem a SMIJ e que “[...] há desconhecimento sobre o modo de cuidado, dificuldade técnica, dificuldade de acesso dessa população a esse nível de atenção à saúde e de articulação com a rede” (Fernandes et al., 2022, p. 4), indicando que o trabalho que vem sendo desenvolvido muitas vezes conserva uma perspectiva biomédica e psiquiátrica, mesmo que a Reforma Sanitária e a RP tenham ajudando a ampliar a concepção de saúde mental e considerar o papel dos denominados determinantes sociais da saúde.

No trabalho de Fernandes et al. (2022) os pesquisadores observaram que dos 53 profissionais (gestores e membros de equipes da AB) envolvidos na pesquisa, 46% afirmaram ter pouca ou nenhuma afinidade ou não gostar de atuar na área; 28% demonstraram ter afinidade e 26% declararam ter aproximação com a área por motivos que envolviam política ou gestão. Entre os sujeitos da pesquisa o maior número era de enfermeiros, seguidos por dentistas, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistente social, farmacêutico, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. A maioria dos participantes afirmou nunca ter tido experiência em cuidado à SMIJ. Ademais, a pesquisa também identificou que o desconhecimento sobre a saúde mental influencia a denominada falta de afinidade, gerando medo e estranheza diante do desconhecido, impactando a capacidade de trabalhar com a complexidade do sofrimento psíquico, pois,

[...] o campo da saúde mental na ABS tem como desafio trabalhar com usuários em sofrimento psíquico e seu mundo real, de forma que esse cuidado é complexo, pois há um atravessamento entre o território geográfico e o território existencial, sendo necessário habitar mundos criados por pessoas que vivenciam experiências diferentes. Devido à falta de embasamento e referenciais teórico-técnico-assistenciais que sustentem a prática, as ações são permeadas por concepções fantasiosas, baseadas no senso comum e estereotipadas sobre o sofrimento psíquico. Assim, quando se deparam com situações em que é preciso se envolver, aproximar e dispor de outras tecnologias leves de cuidado sob sua responsabilidade, os profissionais se sentem despreparados, prevalecendo o medo e a estranheza diante do desconhecido, pela falta de afinidade com o campo, até então distante de suas práticas e formação profissional (Lucchese et al., 2009 citado por Fernandes et al., 2022, p. 9).

A falta de afinidade referida pelos profissionais da AB parece se articular com o desconhecimento da realidade do próprio território onde atuam e consequentemente, da população pela qual são responsáveis. Logo, questiona-se, considerando a inegável existência de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e/ou em sofrimento psíquico (Tszesnioski et al., 2015), onde tais sujeitos se encontram, como tem se dado o acesso deles à rede de saúde, já que os profissionais da AB, que deveriam conhecê-los e acolhê-los, referem desde a falta de formação/conhecimento até a falta de experiências junto dessa população.

O estudo de Fernandes et al. (2022) ressalta que é preciso ampliarmos a concepção de SMIJ, pois esta impacta diretamente no cuidado e na gestão deste cuidado, sendo urgente avançarmos na formação profissional e na educação permanente dos trabalhadores da AB. Apontam também a importância de expandirmos espaços e oportunidades de “discussão e

reflexão sobre saúde mental por meio do acompanhamento de casos [...], bem como a priorização do apoio matricial enquanto metodologia de trabalho na AB”, pois tais experiências “ampliariam as estratégias e práticas de cuidado junto a esse público” (Fernandes et al., 2022, p. 9).

A pesquisa de Tzsesnioski et al. (2015) constatou essa questão na prática. Após as intervenções formativas realizadas junto a AB, os autores afirmam que houve uma ampliação e um fortalecimento da rede de cuidados. Observaram que com a inclusão das equipes do NASF no apoio à equipe da AB, houve o restabelecimento do vínculo de algumas crianças com a escola e com os serviços especializados, além de melhorias significativas na intensidade dos vínculos com seus respectivos núcleos familiares. O estudo apontou também para a importância de a AB materializar-se como a porta de entrada e a ordenadora da rede de cuidados em SMIJ, promovendo sua continuidade e integralidade.

Lourenço (2017) pesquisou como profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), de municípios que não possuem CAPSi lidam com a demanda SMIJ, concluindo que as poucas ações de cuidado direcionadas à essa população envolviam a atuação do NASF e os atendimentos clínicos individuais realizados pelo médico ou enfermeiro, ou seja, o cuidado mantém a lógica biomédica e médico-centrada. Tais considerações reiteram para nós a importância de tomarmos o acolhimento como fio condutor do processo do cuidado e o vínculo como condição para construção de um trabalho efetivo, um olhar mais ampliado para a saúde mental que extrapole abordagens pontuais que não se limitem a resolução simples da queixa inicial *versus* conduta.

Sobre hegemonia das ações pontuais, em seu estudo Santos (2019) observou que o acolhimento às demandas de SMIJ na UBS em que realizou a pesquisa, ocorriam por meio das consultas de rotina agendadas e de visitas domiciliares, comumente realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Para mais, observou que muitos casos sequer chegam ao conhecimento das equipes da AB, que acabam tomando ciência de alguns através da notificação judicial ou por meio de reuniões de saúde mental quando envolvem casos de maior gravidade.

Desse modo, o cuidado SMIJ necessário na AB deve contemplar ações de promoção, prevenção e atenção em saúde mental, considerando a individualidade das vivências dessa população. Esse cuidado deve ser implementado, pela via da articulação com toda rede intersetorial, fomentando o investimento na formação dos profissionais, além do planejamento e aplicação de estratégias de acolhimento compatíveis com o universo infantojuvenil. Ademais, esse cuidado demanda linguagens e recursos que caminhem ao encontro das suas necessidades.

Em tempo, buscando sintetizar as práticas de SMIJ relatadas nas publicações e apontadas como as mais comuns na AB, vemos que algumas foram colocadas em evidência como: **1)** Práticas desenvolvidas por meio da ESF e da AB como escuta qualificada e interação com as famílias discutidas por Gomes et al. (2015); Silva et al. (2019) e Batista e Oliveira (2017); **2)** Acolhimento e acompanhamento longitudinal com monitoramento contínuo dos casos de sofrimento psíquico como abordado por Teixeira (2015), Teixeira et al. (2015), Fatori et al. (2018) e Lourenço (2017); **3)** Grupos terapêuticos e/ou rodas de conversas com crianças, adolescentes e familiares como apresentados por Fernandes et al. (2014) e Freitas et al. (2022); **4)** Identificação e articulação de redes como discutido por Tszesnioski et al. (2015) e Praisner e Cervo (2023); **e)** Estímulo e incentivo à reinserção social por meio de atividades artístico-culturais, como destacados nos estudos de Santos et al. (2011), Fernandes et al. (2020), Lourenço et al. (2020) e Praisner e Cervo (2023); **5)** Atividades de formação de profissionais, familiares, equipes e comunidade sobre a saúde mental como estudado por Teixeira (2015), Esswein et al. (2021), Couto et al. (2008), Braga, D’Oliveira (2016); **6)** Apoio técnico e pedagógico ofertado aos profissionais da AB e suporte às equipes na condução de casos, como abordado por Santos (2019), Fernandes (2014, 2020), Teixeira (2015); **7)** Encaminhamentos para serviços especializados como apontados por Delfini, Reis (2012) e Teixeira et al. (2016);

Recobramos que ao longo desta dissertação procuramos demonstrar como com avanço do SUS e da RP brasileira o cuidado em SMIJ antimanicomial, consonante com a lógica da Atenção Psicossocial, é um cuidado que reconhece que a AB é a porta de entrada ao sistema de saúde, se faz em liberdade e olhando para a saúde das pessoas em sua integralidade. Desse modo, resumidamente podemos afirmar que se trata de um modo de cuidar em saúde mental cujas ações devem garantir o acesso e acompanhamento contínuo àqueles que precisam, avançando para o contexto onde esses sujeitos vivem, e para tanto, é preciso que a equipe da AB conheça e sistematize as informações sobre os casos que demandam cuidado em saúde mental em cada território. A AB precisa investir no vínculo, acolhendo quem e quando as pessoas necessitarem, implicando-se inclusive no acompanhamento daqueles casos considerados mais graves e persistentes.

Para se contrapor ao modo manicomial, tal cuidado e as ações que o compõe, não podem ser de responsabilidade de apenas um ou outro profissional, devendo ser planejado e compartilhado entre a equipe da AB, a rede inter e intersetorial. Essas premissas, entendemos, não podem ser desconhecidas ou desconsideradas por nenhum profissional que atua na rede substitutiva de saúde mental, em especial daqueles que fazem a AB acontecer.

Em síntese, até esse momento, os estudos encontrados apontam que o cuidado real em SMIJ na AB ainda caminha a passos lentos. Poucos são os estudos que dão enfoque ao tema, assim como os estudos existentes apontam que não há uma compreensão mais abrangente da especificidade do cuidado em SMIJ no cotidiano de trabalho dos profissionais das equipes da AB que atuam junto à essa população. Aqueles que vivenciam a experiência do sofrimento psíquico ou não são conhecidos da equipe da AB ou são relegados à ações pontuais e fragmentadas. Logo, apesar das conquistas e potencialidades do SUS e das contribuições da RP, muitos são os desafios e as fragilidades que envolvem o cuidado em SMIJ, como veremos a seguir.

3.2.2 Eixo 2 – Refletindo as potencialidades e fragilidades que perpassam o cuidado em SMIJ na Atenção Básica (AB) e o papel do profissional psicólogo nesse contexto

Articulando com as discussões iniciadas no eixo anterior, observamos que os princípios e diretrizes do SUS, bem como a desinstitucionalização como premissa do cuidado em SMIJ, permanece como um ideal a ser alcançado. Neste eixo reforçamos algumas potencialidades já discutidas em outros momentos da dissertação, além de identificar algumas fragilidades que perpassam o processo de cuidado e se convertem em obstáculos para a consolidação da lógica da Atenção Psicossocial.

Alguns desafios se avolumam a partir da nossa própria realidade geográfica. Sendo o Brasil um país de proporções continentais, as práticas de cuidado em saúde mental acabam sendo muito variadas, mesmo partindo de uma mesma orientação política do Ministério da Saúde. As condições materiais dos territórios impactam na implementação das ações e está conjuntura foi evidenciada na revisão bibliográfica realizada para este estudo e cujos resultados apresentamos aqui.

O cuidado em SMIJ não é uma tarefa exclusiva dos ditos especialistas, ou seja, não diz respeito a um único grupo de profissionais considerados mais especializados e competentes. Para sua construção, esse cuidado pleiteia um trabalho coletivo, que deve ter na AB a coordenação e ordenação. Nesse sentido, na perspectiva do que se entende por cuidado em SMIJ, a lógica da Atenção Psicossocial vai destacar, para além daquelas ações notoriamente técnicas e curativistas, que o trabalho deve ser em equipe, em rede e ter uma base comunitária (Ministério da Saúde, 2013). Assim,

O cuidado à infância e adolescência é marcado não só por intervenções rotineiras a disfunções ou a patologias específicas, tal como a prática de um pneumologista que se

ocupa dos pulmões e de suas necessidades correlatas. Aquele cuidado é, antes de mais nada, pautado por um zelo do crescimento, do desenvolvimento e do esforço em propiciar a oportunidade de formar-se um adulto saudável em todas as suas dimensões (Almeida, 2019 citado por Santos, 2019, p. 39).

Na revisão bibliográfica realizada alguns estudos colocam em evidência que o cuidado em saúde mental especialmente o voltados aos adolescentes é deveras desafiante, desnudando grande fragilidade dessa rede. A adolescência tem sido apontada por alguns autores como um período de vulnerabilidade ante o sofrimento psíquico, que pode culminar no aumento nos índices de depressão, transtornos alimentares, uso abusivo de álcool/drogas e, em especial, casos de suicídios. Apesar dessa referida vulnerabilidade, pesquisas encontradas apontam que a fragilidade no acesso desses sujeitos aos atendimentos se repete nos serviços como os CAPSi's. E, apesar do potencial da AB já evidenciado - à inserção no território, que deve compor e ordenar as redes de suporte - isso ainda não tem ocorrido. A estigmatização da adolescência e sua marginalização histórica na política de saúde, a escassez na produção de conhecimentos, bem como o estigma somado à complexidade do próprio tema, ajuda a explicar parcialmente essa realidade (Silva et al., 2019).

Lembramos que adolescência tem sido compreendida historicamente de maneira bastante naturalizada e que a psicologia tem contribuído para tanto. De acordo com Bock (2004), autores como Erickson seguido por outros como Aberastury e Knobel, conceituaram a adolescência naturalizando os processos vividos como se fossem universais e abstratos, enfatizando os problemas ou dificuldades que essa população enfrenta decorrentes das características deste momento do desenvolvimento humano. No entanto, Bock (2004) acrescenta ao debate questionando a forma como estudos têm conceituado as características dadas à adolescência, desconsiderando seu processo de construção e significação social.

Na perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica não se excluem as transformações biológicas da puberdade, que produzem marcas singulares, principalmente no corpo. No entanto, comprehende-se a adolescência com base na realidade concreta, a partir das condições sócio-históricas em que esses sujeitos estão inseridos. É essa base que fornece os significados e constitui os sentidos arrolados na construção da subjetividade. Assim, comprehendemos que quando abordamos o fenômeno da saúde mental, [...] “do mesmo modo que infância e adolescência não são categorias universais, o conceito de saúde/doença mental também não pode ser generalizado nem tampouco circunscrito” (Zaniani, 2015, p. 47).

Para mais, lembramos que a RP é um processo social complexo, inacabado. Na contramão da lógica psiquiátrica e da institucionalização como única ou melhor saída, as

práticas de cuidado em SMIJ que hoje são/estão efetivadas se originaram desde o movimento sanitarista, cujas intervenções se baseiam nos chamados fatores de risco e de proteção, com foco nas vulnerabilidades. Nessa direção, em um dos estudos encontrados na revisão, Santos (2019) coloca a defesa que sejam assistidas as diversas dimensões que circundam o existir de crianças e adolescentes e de seus cuidadores, reiterando que a AB é privilegiada, pois está inserida no lugar em que a vida está sendo tecida. Pelas contribuições trazidas pela autora entendemos que a própria AB é potente justamente porque precisa estar no território não apenas como uma presença física, mas que sua potencialidade envolve o estar próxima de “tudo o que se relaciona aos sujeitos, como a casa, a escola, a igreja, o clube e suas inter-relações, ou seja, os territórios existenciais” (Santos, 2019, p. 43).

Junto à AB, a atenção especializada do NASF-AB (hoje denominada E-multi), CAPS, ambulatórios de especialidade, hospitais de referência, entre outros, devem formar uma rede corresponsável e articulada para atender as necessidades em saúde de modo geral. Entretanto, para que a AB cumpra com seu mandato, é fundamental poder contar com a outras políticas como a da educação, justiça, cultura, entre outros, ampliando, enriquecendo o cuidado, analisando e modificando as vulnerabilidades presentes no seu território. Logo, como vimos destacando, a lógica do encaminhamento sem compromisso ou irresponsável deve ser substituída por uma postura de implicação de toda rede com o coletivo no sentido de atuar sobre a realidade e prevenir os agravos daqueles casos que necessitam de uma atenção continuada (Ministério da Saúde, 2013).

Seguindo ainda a discussão das produções científicas encontradas, outras igualmente tomam a adolescência como foco. Citamos um estudo que olhou para os sintomas depressivos de adolescentes de um município de pequeno porte e acabou por evidenciar a falta de uma estrutura adequada que promova melhores perspectivas de futuro à essa população, além da falta de espaços públicos ou privados mentalmente saudáveis e o pouco acesso a um sistema público de saúde mental verdadeiramente acolhedor e resolutivo. Outros fatores ligados aos chamados sintomas depressivos em adolescentes incluídos são o aumento do tempo de uso de telas, principalmente em jogos eletrônicos, não frequentar espaços de convivência coletiva, uso de drogas lícitas (tabaco, álcool e narguilé), não praticar esportes; quadros de ansiedade; casos de depressão na família e ser do sexo feminino. Tais fatores foram apontados em estudos mais recentes acerca da atual realidade da saúde mental brasileira, em especial nos tempos da Pandemia de COVID-19 (Bernardineli et al., 2021; Loades et al., 2020; Miliauskas & Faus, 2020).

Sobre o denominado risco à saúde mental, é importante mencionar que por muito tempo o desenvolvimento de estratégias de cuidado e prevenção se basearam exclusivamente na observação dos chamados fatores de risco. Apesar de ser um conhecimento valioso, o conceito de risco, isoladamente, não dá conta de explicar os processos de saúde-doença, nem de garantir os resultados esperados quando associado às ações de promoção e proteção da saúde (Ayres, 2006). Diante das limitações do conceito de risco, cunhou-se o conceito de vulnerabilidade que considera que a chance de exposição dos indivíduos ao adoecimento não depende somente de aspectos individuais, mas sobretudo do resultado de um conjunto de fatores que abrangem aspectos coletivos e contextuais (Ayres, 2006).

Assim, adotar a concepção de vulnerabilidade resguarda todo uma potencialidade à medida que envolve a articulação de três eixos interligados, a saber: a) dimensão individual da vulnerabilidade: para a qual todos os indivíduos são suscetíveis, considerando aspectos próprios da vida de cada um, que podem contribuir para o adoecimento. Essa dimensão relaciona-se ao nível de conhecimento que os indivíduos possuem sobre a origem do adoecimento e como as práticas culturais incorporam efetivamente em práticas individuais de proteção; b) dimensão social da vulnerabilidade: define padrões que produzem a vulnerabilidade individual como aspectos morais, culturais, religiosos, organizacionais, diretrizes políticas e governamentais, levando em consideração que saber das práticas de proteção e cuidado não dependem exclusivamente do indivíduo e; c) dimensão programática ou institucional da vulnerabilidade: objetiva avaliar como as instituições atuam em determinadas circunstâncias sociais.

Recuperamos aqui essas reflexões acerca do conceito de vulnerabilidade porque, como assinala Santos (2019), no campo da saúde (e entendemos que também de outras políticas públicas) precisamos seguir questionando quais condições reais estão sendo disponibilizadas para superação daquilo que vulnerabiliza ou se seguimos ampliando e aprofundando as condições reais de existência, que produzem grande parte dos processos de sofrimento/adoecimento psíquico na infância e adolescência.

Outra questão relevante, segundo Santos et al. (2011), é o fato da política de saúde mental para adolescentes no Brasil frequentemente os agrupar junto com as crianças, sem uma delimitação ou critério cronológico objetivo que os distinga. Essa reflexão nos parece apropriada, pois é preciso reconhecer que o adolescente em sofrimento psíquico é um sujeito que vive em um contexto objetivo/concreto e subjetivo. Essa falta de distinção entre crianças e adolescentes pode fragilizar ou dificultar o planejamento de ações e estudos específicos²³.

²³ Essa defesa tem feito com que os CAPSi's passem a adotar a sigla CAPSij.

Relembramos que o cuidado em saúde mental destinado às crianças e adolescentes permaneceu por muito tempo marginalizado (Couto & Delgado, 2015; Fernandes et al., 2020) e que a não diferenciação e reconhecimento de que esses sujeitos sofrem psiquicamente tem contribuído tanto para o negligenciamento da existência de sofrimentos com diferentes tipos e graus de intensidade, quanto para o não investimento em estruturas e suportes ampliados e adequados para demandas mais complexas, ao se focar apenas em transtornos severos e persistentes como critério de elegibilidade para os CAPSi.

Acerca da saúde mental dos adolescentes, muitos pesquisadores têm chamado a atenção para a defasagem de políticas públicas de saúde com foco na juventude. Como já anotamos, muitos estudos reforçam a visão patologizante acerca de seus comportamentos, intitulando esses sujeitos como ‘problemáticos’, ou, em ‘crise’, enfatizando o acesso à saúde mental cada vez menos pelo viés do direito, principalmente sem estratégias que promovam a integralidade do cuidado (Santos et al., 2011; Jimenez, 2011; Couto et al., 2008; Mello & Barzaghi, 2018).

Em uma pesquisa realizada por Teixeira et al. (2017) em uma região do município do Rio de Janeiro-RJ, foi observado que, na prática cotidiana do cuidado em saúde mental das ESF’s, as ações que envolvem a área da infância e adolescência são raras, e quando ocorrem, não são oriundas de políticas de saúde já instituídas, muito menos de pactuações entre a gestão da saúde/saúde mental e os serviços, dependendo em sua maior parte de ações espontâneas e iniciativas dos próprios trabalhadores.

Como apontamos anteriormente, alguns dos impasses que impedem a consolidação de um cuidado em SMIJ na lógica da Atenção Psicossocial envolvem desde a baixa qualificação dos profissionais da AB para lidarem com as demandas infantojuvenis, até a falta de informação acerca de quais serviços que são ofertados a esse público no território, tanto na área de abrangência da saúde quanto em outros setores. Desse modo, mais uma vez, deparamo-nos com uma fragilidade que se relaciona com o desconhecimento de quem deveria conhecer, caracterizar a demanda, planejar e facilitar o acesso dessa população ao sistema de saúde e a efetivação de ações de promoção de saúde mental (Teixeira et al., 2017).

Tomar como ponto de partida a compreensão de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, que merecem acolhimento e serem incluídas em uma rede de cuidados que garanta condições para um desenvolvimento integral, como vimos destacando, são condicionantes da efetivação da lógica da Atenção Psicossocial. A despeito dessa compreensão, ações que avancem para fora dos muros institucionais, alcançando o território, ainda são raras e a maior parte delas ocorrem em formato ambulatorial, que por sua vez, reproduz a lógica manicomial. Para Fernandes et al. (2020) a assistência ofertada no campo da SMIJ segue defasada quanti e

qualitativamente, sendo que entre os maiores desafios do campo estão os de ordem política e estrutural, perpassando também aqueles relacionados à formação e atuação profissionais, como já discutido no eixo 1.

Em um trabalho que aborda entre outras coisas a interface AB-CAPSIs, Teixeira et al. (2015) discutiram contribuições e avanços na reestruturação dos CAPSi na cidade de Campinas/SP entre 2010 e 2011. De acordo com os autores, essa reestruturação trouxe avanços significativos, especialmente na articulação do CAPSi com a AB. O estudo refere que a principal mudança foi um aumento de 300% nos encaminhamentos da AB para os CAPSi, que desembocou em uma queda da judicialização do cuidado, com os encaminhamentos feitos pelo Conselho Tutelar diminuindo significativamente. Para os autores, as estatísticas que se seguiram à reestruturação demonstraram uma maior integração entre os serviços da rede intersetorial, alinhando-se ao entendimento de que a AB deve coordenar e ordenar o cuidado em SMIJ.

Para mais, o estudo refere outras mudanças como aumento de usuários em acompanhamento regular e uma queda relativa do abandono do tratamento. Tais dados, segundo os autores, sugerem que a territorialização dos CAPSi's e a vinculação à AB melhoraram a adesão ao tratamento. Logo, a reorganização dos serviços sob uma lógica territorial, com cada CAPSi cobrindo 50% do município, permitiu maior capilaridade e melhor redistribuição das demandas de saúde mental nos respectivos territórios. Todavia, o estudo também apontou limitações e críticas que avançam na direção de questões estruturais que precisam ser mencionadas, como uma frágil participação da educação nesse processo. Para os autores tal fragilidade reflete a falta de articulação da rede intersetorial, que viola o princípio da proteção integral previsto há tempos pelo ECA e pela proposta de uma política de cuidado em SMIJ menos fragmentada.

Para Teixeira et al. (2015), a persistência de um alto índice de abandono do tratamento (37,5%) mesmo após as reformas, expõe falhas na construção de vínculos e na elaboração de projetos terapêuticos eficazes. Outra questão identificada foi um viés de gênero e faixa etária nos atendimentos: 75,3% dos usuários eram do sexo masculino e os adolescentes (15-19 anos) predominavam (42,8%), que indicaria uma subnotificação de meninas e crianças menores, revelando barreiras de acesso para esses grupos específicos, como o exemplo de meninas com sofrimento internalizado.

Outro trabalho analisado na nossa revisão bibliográfica foi o de Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2008), que apresentaram um estudo realizado com 411 crianças de cinco a onze anos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Paulo, com o objetivo de demonstrar o desafio

de incorporar ações de saúde mental na AB. Os resultados clínicos foram comparados com o inventário de sintomas *Child Behavior Checklist* (CBCL) e realizaram também entrevistas com pediatras, concluindo que tais profissionais tinham baixa sensibilidade para reconhecer problemas de saúde mental em crianças e que apenas 25,3% destas com provável problema de saúde mental foram detectadas a partir dos atendimentos realizados na AB.

No referido estudo os diagnósticos médico-psiquiátricos e sintomas circunscreviam transtornos do desenvolvimento, da linguagem, enurese, bruxismo, entre outros, sendo que outros problemas de saúde mental eram raramente considerados, mesmo quando os familiares apresentavam suas suspeitas. Para Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2008) isso se deve principalmente às lacunas na formação profissional e, por vezes, a falta de possibilidades de intervenção concretas diante de uma dada queixa ou hipótese diagnóstica. As entrevistas com os pediatras indicaram que, apesar de reconhecerem a importância de uma assistência integral e biopsicossocial, se sentiam incapacitados para lidar com questões de saúde mental, sendo mais resolutivos quando atuavam em conjunto com outros profissionais. Para mais,

Os próprios médicos elencam as possíveis causas destas dificuldades, que passam pela linguagem hermética do campo da saúde mental (em especial da psicanálise), pelas características de personalidade do próprio profissional e, principalmente, por falhas na formação profissional. As deficiências estão presentes desde a formação básica (faculdade de medicina), em que os aspectos psicológicos e emocionais da prática médica são relegados a um segundo plano. Por outro lado, as tecnologias de intervenção frente aos problemas detectados privilegiam medicamentos e intervenções ‘armadas’, e valorizam pouco outros tipos de abordagens (Tanaka & Lauridsen-Ribeiro, 2008, p. 481).

Para os pesquisadores supracitados, a reorganização da AB deveria oferecer apoio técnico qualificado em saúde mental e de incorporar outras tecnologias como o acolhimento e a escuta qualificada, que como já discutimos, são tecnologias de cuidado relacionais, consideradas como as mais adequadas quando falamos de saúde mental na lógica da Atenção Psicossocial. Outra questão fundamental para os autores seria a ampliação do conceito de saúde e doença, incluindo os aspectos psicossociais nas práticas cotidianas da AB. Por fim, Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2008) concluíram que para superar a abordagem exclusivamente biológica, seria necessário incluir efetivamente práticas em saúde mental na AB, iniciando mudanças na formação dos profissionais de saúde, na organização do processo de trabalho e na articulação intersetorial para um cuidado em saúde menos fragmentado, mais compartilhado e integral.

Muitos estudos apontam a falta de conhecimento em saúde mental e do próprio ideário da RP e seus princípios, como elemento dificultador da implementação da lógica da Atenção Psicossocial. Mas, recuperamos aqui uma importante contribuição de uma pesquisa que vislumbrou analisar os percursos das práticas em saúde mental desenvolvidas na AB. Trata-se da pesquisa de Luzio e L'Abbate (2009) na qual as autoras analisaram como o SUS contribuiu para a implementação da RP em algumas localidades, especificamente, nos municípios de Cândido Mota-SP e Assis-SP, cidades cujos serviços de saúde mental já estavam à época bem estruturados.

A pesquisa destacou que os gestores municipais, mesmo conhecendo os princípios da RP, não garantiam a oferta de um modo integral de cuidado com o argumento de que não dispunham dos recursos financeiros necessários. Outro desafio identificado foi a falta de participação efetiva dos usuários e suas famílias, indicando a ausência de estratégias de fortalecimento de participação social, bem como o descompromisso dos gestores com a política de saúde e a implantação de propostas. Tais constatações, segundo Luzio e L'Abbate (2009), confirmavam que a atenção em saúde mental não era prioridade para eles.

Outra questão destacada pelas autoras foi a dualidade de concepções sobre sofrimento mental. De um lado, identificaram uma concepção tradicional vinculada ao modelo manicomial, com defesa da internação e da medicação e, de outro, uma concepção que compreendia a produção da saúde mental como histórica e social, com a defesa da garantia de direitos e reinserção social. Logo, afirmam que a implementação de novas práticas em saúde mental, após a RP, vinha se dando em meio à contradições e permanências, alertando que “[...] o processo de desinstitucionalização e a superação do modelo manicomial exigem transformações da sociedade para se construir uma história que privilegie a vida, portanto, inserindo-se no campo das lutas sociais” (Luzio & L'Abbate, 2009, p. 116). Ademais, advertem que a RP não se resume em mudança no modelo de assistência, exigindo uma transformação social mais ampla, que passa pela participação social e pelo avanço na busca por mudanças socioculturais.

A pesquisa desenvolvida por Tszesnioski et al. (2015) buscou identificar a organização da rede de cuidados às crianças em sofrimento psíquico, bem como desenvolver intervenções no território para aferir, com isso, possíveis mudanças na assistência. O estudo foi realizado entre 2011 e 2012 em uma Unidade de Saúde da Família (USF) em Recife/PE e envolveu sete crianças juntamente com seus familiares. Os resultados foram na direção da responsabilização das famílias pelos problemas de comportamento de suas crianças e não suprimento de suas demandas. Para mais, apontaram que a quantidade de abandonos de tratamento observada no estudo sugere a necessidade de mais pesquisas para estabelecer estratégias que facilitem a

adesão das famílias e a articulação entre profissionais da AB e os serviços especializados como sendo fundamentais para solucionar tais entraves.

Por outro lado, a pesquisa identificou que as relações com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Atenção Básica (USF) e Educação (creches) apresentavam maior intensidade e qualidade, comparado aos serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis (CAPSi) e ambulatórios. Desse modo, o estreitamento do vínculo com os usuários e a articulação intersetorial foi considerada uma singular potencialidade da AB, já que “A inclusão de outros setores como a educação, foi essencial na condução dos casos, visando à capacidade de resolução e considerando a criança no seu contexto e na sua integralidade” (Tzesnioski et al., 2015, p. 367). Nesta direção, colocam que uma ampla rede de cuidados favoreceria a identificação e a resolução de problemas de saúde e contribuiria para um tratamento mais efetivo, pois fomentariam ações preventivas, de promoção da saúde e de identificação precoce de casos que precisam de acompanhamento longitudinal.

Vimos até aqui que na discussão acerca das potencialidades e fragilidades que atravessam o cuidado em SMIJ, as fragilidades se destacam e se avolumam. Não podemos perder de vista que a lógica da Atenção Psicossocial se contrapõe ao modelo asilar e se fundamenta em um conjunto de saberes e práticas que buscam transformar a forma como a sociedade lida com as pessoas em sofrimento psíquico. Em acréscimo, lembramos que para avançarmos em transformações na dimensão técnica e assistencial, uma condição fundamental para a efetivação da lógica da Atenção Psicossocial e de uma política de saúde mental universal, integral e equânime, é o financiamento.

Apesar das conquistas na construção da RAPS e de uma Política Nacional de Saúde Mental - que incluiu também crianças e adolescentes - a implementação de uma rede de cuidados na AB mantém-se frágil e demanda maiores investimentos financeiros em políticas, ações e recursos (Santos et al., 2011). E, como advertem Soalheiro et al. (2023) é inegável que as mudanças produzidas na política nacional de AB desde 2017

[...] induzem a fragilização da cobertura universal e segmentação do acesso, a desresponsabilização do Estado sobre a sustentação da cobertura e da composição das equipes, e a precarização dos processos de trabalho por mecanismos endógenos de privatização. Uma sequência de medidas de governo cuja discussão ultrapassa os limites desse estudo, mas que essencialmente esvaziam o financiamento e o papel do Estado na garantia da saúde como direito e bem público (Morosini, Fonseca & Lima, 2018; Bahia, 2022 citado por Soalheiro, 2023, p. 4).

Sabemos que o ataque e a precarização do SUS não é algo novo e que este sistema já nasceu em meio a tensões e disputas, sobretudo pelos interesses econômicos e escusos do setor privado e complementar. Há tempos outros atores do movimento da Reforma Sanitária já advertiram que para superarmos os desafios enfrentados historicamente pelo SUS, de modo geral, necessitariámos de uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda nas relações público-privadas, que impregnam o sistema público de saúde brasileiro. Como concluíram Paim et al. (2011, p. 28) “o maior desafio enfrentado pelo SUS é político” sendo que o “financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas unicamente na esfera técnica” precisando “garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica”. Nesta toada, enfatizamos que não há como colocar em evidência as potencialidades da AB no cuidado em SMIJ, se seguirmos assistindo passivamente o desmonte do SUS e consequentemente da própria RAPS.

Com o avanço do movimento da Reforma Sanitária e da RP, as transformações decorrentes impulsionaram mudanças no campo e nos processos de trabalho das equipes de saúde. A falência do modelo curativista inaugurou muitos desafios e abriu espaço para que diferentes profissões fossem reconhecidas como partícipes do cotidiano do processo de cuidado em saúde mental. No caso específico do psicólogo, desde que a profissão foi regulamentada²⁴, esse profissional, que até então atuava em alguma das áreas mais tradicionais (clínica; escolar; organizações/indústrias e magistério) passou a encontrar na saúde pública um contexto profícuo de atuação.

Para Dimenstein e Macedo (2012) a entrada dos psicólogos no SUS está relacionada diretamente ao avanço da RP, além do interesse público pela profissão, articulado ao destaque dado à saúde mental ante os processos de desinstitucionalização iniciados após o surgimento do movimento. Esse interesse também produziu, à medida que outras possibilidades de práticas se abriam, críticas ao trabalho clínico individual, acusado de estar pouco preocupado e voltado aos problemas sociais. Criticamente Yamamoto e Oliveira (2010) observam que a entrada do psicólogo na saúde pública não se deu por conta do seu compromisso social, mas muito mais por conta da crise do capitalismo que incidiu sobre o mercado de trabalho liberal/privatista impactando diretamente a renda dos profissionais liberais.

Campos e Guarido (2007) ao citarem uma pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP) em 2006 indicavam que a maioria dos psicólogos confirmou o atendimento clínico individual como prática prevalente, associando as demandas aos quadros

²⁴ A profissão de psicólogo foi regulamentada por meio da Lei Federal nº4119, de 27 de agosto de 1962.

clínicos e as queixas, com atividades concentradas no atendimento direto ao usuário, com pouco envolvimento com atividades ligadas à gestão, ao planejamento do serviço e organização do trabalho. Desse modo, evidenciava-se já naquele período a hegemonia da clínica tradicional, pautada no modelo médico, de olhar individualizado para o sofrimento psíquico, mesmo em contextos em que o pleiteado era uma prática mais coletivas e interdisciplinar.

Na atualidade Bastos, Oliveira e Soares (2022) destacam dados do mais recente *Censo Psi* realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que indicam uma mudança qualitativa importante nas áreas de atuação, com profissionais se inserindo cada vez mais em diferentes espaços, combinando ações de múltiplos campos e expandindo as fronteiras de atuação. Contudo, a despeito da expansão e da multiplicidade, a áreas clínica permanece como o principal eixo de identificação da categoria profissional e se ela já aparecia de forma predominante em levantamentos anteriores, seguiu majoritária no *Censo* de 2022. Entretanto, um dado chama a atenção: a transformação do conceito e da prática clínica, sendo que, se antes a clínica estava associada ao trabalho autônomo em consultórios particulares, na atualidade aparece descrita como uma prática ampliada, presente em serviços de saúde, da assistência social, educação, organizações e comunidade. Destarte, o último *Censo Psi* acaba por revelar uma sobreposição de atividades (psicoterapia, oficinas terapêuticas, intervenções em grupo, etc.) nas áreas da saúde, assistência social, educação e organizações, demonstrando de um lado uma fluidez entre os campos, e de outro, que as práticas clínicas tradicionais podem estar sendo adaptadas a contextos coletivos e institucionais (Bastos, Oliveira & Soares, 2022).

Em alguns artigos identificamos o destaque de que, sendo o psicólogo um trabalhador do SUS, deve planejar e organizar sua prática junto à sua equipe, articulado com toda uma rede de atenção, sem perder de vista a singularidade e as necessidades dos indivíduos. Mas, como dissemos há pouco, o modelo clínico-individual e liberal-privatista prevalece, revelando que a atuação do psicólogo no SUS parece não divergir do padrão hegemônico. Conforme afirmam Paula et al. (2011) com uma “formação voltada para o atendimento individual, o psicólogo tende a usar as mesmas técnicas clínicas no setor público, mesmo que a demanda do setor público geralmente necessite de outro tipo de atuação, o que pode gerar numa prática inadequada” (p. 84).

Tais autores apontam que a formação inicial do profissional de psicologia precisa ser revista pelas universidades, com uma grade curricular que forme um profissional consoante com as necessidades da saúde pública e com uma visão mais ampla da profissão e da atuação voltada ao trabalho coletivo, bem como “[...] uma formação continuada que prepare os psicólogos para atuarem mais especificamente na área da saúde mental da infância e

adolescência, focando práticas com maior evidência de eficácia" (Paula et al., 2011, p. 91). Afirmam a necessidade de uma postura mais crítica e abrangente, que contemple iniciativas e estratégias como o Apoio Matricial e a formação continuada, incluindo nestas formações a temática da SMIJ na AB.

O Apoio Matricial se destaca como ferramenta estratégica para a construção do trabalho interdisciplinar em saúde mental na AB, na forma dos antigos NASF's ou das equipes integradas aos CAPS. Estudos recentes revelam que psicólogos com maior produção de procedimentos na AB também promovem maior intensificação do matriciamento com CAPS, o que se reflete na melhor resolução de demandas e menos encaminhamentos ao setores ou serviços ditos especializados. Nesta direção, "O apoio matricial visa dispor suporte técnico às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde local, por meio de discussões de casos e intervenções na comunidade ou nos atendimentos conjuntos, além de coordenar capacitações" (Brasil, 2003 citado por Paula et al., 2011, p. 85), o que poderia contribuir com as ações de formação e educação permanentes. Para aprimorar o cuidado em SMIJ no SUS, algumas estratégias são sugeridas e devem ser acrescidas como o aumento de recursos financeiros, formação profissional de qualidade e a implementação de programas de promoção de saúde com prioridade na AB (Paula et al., 2011).

Tais ações devem ser implementadas concomitantemente aos recursos já existentes e a melhoria na capacidade de cuidar dos casos mais complexos. Desse modo, a produção do conhecimento também ganha cena, pois

O investimento em políticas públicas que contribuam para a saúde mental de jovens e crianças deve ser uma prioridade em nosso país. Ressaltam-se, então, o foco e o desafio do campo do desenvolvimento da infância/adolescência quando se está em jogo o planejamento de políticas de saúde mental. A interface entre a pesquisa e a política se faz necessária no intuito de aperfeiçoar as estratégias de prevenção e intervenção (Paula et al., 2011, p. 91).

A consciência dos limites e das potencialidades de cada campo do saber abre caminhos para um fazer mais coletivo. Entendemos que o que unifica o objetivo dos diferentes profissionais para o cuidado compartilhado em SMIJ deve ser o conhecimento do território que viabiliza a proximidade com a história de vida das pessoas e a relação de vínculo que vai sendo tecida à medida que se acolhe e oferece atenção à saúde longitudinalmente. Com este acompanhamento, a AB permanece sendo referência de cuidado integral em saúde para as crianças, adolescentes e suas famílias, permitindo desde a identificação precoce de situações e

experiências de sofrimento psíquico (incluindo também estratégias de busca ativa), até a prevenção dos seus agravos.

A discussão/estudo conjunto de casos, os atendimentos compartilhados, incremento de ações de Apoio Matricial e a construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS's) podem contribuir para mudanças nas práticas que até então estão sendo desenvolvidas, que como vimos, convergem para a manutenção da clínica clássica e tradicional, logo, da lógica manicomial. Retomamos a defesa de que cuidado àqueles que sofrem psiquicamente, em especial crianças e adolescentes, deve ser compartilhado e “incluir, no conjunto das ações a serem consideradas na perspectiva de uma clínica no território, as intervenções junto a todos os equipamentos – de natureza clínica ou não – que, de uma forma ou de outra, estejam envolvidos na vida das crianças e dos adolescentes dos quais se trata de cuidar (Ministério da Saúde, 2005b).

As pesquisas mais recentes têm apresentado uma distinção entre a denominada clínica tradicional clássica e outras modalidades de clínica, consideradas como práticas emergentes, implementadas em órgãos públicos, organizações não governamentais, entre outras, em contato direto com uma parcela da população mais carente. A essas novas modalidades, dá-se diferentes nomenclaturas, como “clínica do social”, “clínica transdisciplinar”, “clínica da reforma” ou “clínica ampliada”, como abordamos anteriormente nessa dissertação. Mas, como já advertimos, nem sempre a mudança na nomenclatura significa mudanças no objetivo, no modo de construir o cuidado e no que se espera dele.

Os primeiros programas de saúde mental, no contexto do advento da RP, foram importantes para a diversificação das práticas clínicas, uma vez que viabilizaram a contratação de muitos psicólogos para trabalhar nos serviços de saúde pública, abrindo possibilidades de transformação da clínica psicológica tradicional. No entanto, o que pretendemos destacar é que a entrada nesses novos espaços de trabalho nem sempre redundou no rompimento com o modelo clínico tradicional, muitas vezes incorrendo apenas na adaptação da clínica privada ao contexto do trabalho no serviço público (Ferreira Neto, 2008).

Uma pertinente discussão sobre a clínica ampliada também é realizada por Delgado (2006), que nomeia essa perspectiva como ‘Clínica da Reforma’, já apontando que essa clínica ocorre nos mais diferentes lugares, como nos CAPS, nas residências terapêuticas, nos centros de convivência, nas UBS's, na rua, nas casas, nos Conselhos de Saúde, entre outros e que também pode ser exercida por diferentes profissionais. Para o autor, é fundamental considerar essa clínica como histórica, contingente, construída na e em relação com sujeitos e situações

concretas, ou seja, trata-se de uma clínica que se desenvolve em espaços contínuos, públicos, isto é, nos espaços concretos dos territórios. Assim,

[...] quando falamos de CAPS, residência terapêutica, salas do Juizado de Crianças e Adolescentes, estamos falando das situações concretas onde se dá essa clínica: a rua, a cidade, o ‘território’, como chamamos. Portanto, ela só pode existir nessas situações concretas, que são sempre diferentes (Delgado, 2006, p. 60).

Na perspectiva da Atenção Psicossocial, a clínica com crianças e adolescentes deve ser remodelada e ampliada, passando a compor com muitos outros atores, com o foco na produção da saúde e do cuidado cotidiano que se materializa no próprio território. Esse fazer clínico pressupõe que a ética e o cuidado são elementos fundamentais, bem como que seu trabalho não pode se fazer de modo isolado, mas voltado à construção de redes abertas, relacionais e intersetoriais, ajudando a promover a (re)inserção social e o fortalecimento de laços afetivos, sociais e comunitários.

Estudos atuais denunciam e reforçam a necessidade premente do psicólogo contribuir para a construção de um cuidado em SMÍJ antimanicomial. Lembram que o psicólogo deveria se atentar que as questões pelas quais, na maioria das vezes, crianças e adolescentes são levados para atendimento na AB, são questões pontuais, como cuidados ginecológicos, gravidez na adolescência ou uso de substâncias e não necessariamente demandas claramente associadas a problemas de saúde mental. Deste modo, “[...] a busca é espontânea ou ocorre por meio de encaminhamento da rede de saúde, assistência social ou da escola, tendo como demanda a oferta de ações de saúde pontuais comuns aos demais usuários dos serviços” (Silva, et al., 2019, p. 5).

Existem relatos de profissionais da AB que confirmam a ausência de ações longitudinais específicas, por exemplo para adolescentes, que acabam redundando no direcionamento a serviços especializados para o sofrimento psíquico (Silva, et al., 2019). Em outras palavras, o que queremos destacar é que se a AB se constitui como principal referência para o atendimento da maioria das necessidades de saúde da população que está sob sua responsabilidade, também o cuidado em saúde mental precisa ser processual, materializando-se no cotidiano.

Soalheiro et al. (2023, p. 15) reforçam aquilo que já discutimos e asseguram que “a territorialização, a promoção da saúde, o acolhimento e a construção de vínculos” são pontos comuns, compartilhados pelo ideário do SUS e da AB e da lógica da Atenção Psicossocial, capazes de contribuir com a transformação “de estereótipos e preconceitos sobre imaginários sociais” acerca da saúde mental e do sofrimento psíquico. Para os autores é extremamente necessário que nos voltemos ao diagnóstico psicossocial, investindo na territorialização, no vínculo e na desconstrução da hegemonia de uma concepção de cuidado resumido em

tratamento das “especialidades *psi*” e das intervenções que buscam majoritariamente o “diagnóstico-intervenção-cura” (p. 15).

Nesse sentido, é preciso ir além do campo *psi* para falar diretamente aos trabalhadores da Atenção Básica, entendendo Saúde Mental para além de uma especialidade que demanda ações específicas desses profissionais, como um campo que vem para contribuir no seu trabalho. Isso implica apoiá-los no reconhecimento e acolhimento do sofrimento psíquico em sua relação com o território - que é político, social, existencial e biográfico. Uma compreensão do processo saúde-doença-cuidado, em que o sofrimento mental é uma manifestação indissociável dos contextos e lugares (Soalheiro et al., 2023, p. 15).

Ao longo desta dissertação apontamos que muitas produções acadêmicas reiteram a necessidade de repensar a formação acadêmica e continuada dos profissionais da saúde. No caso dos psicólogos, muitos vêm refletindo sobre a interface formação-atuação do psicólogo no SUS, como Dimenstein e Macedo (2012) que há tempos advertiram sobre a importância de que a formação aprofunde a relação ensino-serviço-comunidade, pois experiências que caminham nessa direção demonstram que a formação *no e para* o serviço, com destaque, entre outros, para a potencialidade dos estágios curriculares e extracurriculares na RAPS, das ações de articulação entre a gestão e a assistência, além do foco na ampliação da participação popular.

Para qualificar a formação e a atuação, Dimenstein e Macedo (2012) já apontaram para a necessidade de o psicólogo observar o contexto onde atua, conhecer o território da área de abrangência da sua unidade de saúde e seus aspectos sociopolíticos. Afirmam que seu trabalho precisa se fazer articulado com as ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais mais expressivos desse lugar, tendo no horizonte a busca pelo desenvolvimento comunitário e a resolução dos seus principais problemas e necessidades de saúde. Neste percurso, o psicólogo deve ajudar a promover processos de discussão e de negociação permanentes entre os profissionais e a comunidade.

Tais apontamentos permanecem atuais, visto que alguns estudos demonstram que as mudanças em relação à formação dos psicólogos para atuarem na saúde pública, têm sido relativamente lentas e pontuais. Rodrigues e Zaniani (2017) ao pesquisarem sobre a formação acadêmica dos psicólogos analisaram currículos de seis cursos de graduação em Psicologia, sendo cinco de instituições públicas e um de instituição privada, observando que tem ocorrido uma modificação gradual dos currículos da lógica clínica liberal-privatista para a saúde pública, mas que tais mudanças permanecem limitadas, com oportunidades bastante restritas de experiências que os aproximem da rede substitutiva de cuidado em saúde mental.

Em síntese, neste eixo de análise, durante a busca por responder quais práticas de SMIJ estão sendo desenvolvidas na AB, intentávamos identificar as ações mais comumente relatadas nos trabalhos que abordam o tema. Os estudos nos levaram a compreender que as práticas que compõem o cuidado em SMIJ continuam sendo efetivadas de modo mais pontual por um ou outro profissional, enquanto outras se materializam no fazer cotidiano do processo de trabalho de algumas equipes. Como tentativa de mudar esse cenário, alguns estudos incluem as estratégias voltadas à formação/qualificação dos profissionais. Para mais, evidenciou-se a escassez de trabalhos que apontem e envolvam ações e estratégias de fomento à participação popular e controle social, bem como do trabalho com famílias.

No caso do psicólogo, em específico, nos deparamos com críticas que são históricas e recorrentes como a transposição do modelo clínico-tradicional para sua atuação no campo das políticas públicas, que nos indicam que para contribuir com o avanço do SUS e da RP, a psicologia precisa admitir e superar essa realidade. Coletivamente em um movimento que passa pela formação profissional e inclui a educação permanente, o psicólogo deve questionar qual seu compromisso ético-político, a quem ele tem servido e quais tem sido os efeitos do seu trabalho, que mesmo no cuidado em saúde mental pode estar reproduzindo relações excludentes, de dominação e marginalização, que sustentam muitas experiências de sofrimento de crianças e adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da saúde mental infantojuvenil, com seus saberes e práticas, tem sido marcado por avanços conceituais, mas segue desafiante e arrolando questões complexas, com demandas cada vez mais crescentes e com muitos desafios técnico-assistenciais. Esta é a constatação a que chega o presente estudo, realizado por meio de revisão bibliográfica narrativa, que teve como objetivo central refletir sobre os cuidados necessários em saúde mental infantojuvenil a serem ofertados na AB.

Para tanto, ao longo desta dissertação buscamos compreender como tem se dado o acesso das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico à AB, potencialidades e fragilidades deste percurso, reconhecendo quais as práticas de cuidado têm sido ofertadas e se estas estão em consonância com a lógica da Atenção Psicossocial. Procuramos ainda tecer breves considerações sobre *se* e *como* a Psicologia tem ou não contribuído com a construção de um cuidado antimanicomial. Na busca por atingir tais objetivos, abordamos ao longo de toda discussão a complexidade do cuidado em SMIJ no Brasil, destacando a necessidade de um cuidado alinhado aos princípios do SUS e da RP.

Num primeiro momento, revisitamos a história para rememorar a trajetória da assistência, demonstrando que infâncias e adolescências têm sido naturalizadas e compreendidas de forma abstrata, destacando o quanto vigora a ideia de que existem problemas que são inerentes à cada uma dessas fases. No entanto, a Psicologia Sócio-Histórica defende que tanto a infância quanto a adolescência e o sofrimento psíquico devem ser compreendidos a partir das condições sócio-históricas concretas, que constituem a subjetividade, delineiam seus significados e sentidos, em vez de serem definidas como categorias universais. A retomada histórica também nos ajudou a compreender quão longo tem sido o processo de luta pela construção e consolidação do direito à saúde e efetivação de uma rede de atenção em saúde que contemple o público infantojuvenil. Nesse sentido, constatamos que a lógica manicomial/institucionalizante coexiste com a lógica da Atenção Psicossocial, evidenciando que a RP não está concluída.

Procuramos demonstrar que o direito à saúde em nosso país foi fruto de lutas e de uma construção coletiva, mas que está atrelado à qualidade de vida, moldado pelas condições objetivas de existência. Assim, defendemos uma compreensão mais ampla da saúde e da saúde mental, como uma síntese de múltiplas determinações. Relembramos como a Pandemia de COVID-19 confirmou a existência de extremas desigualdades em nosso país, produziu sequelas

objetivo-subjetivas, ampliando demandas por cuidados em saúde mental infantojuvenis, com as quais somos constantemente chamados a lidar.

Ao aprofundarmos a análise sobre o cuidado em SMIJ na AB, verificamos que, apesar dos princípios do SUS e das conquistas do movimento da RP, a desinstitucionalização do cuidado permanece como grande obstáculo. Para fundamentar esta constatação identificamos as potencialidades e as fragilidades presentes no campo da SMIJ e entre elas, destacaram-se a diversidade das condições dos processos de trabalho das equipes de saúde, que impactam diretamente na implementação das ações. Observamos dificuldades em demarcar as práticas que estão em curso, além da complexidade que envolve a articulação de profissionais especializados e o trabalho inter e intrasetorial.

Nessa toada, vimos que ainda não superamos a recorrência de ações técnicas e curativas. No que tange a saúde mental consonante com a lógica da Atenção Psicossocial, reiteramos que a mesma pleiteia um cuidado que olhe para a saúde integral e contemple as diferentes dimensões e necessidades de nossas crianças e adolescentes. O Apoio Matricial aparece destacado nas referências bibliográficas sobre o tema, como uma ferramenta estratégica para construção de um trabalho interdisciplinar em saúde mental na AB, capaz de contribuir para a resolução das demandas e a redução daqueles encaminhamentos não implicados para a outros pontos da RAPS.

Destacamos potencialidades e fragilidades, para em seguida, incluir breves reflexões sobre o papel do psicólogo no cuidado em SMIJ na AB. A conclusão é de que a transposição do modelo clínico-tradicional para o campo das políticas públicas, apesar das críticas históricas, permanece hegemônica. A colaboração coletiva, a educação permanente e o questionamento acerca dos objetivos do nosso saber/fazer nos parecem cruciais para uma psicologia que de fato deseje contribuir com o avanço do SUS e da RP, evitando a reprodução de relações excludentes e opressoras que historicamente marcaram a assistência à infância no Brasil.

Nessa direção concluímos que as mudanças na formação seguem lentas e que o psicólogo deve repensar seu compromisso ético-político, questionando quais tem sido os efeitos de suas práticas. As contribuições trazidas pelos materiais selecionados e indicam diversos limites, mas também potencialidades e possibilidades que atravessam os processos de cuidado disponibilizados pela AB, que precisa se firmar como porta de entrada, coordenadora e articuladora da rede de atenção, inclusive no que tange o cuidado em SMIJ.

A bibliografia analisada evidenciou que os problemas estruturais do SUS - seu subfinanciamento que é crônico - redundam em fragilidades que vão desde a formação dos profissionais, até a falta de articulação intersetorial, minando estratégias de qualificação do

cuidado, a exemplo das investidas negativas que foram feitas nos últimos anos em relação aos NASF's.

Os estudos revelam a importância tanto de mais pesquisas, quanto da priorização do tema da SMIJ por parte da gestão da política pública de saúde, se pretendemos consolidar práticas de cuidado em saúde mental mais resolutivas e humanizadas, em especial, ao público infantojuvenil, muitas vezes expostos aos mais diversos problemas sociais e familiares.

A revisão bibliográfica, demonstrou e alertou sobre a necessidade urgente de políticas públicas que ampliem o cuidado em SMIJ consonante com a lógica da Atenção Psicossocial. Buscando responder nosso problema de pesquisa, concluímos que o cuidado necessário em saúde mental é o cuidado antimanicomial, que se faz em liberdade, cuidando da saúde da criança e do adolescente em sua integralidade, garantindo o acesso e o acompanhamento contínuos, saindo dos muros institucionais e avançando para o contexto onde a vida desses sujeitos acontece, ou seja, seu território com sua rede de relações.

Para tanto, é necessário que a AB conheça essa população - inclusive aqueles casos mais graves e persistentes - integrando crianças, adolescentes e suas famílias nas ações cotidianas do processo de trabalho das equipes, compreendendo que o vínculo e o acolhimento são os fios que alinhavam todo cuidado e suas várias possibilidades de ações/intervenções. Ressaltamos que estas devem ser de responsabilidade de toda equipe, tecidas junto à toda uma rede que precisa ser de 'cuidado' e não apenas de 'tratamentos'. Para mais, observamos que a participação popular, o controle social e a inclusão das famílias nas ações de cuidado em SMIJ são aspectos pouco abordados nas pesquisas, indicando que precisam ser melhor considerados e incluídos nos debates.

A saúde, em especial, a saúde mental de crianças e adolescentes no contexto atual de exploração máxima da força de trabalho e de subtração quase que completa do tempo de lazer e descanso das famílias da classe trabalhadora, exige cada vez mais das políticas públicas e de seus trabalhadores uma postura ética de corresponsabilização. Pede que estejamos atentos ao agravamento das desigualdades sociais, econômicas e culturais, das condições alienantes diante do avanço das novas tecnologias e dos apelos diante do consumismo.

Assim, fechamos esta dissertação afirmando que os cuidados necessários em saúde mental que a AB deve ofertar às crianças e adolescentes, exigem ações compartilhadas, responsáveis e comprometidas com uma luta mais ampla, que envolve o desejo de uma formação e desenvolvimento humano mais integral. Finalizamos anotando novamente o quanto é preciso que a saúde mental de nossas crianças e adolescente, dada toda sua complexidade, seja uma prioridade na agenda política da Saúde Pública!

REFERÊNCIAS

- Alves, C. M. P., & Serralha, C. A. (2018). A assistência psicológica a crianças em unidades básicas de saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(3). https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000300011
- Amaral, R. A., & Rieth, C. E. (2015). Sigilo e integralidade no cuidado em saúde mental: Desafios à atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde. *Aletheia*, (47–48), 64–78. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-03942015000200006
- Amarante, P. (Coord.). (1998). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2^a ed.). Editora Fiocruz.
- Amarante, P., Pitta, A. M. F., & Oliveira, W. F. (Orgs.). (2018). *Patologização e medicalização da vida: Epistemologia e política*. Zagodoni.
- Amstalden, A. L. F., Hoffmann, M. C. C. L., & Monteiro, T. P. M. (2016). A política de saúde mental infanto-juvenil: Seus percursos e desafios. In E. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka (Orgs.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (2^a ed.). Mussite.
- Andrade, L. O. M. de, Barreto, I. C. de H. C., & Bezerra, R. C. (2006). Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In G. W. S. Campos, M. C. S. M. Minayo, M. Akerman, M. D. Junior & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva*. Hucitec; Editora Fiocruz.
- Arbex, D. (2019). *Holocausto brasileiro*. Intrínseca.
- Ariès, P. (1986). *História social da criança e da família* (2^a ed.). Guanabara.
- Ayres, L. S. M. (2001). Os especialistas e a instituição adoção no contexto das políticas públicas de proteção à criança e ao adolescente. In A. M. Jacó-Vilela, A. C. Cerezzo & H. B. C. Rodrigues (Orgs.), *Clio-Psyché ontem: Fazeres e dizeres psiu na história do Brasil* (pp. 249–253). Relume Dumará; FAPERJ.
- Basaglia, F. (2010). As instituições da violência. In P. Amarante (Org.), *Franco Basaglia: Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (Trad. J. A. D. Melo). Gramont Universitária; Loucura XXI.
- Basegio, D. (2018). *A articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde e um CAPS infantil no cuidado de crianças e adolescentes*. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal do Paraná.
- Bastos, A. V. B., Oliveira, I. F., & Soares, I. S. D. (2022). O trabalho em psicologia: Em que áreas de atuação nos inserimos? In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Quem faz a psicologia brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro: Condições de trabalho, fazeres profissionais e engajamento social* (Vol. 2, pp. 13–31). Conselho Federal de Psicologia.

- Bock, A. M. B. (2004). A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: A adolescência em questão. *Cadernos Cedes*, 24(62), 26–43.
- Borges, R. F. (2012). *Reforma psiquiátrica brasileira e atenção básica à saúde: Desafios e possibilidades*. (Tese de Doutorado), Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis.
- Botelho, I. C. (2014). *Narrando experiências, montando ca(u)sos: Análises das práticas de cuidado na saúde mental infanto-juvenil*. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal do Espírito Santo.
- Braga, C. P., & D'Oliveira, A. F. P. L. (2016). Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: Percurso histórico e caminhos de participação. *Ciênc. saúde colet.*, 24(2). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>
- Campos, D. B., Cavalcante, I., & Jorge, M. S. B. (2020). Produção do cuidado em saúde mental: Práticas territoriais na rede psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(1). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00231>
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: Um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393–403.
- Campos, R. T. O., et al. (2014). Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, 38(Spe), 252–264. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>
- Costa, R. R. O., et al. (2015). As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde. *Revista de Atenção à Saúde*, 13(43), 30.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial: Rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P. Amarante (Org.), *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 13–44). NAU Editora.
- Couto, M. C. V. (2012). *Política de saúde mental para crianças e adolescentes: Especificidades e desafios da experiência brasileira (2001–2010)*. (Tese de Doutorado), Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: Situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4).
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: Inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17–40.
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2016). Intersetorialidade: Exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In E. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka (Orgs.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (2^a ed.). Mussite.
- Cruz, L. R. (2006). *(Des)articulando as políticas públicas no campo da infância: Implicações da abrigagem*. Edunisc.

- Cruz, N. F. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: O desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), e00285117. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
- Delfini, P. S. de S. (2010). *Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil e Estratégia Saúde da Família: Articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes*. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Delfini, P. S. de S., Bastos, I. T., & Reis, A. O. A. (2017). Peregrinação familiar: A busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(12). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145816>
- Delgado, P. G. G. (2006). Por uma clínica da reforma: Concepção e exercício. In A. M. Lobosque (Org.), *Caderno Saúde Mental: Encontro Nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte, ESP-MG* (Vol. 1, pp. 59–66).
- Dias, F. W. de S. (2012). *A percepção dos trabalhadores da Rede de Atenção à Infância sobre a loucura em crianças: Possíveis impasses para o objetivo de (re)inserção social proposto pelo atual modelo brasileiro de reforma psiquiátrica*. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal de Minas Gerais.
- Dimenstein, M. D. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: Desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, Natal, 3(1). <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>
- Esswein, G. C., Rovaris, A. F., Rocha, G. P., & Levandowski, D. C. (2021). Ações em saúde mental infantil no contexto da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS): Uma revisão integrativa da literatura brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(Suppl. 2). <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.15602019>
- Fernandes, A. D. S. A. (2019). *Cuidado em saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: Práticas, desafios e perspectivas*. (Tese de Doutorado), Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.
- Fernandes, A. D. S. A., Matsukura, T. S., Lussi, I. A. O., Ferigato, S. H., & Morato, G. G. (2020). Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(2), 725–740.
- Ferreira Neto, J. L. (2008). Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 110–118.
- Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 345–353.
- Frazatto, C. F., & Dalosso, F. de J. (2022). Acolhimento psicológico infantojuvenil na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Polis e Psique*, 12(2). <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/111772>

- Freitas, A. P. C., Guimarães, C. F., & Susin, L. (2022). A cidade e a infância: Possibilidades da saúde mental na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003240239>
- Gabriel, I. M., Costa, L. C. R., Campeiz, A. B., Salim, N. R., Silva, M. A. I., & Carlos, D. M. (2020). Autolesão não suicida entre adolescentes: Significados para profissionais da educação e da atenção básica à saúde. *Escola Anna Nery*, 24(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0050>
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas.
- Goffman, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos* (2^a ed.). Editora Perspectiva.
- Graeff-Martins, A. S. (2010). *Serviços de saúde mental para crianças e adolescentes: Recomendações para o planejamento de políticas públicas de saúde mental*. (Tese de Doutorado), Universidade Federal de Minas Gerais.
- Guimarães, S., & Guazzelli, C. T. (2015). *Oficinas terapêuticas: Formas de cuidado em saúde mental na atenção básica*. (Trabalho de Pós-Graduação), Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI.
- Jimenez, L. (2011). Psicologia na atenção básica à saúde: Demanda, território e integralidade. *Psicologia & Sociedade*, 23(spe), 129–139. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400016>
- Jornal Gazeta de Notícias. (1928). Edição de 17 de março de 1928. https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=103730_05&pagfis=12628
- Kahhale, E. M. S. P., & Rosa, E. Z. (2009). A construção de um saber crítico em psicologia. In A. M. B. Bock & M. G. Gonçalves (Orgs.), *A dimensão subjetiva da realidade: Uma leitura sócio-histórica* (pp. 19–53). Cortez.
- Kantorski, L. P., Coimbra, V. C. C., Oliveira, N. A., Nunes, C. K., Pavani, F. M., & Sperb, L. C. S. de O. (2017). Atenção psicossocial infantojuvenil: Interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 26(3). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001890014>
- Khullmann Jr., M. (1998). *Infância e educação infantil: Uma abordagem histórica*. Ed. Mediação.
- Kieling, C. (2012). *Saúde mental de crianças e adolescentes: Uma perspectiva global*. (Tese de Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Kramer, S. (2003). *A política do pré-escolar no Brasil: A arte do disfarce* (7^a ed.). Cortez.
- Kroeff, R. F. S., Gavillon, P. Q., & Ramm, L. V. (2020). Diário de campo e a relação do(a) pesquisador(a) com o campo-tema na pesquisa-intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(2).

Landim, V. M. (2023). *Protocolo para o cuidar de crianças e adolescentes com transtornos mentais a partir do processo de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal de Mato Grosso.

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

Lopes, C. S., et al. (2016). ERICA: Prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública, 50*(Supl. 1).

Lourenço, M. S. de G., Matsukura, T. S., & Cid, M. F. B. (2020). A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da atenção básica à saúde: Possibilidades e desafios. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 28*(3). <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2026>

Lourenço, M. S. G. (2017). *Saúde mental infantojuvenil: Identificando realidades de municípios que não contam com CAPS infantojuvenil, a partir da atenção básica em saúde*. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal de São Carlos.

Luzio, C. A., & L'Abbate, S. (2009). A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: Ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*(1), 105–116.

Macedo, J. P., Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2018). Saúde mental infantojuvenil: Desafios da regionalização da assistência no Brasil. *Revista Polis e Psique, 8*(1). <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80421>

Maciel, M. S. G. (2023). *A rede de saúde mental infantojuvenil de Fortaleza: Costuras e arremedos entre história, clínica e política*. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal do Ceará.

Mancilha, G. B., & Covic, A. N. (2024). Cuidado em saúde ao adolescente em vulnerabilidade ao uso de drogas. *Saúde em Debate, 48*(140). <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408516P>

Marcílio, M. L. (2019). *A história social da criança abandonada* (3^a ed.). Mussite.

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5^a ed.). Atlas.

Martinez, A. M. (2003). Psicologia e compromisso social: Desafios para a formação do psicólogo. In A. M. M. Bock (Org.), *Psicologia e o compromisso social*. Cortez.

Martins, C. F., & Brito, L. M. T. (2003). A inserção do psicólogo no sistema de atendimento ao adolescente em conflito com a lei no Brasil. In A. M. Jacó-Vilela, A. C. Cerezzo, & H. B. C. Rodrigues (Orgs.), *Clio-Psyché paradigmas: Histografia, psicologia, subjetividades* (pp. 370–377). Relume Dumará: FAPERJ.

Martins, L. M. (2008). Introdução aos fundamentos epistemológicos da psicologia sócio-histórica. In L. M. S. Martins (Org.), *Sociedade, educação e subjetividade: Reflexões temáticas à luz da psicologia sócio-histórica* (pp. 33–60). Cultura Acadêmica.

- Marx, K. (1988). *O capital: Crítica da economia política* (Livro Primeiro, Tomo I; 3^a ed.). Nova Cultural. (Obra original publicada em 1867)
- Marx, K., & Engels, F. (2007). *A ideologia alemã*. Civilização Brasileira.
- Medeiros, R. H. A. (2020). Psicologia, saúde e território: Experiências na atenção básica. *Psicologia em Estudo*, 25. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.43725>
- Mello, I. C. P., & Barzaghi, N. A. (2018). Figuras da adolescência no texto das políticas públicas de saúde. In E. P. Constantino (Org.), *Políticas públicas para infância e adolescência: Interlocuções com a psicologia*. CRV.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2001). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (18^a ed.). Vozes.
- Ministério da Saúde. (2005a). Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília-DF. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Ministério da Saúde. (2005b). Política Nacional de Saúde Mental. Brasília-DF: MS/CGDI/SAA/SE. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/caminhos_politica_saude_mental_infanto.pdf
- Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental* (nº 34). Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2014a). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos*. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_criancas_adolescentes_sus.pdf
- Ministério da Saúde. (2014b). *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: Recomendações de 2005 a 2012*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática.
- Ministério da Saúde. (2017). *Portaria Ministerial nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*.
- Ministério da Saúde. (2024). *Saúde Mental em Dados – 13 (Ano 19, nº 13)*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD.
- Molon, S. I. (2008). Questões metodológicas de pesquisa na abordagem sócio-histórica. *Informática na Educação: Teoria & Prática*, 11(1).

- Nascimento, M. L., Cunha, F. L., & Vicente, L. M. D. (2008). A desqualificação da família pobre como prática de criminalização da pobreza. *Revista Psicologia Política*, 7(14), 1–17.
- Neves, G. P. N. (2000). Jesuítas. In R. Vainfas (Org.), *Dicionário do Brasil colonial (1500–1808)* (p. 326). Objetiva.
- Nunes, C. K., Kantorski, L. P., & Coimbra, V. C. C. (2016). Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.54858>
- Nunes, C. K., Silva, A. B., Kantorski, L. P., & Coimbra, V. C. C. (2020). Cuidado intersetorial en salud mental en la infancia y adolescencia: Más allá de la institución salud. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 12(1), 232–237. <https://ciberindex.com/c/ps/P232237>
- Nunes, C. K., Silva, A. B., Olschowsky, A., Xavier, M. S., & Braga, F. S. (2023). Saúde mental na atenção básica: Uma rede rizomática para infância e adolescência. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 13. <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/71914>
- Nunes, M. O., Torrente, M., & Carvalho, P. A. L. (2022). O circuito manicomial de atenção: Patologização, psicofarmaceuticalização e estigma em retroalimentação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, e241846. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003241846>
- Oliveira, C. P. (2023). *Avanços e impasses na direção de uma política de saúde mental para o público infantojuvenil*. (Dissertação de Mestrado), Universidade de Brasília.
- Oliveira, M. M., Andrade, S. S. C. A., Stopa, S. R., & Malta, D. C. (2018). Procura por serviços ou profissionais de saúde entre adolescentes brasileiros, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21(Supl. 1). <https://doi.org/10.1590/1980-549720180003.supl.1>
- Oliveira, P. S. (2018). *Experimentações no apoio matricial em saúde mental para crianças e adolescentes na atenção básica: A busca pela aprendizagem coletiva*. (Dissertação de Mestrado), Universidade de São Paulo.
- Oliveira, W. F. (2009). Éticas em conflito: Reforma psiquiátrica e lógica manicomial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2).
- Onocko-Campos, R. (2001). Clínica: A palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98–111.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2001). *Saúde mental: Nova concepção, nova esperança – Relatório mundial da saúde*. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Passetti, E. (2021). Crianças carentes e políticas públicas. In M. Del Priori (Org.), *História das crianças no Brasil* (7ª ed.). Contexto.

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Reis, L. B., & Pereira, C. M. (2023). Percepções de familiares sobre uma rede de cuidados de saúde mental infantojuvenil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003254081>

Reis, S., & Meneses, S. (2020). *Novo financiamento da atenção básica: Impactos sobre o NASF-AB.* <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nASF-ab>

Ribeiro, P. R. M. (2006). História da saúde mental infantil: A criança brasileira da Colônia à República Velha. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 29–38.

Rodrigues, T. A. S., Rodrigues, L. P. S., & Cardoso, A. M. R. (2020). Adolescentes usuários de serviço de saúde mental: Avaliação da percepção de melhora com o tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 69(2). <https://doi.org/10.1590/0047-208500000269>

Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In M. F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (2^a ed., pp. 17–59). Hucitec.

Santos, A. S. M. (2019). *A saúde mental infantojuvenil e atenção básica: Um estudo de caso* (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal de São Paulo.

Santos, D. C. M., et al. (2011). Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infantojuvenil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(6), 845–850.

Santos, M. A. C. S. (2021). Criança e criminalidade no início do século XX. In M. Del Priori (Org.), *História das crianças no Brasil* (7^a ed.). Contexto.

Sawaia, B. B., & Maheirie, K. (2014). *A psicologia sócio-histórica: um referencial de análise e superação da desigualdade social.* *Psicologia & Sociedade*, 26(spe2), 1–3. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000600001>

Scarano, J. (2021). Criança esquecida das Minas Gerais. In M. Del Priori (Org.), *História das crianças no Brasil* (7^a ed.). São Paulo: Contexto.

Silva, J. F., Matsukura, T. S., Ferigato, S. H., & Cid, M. F. B. (2019). Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. *Interface*, 23. <https://doi.org/10.1590/Interface.180630>

Silva, P. C. (2015). *Articulação entre saúde mental infanto-juvenil e Atenção Básica em Natal-RN: limites e possibilidades* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Silva, R. P. (2009). Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(1), 195–208.

- Soalheiro, N., et al. (2023). Ensino e pesquisa em saúde mental na atenção básica: Portfólio de Práticas Inspiradoras em Atenção Psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde*, 21, e00960205. <https://www.scielo.br/j/tes/a/6gkmfJ8x7PFkYCXTYSVTLgr/>
- Souza, T. T., Almeida, A. C., Fernandes, A. D. S. A., & Cid, M. F. B. (2021). Promoção em saúde mental de adolescentes em países da América Latina: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(7). <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07242021>
- Taño, B. L., & Matsukura, T. S. (2015). Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 23(2), 439–447.
- Tavares, S. M. G. (2008). A implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a inserção da Saúde Mental no território NASF/ESF. *Boletim do Instituto de Saúde*, 45, ago.
- Teixeira, M. R. (2015). *Articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes e a Atenção Básica de saúde no marco do território: estudo exploratório qualitativo*. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Teixeira, M. R., Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006–2011). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(4). <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000400012>
- Teixeira, M. R., Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2017). Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1933–1942.
- Tszesnioski, L. C., Nóbrega, K. B. G., Lima, M. L. L. T., & Facundes, V. L. D. (2015). Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.05082014>
- Venancio, J. (2021). Os aprendizes de guerra. In M. Del Priori (Org.), *História das crianças no Brasil* (7^a ed.). São Paulo: Contexto.
- Venicio, M., & Nakamura, E. (2023). Significados dos problemas mentais na infância: Quem olha? O que se olha? Como se olha? *Physis*, 33. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333035>
- Vigotski, L. S. (1997). *Obras escogidas* (Tomo III). Madrid: Visor.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira* (Tese de Doutorado), ENSP-Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Yasui, S. (2010). CAPS: estratégia de produção de cuidados. In *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira* (pp. 113–160). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413623.0005>

Zaniani, E. J. M. (2015). *Entre potências e resistências: o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a construção da lógica da Atenção Psicossocial* (Tese de Doutorado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista.