

SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NO BRASIL: INCIDÊNCIAS HISTÓRICAS

Children's Mental Health in Brazil: Historical Incidence

Morena Simonetti¹

Karla Martins²

Vládia Jucá³

Artigo encaminhado: 26/10/2022

Artigo aceito para publicação: 15/08/2024

RESUMO

A partir de uma revisão de literatura, este artigo analisa os principais marcos históricos no que concerne às práticas em saúde mental voltadas para crianças e adolescentes no Brasil, a partir de quatro períodos demarcados para discutir tais práticas. O primeiro período teve início no começo do século XX, momento em que foi realizada a primeira lei assistencial no âmbito da saúde mental no Brasil. Já o segundo período, iniciou-se na década de 1980, momento histórico caracterizado pelo processo de redemocratização e por importantes avanços no que tange à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), principal marco legal dos direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil. O marco temporal seguinte é demarcado pela constituição da Política Nacional de Saúde Mental e pelo Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. O último momento pode ser sinalizado principalmente pela efetivação da nova Política Nacional de Saúde Mental. Destarte, esta pesquisa permite a compreensão detalhada do cenário atual acerca das políticas de saúde mental infantojuvenil no que tange aos seus limites, avanços e retrocessos, a fim de contribuir para o fortalecimento da implementação de uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil.

¹ Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: morenasimonetti@gmail.com

² Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará. Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro com Pós-doutorado pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC. E-mail: kphm@uol.com.br

³ Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia com pós-doutorado em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC. E-mail: vladajuca@gmail.com

Palavras-chave: Saúde Mental; Infância; Adolescência; História; Políticas Públicas.

ABSTRACT

This study highlights four historical milestones regarding the mental health practices of children and adolescents in Brazil. The first period refers to the creation of the first mental health care law in Brazil, beginning in the early 20th century. The second period began in the 1980s (redemocratization process), with important advances regarding the creation of the Unified Health System (known as SUS) and the Statute of the Child and Adolescent (known as ECA), the main legal framework for the rights of children and adolescents in Brazil. The third period is defined by the National Policy on Mental Health and the National Forum on Children's Mental Health. The last moment can be marked by the effectiveness of the new National Mental Health Policy. Thus, this research allows us to understand the current scenario of mental health policies for children and adolescents, in terms of its limits, advances and setbacks, in order to contribute to the implementation of Children's Mental Health Policy.

Keywords: Mental Health; Childhood; Adolescence; History; Public Policy.

1 INTRODUÇÃO

Quando se analisa as políticas de saúde mental infantojuvenil no Brasil, ainda é possível perceber um histórico muito recente, com resquícios e marcas de diferentes momentos que foram se delineando ao longo da construção desse campo. Considerando a relevância de se pensar esse tema, de reafirmar tais políticas e de possibilitar novas práticas, busca-se propor uma análise crítica dessa área no âmbito brasileiro, bem como suas reverberações, considerando as incidências históricas da criação de marcos legais e institucionais nesse âmbito.

Conforme destaca Jucá (2019), ao pensarmos os cuidados em saúde direcionados para crianças e adolescentes com algum tipo de sofrimento psíquico, podemos falar de três momentos que constituem esse campo no Brasil. Primeiramente, no começo do século XX, tem-se as práticas assistenciais pautadas na institucionalização, sobretudo, da infância pobre, na

pedagogização das questões de saúde mental e na psiquiatrização de problemas de aprendizagem (Couto, 2004 *apud* Jucá, 2019).

Um segundo momento pode ser caracterizado pela constituição de novas concepções das categorias de infância e de adolescência, com a promoção e efetivação de direitos garantidos pela constituição de 1988, que, juntamente com outras reformulações na área da saúde, permitiram a formalização da RAPS e o direcionamento de serviços e práticas para o público infantojuvenil, circunscrevendo o terceiro momento discutido pela autora. Tal direcionamento e reconfiguração nas práticas e serviços de saúde voltados para a infância, constituem um último momento, cujo objetivo é o de consolidar novas estratégias e políticas voltadas a este público.

Entretanto, ao analisar esse terceiro e último momento destacado por Jucá (2019), assim como o atual contexto político e social do país, no qual políticas divergentes passam a ser pautadas e priorizadas no campo da saúde mental, poderíamos falar em um quarto período, caracterizado por um tensionamento das políticas afinadas com a reforma psiquiátrica. O atual momento tem como seu diferencial a “remanicomialização do cuidado” (Guimarães; Rosa, 2019), com a fragilização das conquistas realizadas e incentivo de práticas e serviços manicomiais, no contexto de um governo federal de extrema direita.

Advinda de ações mais recentes, as políticas de saúde mental infantojuvenil perpassam diferentes dimensões no que se refere ao seu escopo teórico e às rupturas paradigmáticas da época, como no campo técnico-assistencial e no campo jurídico-legal (Braga; D’Oliveira, 2019). Tais dimensões ressoam em diferentes práticas propostas ao longo dos anos, principalmente nas que se constituíram após a reforma psiquiátrica no Brasil. De modo que trazem, por exemplo, a ideia de um trabalho intersetorial, voltado para o sujeito, como uma estratégia que visa orientar e garantir a integralidade do cuidado entre diferentes setores que compõem a rede de relações da criança e do adolescente, ultrapassando os serviços e as políticas de saúde (Zaniani; Luzio, 2014).

Desta forma, este artigo toma como ponto de partida a análise de Jucá (2019), que apresentou um panorama das políticas de saúde mental para crianças e adolescentes em três períodos. A partir dessa discussão, foi

realizada uma revisão de literatura e uma atualização dos principais marcos legais e históricos nesse campo. Parte-se, pois, das primeiras práticas em saúde mental, ao final do século XIX e início do século XX, quando foram apresentadas as primeiras legislações no âmbito da Saúde Mental, até as legislações mais recentes, referentes ao ano de 2022, momento histórico que ampliou a preocupação e a importância do cuidado com o público infantojuvenil devido à travessia da pandemia.

2 DA CONCEPÇÃO DE INFÂNCIA À INSTITUCIONALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

As primeiras práticas voltadas para crianças e adolescentes com algum sofrimento psíquico começaram no início do século XX, período em que emerge a clínica e a produção de conhecimento sobre e para esse público, em diferentes localidades, a partir da influência principalmente da psicanálise (Jucá, 2019).

De acordo com Schechtman e Alves (2014), paralelamente a esse período, em 1903, iniciam no Brasil, as primeiras práticas e a primeira Lei Nacional de Assistência aos Doentes Mentais, direcionando um cuidado médico e sanitário para esse público. Apesar das diferentes propostas que surgiram no Brasil, o que mais ocorreu foi o abandono desses sujeitos. Ademais, tais autores apresentam que, nesse período, deu-se início também ao uso do conceito de degenerescência, termo que influenciaria posteriormente o higienismo preventivo.

Apesar da quase inexistência de práticas em saúde mental para crianças e adolescentes, do final do século XIX ao início do século XX no Brasil, temos uma predominância de aspectos morais, sociais e educacionais diretamente ligados às práticas médicas. Assumpção Júnior (2003) destaca que a medicina da época visava:

o controle das condutas infantis de modo que o indivíduo crescesse e se tornasse um bom cidadão, perfeitamente adequado às normas sociais vigentes. Assim, paralelamente à proteção da família, a criança era disciplinada com relação ao corpo, à ordem, ao tempo e ao sexo, caracterizando dessa maneira uma disciplina moral que se impunha e caracterizava o indivíduo (Assumpção Júnior, 2003, p. 4).

Em consonância com esse e com outros relatos das práticas com crianças e adolescentes durante a maior parte do século XX, Jucá (2019) evidencia, nesse primeiro momento da trajetória de consolidação do campo da saúde mental infantojuvenil, a prevalência de tratamentos a partir de uma perspectiva de adaptação e de pedagogização.

Com a expansão das instituições psiquiátricas no Brasil, em 1920, e o surgimento da Liga Brasileira de Higiene Mental, Schechtman (2005, p. 26) descreve o surgimento da psiquiatria infantil, nesse contexto clássico asilar, nos seguintes termos: “a psiquiatria se fantasia de higiene mental” e sua prática permeia o âmbito social, moral e educacional, ao qual a saúde mental é atrelada a uma adequação do indivíduo ao seu meio e o saber médico é quem versa sobre tal ajustamento.

Assumpção Júnior (2003) destaca, dentre as teorias de estudo da “doença mental”, as teorias anatomo-clínicas e a teoria das degenerescências, além da prevalência de uma visão e de uma clínica adultocêntrica, hospitalocêntrica e medicalocêntrica. Ressalta-se, pois, como essas teorias também corroboraram para o fortalecimento das ideias de higiene mental, presentes na psiquiatria da época. Assim, houve, na prática psiquiátrica brasileira com crianças e adolescentes, uma busca por sinais de degeneração nas pessoas que apresentavam algum comportamento compreendido, na época, como desviante, delinquente, agressivo. O autor destaca ainda a importância da criação da Liga Brasileira de Higiene Mental e de suas ideias de eugenia, como de higienização profilática, por meio da tentativa de impedir uma reprodução sexual dos ditos “degenerescentes”. Como bem nos lembra Jucá (2019):

É interessante resgatar os impactos do movimento higienista na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes, considerando que as mudanças operadas com a medicalização da sociedade e os retrocessos em termos da assistência, [...] colocam novamente o controle dos corpos e a manutenção da ordem social como pautas prioritárias, em detrimento de um cuidado em rede de base territorial, aliado às políticas de inclusão e de proteção social (Jucá, 2019, p. 90).

Havia, nesse sentido, uma prática tutelar das crianças e dos adolescentes, principalmente a partir das instituições. Tais práticas também eram baseadas em uma noção de infância, presente naquela época, em que a

“criança precisava ser protegida, cuidada, amparada e educada, daí a necessidade de propagar os ideais higienistas, que a preservariam dos males e a poupariam da morte prematura” (Ribeiro, 2006, p. 30). Assim, Ribeiro (2006) salienta que a influência das ideias higienistas, propagadas naquele período, também interferiu na concepção de família, a qual passa a ser vista, portanto, como incapaz de proteger seus membros, principalmente as crianças. Dessa forma, no âmbito do que precederia as primeiras práticas de saúde mental para crianças, os manicômios passam a ser um local destinado aos ditos insanos, sobretudo aqueles de classes sociais mais baixas.

À vista disso, até meados da década de 1980, as práticas de cuidado para crianças e adolescentes estavam intimamente ligadas a uma institucionalização Rizzini (2005), particularmente através das instituições de ensino e dos manicômios, este último, muitas vezes, sem uma diferenciação no cuidado com esse público.

3 MOVIMENTOS SOCIAIS E UMA NOVA PERCEPÇÃO: SUJEITOS DE DIREITOS

No período de democratização brasileira, quando ocorreram os movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, bem como a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a discussão sobre as práticas em saúde mental de crianças e adolescentes e o sofrimento psíquico destes não acontecia com a mesma efetividade. Diversos pesquisadores da história da saúde mental no Brasil, dentre eles, Ribeiro (2006) e Couto e Delgado (2015), destacam que crianças e jovens permaneceram à mercê de uma lógica adultocêntrica ou ficaram até mesmo sem espaço de inteligibilidade no campo da saúde mental até meados dos anos 2000.

Ao final da década de 1980, importantes estudos foram publicados sobre crianças e jovens institucionalizados (Altoé, 1980; Rizzini, 1993). No entanto, era preciso, antes, avançar em uma forma substancial de compreender a criança. A partir dessa primeira revolução paradigmática, pode-se pensar uma clínica e não apenas um encarceramento ou assistência. Como destaca Amarante e Torre (2017), as últimas quatro décadas foram de significativas

mudanças na forma de se tratar a loucura e de se pensar novos rumos para as políticas de saúde mental.

As mudanças advindas, sobretudo, por meio da reforma sanitária e dos movimentos sociais que se delinearam em conjunto e em comum objetivo de reivindicações relacionadas ao processo de promoção e efetivação dos direitos sociais, permitiram importantes mudanças e conquistas políticas e sociais no âmbito social e da saúde mental. Assim, será introduzido, a seguir, um segundo e importante período, destacado por Jucá (2019), que sofreu influência e perpassou alguns desses momentos históricos de redemocratização do país e de implementação do SUS, com ênfase para o desenvolvimento de políticas de saúde mental.

Durante a década de 1970, a partir dos movimentos sociais e de reformas políticas, houve a criação, em 1978, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que protagonizou diversas lutas importantes no que diz respeito ao modelo hospitalocêntrico vigente, a hegemonia do saber psiquiátrico, às violências praticadas nos manicômios e a uma mercantilização da loucura, de modo que, em 1987, foi realizado o II Congresso Nacional do MTSM intitulado “por uma sociedade sem manicômios” (BRASIL, 2005, n.p.). Esse período em que se iniciou o movimento sanitário, o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil e em que houve a criação do MTSM demarca o início de um novo período da Saúde Mental no Brasil.

Em consonância com essa perspectiva de mudanças, em 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental que traz discussões e proposições de novas práticas assistenciais. Alguns meses antes, em março de 1987, também havia sido inaugurado, em São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, mostrando um marco na construção de novas práticas com pacientes graves. Outras atuações nesse sentido ficam mais evidenciadas a partir de 1989 (Borges; Baptista, 2008), quando a prefeitura de Santos decreta a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, implantando Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) 24h, promove a residência para egressos e fomenta a criação de cooperativas e associações, que viabilizaram a demonstração da criação de uma rede de cuidados substitutiva aos hospitais psiquiátricos.

O final da década de 1980 também foi marcado pelo projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, recomendando uma gradual extinção dos manicômios no Brasil, o que abriu grande debate na sociedade, permitindo movimentações locais entre trabalhadores e usuários, que culminaram em diversas leis estaduais de reforma na década de 1990 (Schechtman; Alves, 2014). Percebe-se que, no Brasil, a reforma psiquiátrica tomou contornos complexos, permitindo um novo cenário de participação social e política, que vão além das mudanças das práticas de saúde. Entretanto, nesse contexto, por meio do qual a participação social ganha notoriedade, como ficam as crianças e adolescentes?

Paralelamente a esses movimentos ocorridos em 1990, período marcado também pela regulamentação do SUS (Lei nº. 8.080 e Lei nº. 8.142) e pela Conferência de Caracas, que buscou uma reestruturação da assistência psiquiátrica no continente americano, também é possível perceber a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Pode-se dizer, então, que estes vão ser alguns dos principais marcos legais, para o que surgiria posteriormente como diretrizes para uma política de saúde mental infantojuvenil, visto que a declaração de Caracas norteia a formulação e a implementação da política de saúde mental brasileira e que são as diretrizes do SUS, juntamente com as premissas do ECA de proteção integral da criança e do adolescente, que irão nortear a atenção psicossocial infantojuvenil.

Como destacam Rizzini *et al* (1999), as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas pelo discurso dos “meninos de rua”. Entretanto, esse é um discurso que, apesar de apresentar relevância na conquista de direitos e regulamentações voltados para a crianças e adolescentes, camufla outras problemáticas no âmbito da questão social da pobreza e invisibiliza outros aspectos que envolvem esse público (Rizzini; Barker; Cassaniga, 1999). Os importantes marcos legais ressaltados acima demonstram a importância de garantir e de tornar acessível os direitos básicos da população, para promover, minimamente, as condições necessárias para um bom desenvolvimento de crianças e adolescentes. No entanto, o que se observa nesse período é uma condição de invisibilidade no que tange às práticas de cuidado com crianças e adolescentes.

Alberti e Almeida (2005), no artigo intitulado “*Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise em um hospital geral*”, relatam sobre as experiências que ocorreram entre as décadas de 1970 e 1990 e afirmam que “o significante criança aparecia no Serviço de Pediatria, porém vinculado aos discursos da ciência e da pedagogia, ou seja, de forma atrelada ao significante educação” (Alberti; Almeida, 2005, p. 60).

Percebe-se que há, nesse período, uma predominância desses discursos, mesmo que tenham sido momentos em que diferentes práticas tenham iniciado, como ocorre nos relatos desse mesmo artigo (Alberti; Almeida, 2005), como com o trabalho em equipe multiprofissional em Centro de Tratamento Intensivo (CTI) pediátrica, a atuação de psicanalistas desde o início da Unidade Clínica de Adolescentes (UCA), em 1976, no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), assim como nos trabalhos iniciados em 1994 no Setor de Saúde Mental da UCA, que veio a se tornar o Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente (NESA/UERJ).

Desta maneira, mesmo que tenham ocorrido diferentes formas de intervenção com crianças e adolescentes nesse período, essas ainda estavam muito atreladas aos aspectos pedagógicos e à garantia de direitos, de modo que, em momento posterior, torna-se possível analisar um crescimento das discussões voltadas para esse público no campo da saúde mental no Brasil, além das discussões acerca das psicopatologias e das questões específicas da época.

4 VIRADA DO SÉCULO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Em artigo sobre as políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, Braga e D’oliveira (2019) destacam como a criação dessa política está inserida no contexto da reforma psiquiátrica, apesar da quase inexistente discussão acerca da infância e da adolescência nesse movimento. Os autores afirmam que a consolidação do ECA, concomitante ao processo de Reforma Psiquiátrica e ao processo de implementação de uma Política Nacional de Saúde Mental, exigiu a reestruturação das práticas e políticas para este público.

Como lembra Couto (2015, p.21), os “marcos legais por si não alteram a realidade, podem, em certas circunstâncias, produzir modulações no real, agindo ativamente na inscrição social de novas concepções e práticas eticamente sustentáveis”. Entretanto, esta autora ressalta que houve, a partir da Lei nº. 10.216, em 2001, uma importante mudança no campo da saúde mental, tendo em vista que ela passa a ser considerada política de Estado ao invés de se configurar apenas como um programa do governo, de maneira que possibilitou o surgimento de novas legislações, como é o caso da Portaria 336/2002, a primeira a trazer orientações a respeito da saúde mental infanto-juvenil com a regulamentação do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) como serviço de referência nessa nova política.

Jucá (2019), ao considerar a posição que crianças e adolescentes passam a ocupar como sujeitos de direitos, os quais passam a ter políticas públicas direcionadas à garantia de existência desse lugar social, também considera esse marco como pertencente a um segundo momento. Entretanto, a partir desse período, de novas legislações no âmbito das políticas de saúde mental, objetiva-se demarcar, a partir da Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001, um terceiro momento, pois foi a partir desse marco legal que ocorreram algumas movimentações para se pensar acerca das políticas de saúde mental infantojuvenil.

Foi, portanto, a partir desse terceiro momento — diferentemente do que Jucá (2019), anteriormente, havia pensado — que surgiram algumas movimentações reflexivas direcionadas às políticas de saúde mental infantojuvenil. Como esse marco foi oriundo de algumas atividades, especialmente as lideradas por trabalhadores de saúde, nessa política em questão, esses profissionais também preconizaram importantes discussões, tendo papel fundamental na história que, iniciada principalmente a partir da III Conferência Nacional de Saúde, possibilitou a criação do Grupo de Trabalho (GT) para implantar o “Fórum Nacional sobre Atenção à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes” através da Portaria nº. 1.946/03. Em 2004, outro importante passo é dado com a Portaria GM nº. 1.608, que institui o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, composto inicialmente por 32 instâncias de diferentes setores para se discutir e deliberar sobre esse campo e sobre uma política para o público infantojuvenil.

Em 2005, houve a publicação de um documento oriundo do Fórum anteriormente citado, o documento é intitulado “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”. Nesta publicação, além de uma apresentação sobre o fórum, são publicados artigos da primeira reunião com o tema “Institucionalização e Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes Brasileiros” e é exposto os princípios e diretrizes para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil. Tais princípios são ressaltados como advindos de uma ética e lógica do cuidado, ao qual a criança e adolescente são sujeitos. Assim, é ressaltada a noção de sujeito de direitos, que precisa ser respeitado em sua singularidade, em concomitância com a noção de um sujeito implicado e “responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma” (BRASIL, 2005, p.11).

Torna-se importante ressaltar, portanto, que essas publicações iniciais do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil foram emblemáticas pelo olhar e pelo trabalho desenvolvido com estes sujeitos, tendo em vista a mudança de posição que eles passam a ocupar nas práticas e políticas desenvolvidas. Considerando que no início do século XX houve uma forte concepção higienista e “a criança não tinha voz, ou seja, seu sintoma não tinha lugar, não respondia pelo lugar de sujeito” (Couto; Silva, 2018, p. 8), o início do século XXI passa a dar espaço a esse sujeito, que em décadas anteriores, tornam-se vistos como sujeitos de direitos e cidadãos, mas aqui também são visualizados como sujeitos do inconsciente, marcado pela psicanálise.

Esse ato inaugural da escuta do sujeito como condição fundamental para o trabalho com os pacientes do CAPSi é marcado pela psicanálise e sua influência nesse campo, como bem articula Rosemary Fiaes Pinto (2005) em sua dissertação intitulada “CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico”. Nesta pesquisa, a autora também destaca como essa:

articulação clínico-política sugere esse lugar inaugural na constituição do campo da saúde mental infanto-juvenil e revela a contribuição da psicanálise para a direção do tratamento. A partir desse novo olhar é possível sustentar a inclusão do enfoque analítico para as crianças e adolescentes com graves sofrimentos psíquicos (Pinto, 2005, p.9).

Portanto, é um olhar voltado também para os aspectos psíquicos e clínicos dos casos, nessa nova pactuação de uma política de saúde mental infanto-juvenil, orientada principalmente pelo espaço dos CAPS, sobretudo do CAPSi, que vem — teoricamente — dar lugar e direcionar essas práticas para crianças e adolescentes. Como afirma Couto (2012), apesar do CAPSi também ter tido uma influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do ECA, “foram encontradas diferenças de entendimento sobre temas centrais relacionados à missão política, institucional e clínica do CAPSi” (Couto, 2012, p.72).

Assim, apesar dessa nova perspectiva de cuidado clínico, evidenciada com o surgimento do CAPSi, muitos eram os questionamentos em torno desse serviço e suas práticas. Entre essas querelas destacadas por Couto (2012) estavam: para quem são destinados esses serviços? Para o tratamento de casos graves e persistentes? Se sim, a partir de quais critérios? Seria levado em consideração categorias diagnósticas, aspectos psicossociais? Haveria atendimento de urgência e emergência? Qual a faixa etária do público atendido?

Apesar desse importante direcionamento que passou a ser adotado nas práticas de cuidado a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico a partir dos anos 2000, com a chegada do CAPSi percebe-se que quase vinte anos depois os questionamentos levantados anteriormente ainda se fazem presentes e pertinentes ao pensarmos nos serviços dos CAPS, dos CAPSi e demais serviços da rede. Compreendendo a importância de tais questões, em 2011, a Portaria MS/GM nº. 3.088 trouxe uma maior especificação em relação à Portaria nº. 336, de 2002, no que compete ao público atendido pelo CAPS I, de modo que afirma que o CAPSi:

atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2011, n.p.).

Assim, importantes conquistas foram se firmando a partir das primeiras legislações de saúde mental, da implementação dos CAPS, dos Fóruns, do III e IV Congresso Nacional de Saúde Mental (CNSM) e suas deliberações. O III CNSM foi muito importante para a política de Saúde Mental para Criança e

Adolescente (SMCA) por ter suscitado a necessidade dessa organização a partir das novas concepções de proteção à criança e ao adolescente e seus direitos à cidadania, saúde e lazer. Já o IV CNSM veio demarcar algumas discussões e necessidades percebidas em relação à importância de um trabalho intersetorial, de uma atenção ampliada e de uma organização em rede na assistência a esse público no SUS (Couto; Delgado, 2015).

Em 2011, convergindo com tais deliberações percebidas no IV CNSM, bem como com uma série de construções nas reuniões do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, pode-se observar um período em que importantes recomendações são levantadas e que ensejam a necessidade de um trabalho intersetorial e em rede. Desse modo, em dezembro de 2011 é implantada a Portaria MS/GM nº. 3.088, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial no SUS (RAPS), para atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). Como evidenciado por Jucá (2019), acredita-se que essa portaria inaugura um novo momento para as práticas de saúde mental voltadas para o público infantojuvenil. Entretanto, parece ter sido o início de um período de efetivação de políticas intersetoriais que foram interrompidas em seguida, como veremos no próximo tópico.

Durante o ano de 2012, o fórum promoveu um encontro nacional por meio do qual foram debatidos alguns pontos para a construção de uma rede de saúde mental infantojuvenil, tendo em vista a instauração da RAPS. Nesse período, também foi articulada uma cartilha juntamente com o Ministério da Justiça e com os defensores dos direitos humanos. Em 2014, por sua vez, o material foi lançado e intitulado: “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos” (BRASIL, 2014). Esta cartilha tem uma grande relevância, pois resgata os principais marcos históricos, tanto no campo da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, como no campo dos direitos humanos, destacando princípios que referenciam o trabalho desse público, tendo em vista a importância de se trabalhar o caso em questão, os fatores e atores envolvidos, a partir de um trabalho intersetorial e em rede.

Deste modo, percebe-se que desde 2011 importantes documentos e legislações foram construídos, visando a sustentar formas de cuidado em

destaque e discussão desde o início dos anos 2000, de forma que a criação da RAPS tornou possível também um modelo de trabalho psicossocial fomentado desde a reforma psiquiátrica. Mas o que se sustenta da estruturação dessas diretrizes, principalmente a partir de 2016, período em que houveram significativas mudanças no cenário político do país?

5 MUDANÇAS POLÍTICAS E UMA NOVA PERSPECTIVA DE SAÚDE MENTAL?

Contrariamente ao que se instituiu a partir de 2011, com a criação da RAPS e uma proposição de trabalho em rede condizente com o modelo assistencial defendido pela Reforma Psiquiátrica, parece haver também a partir de 2010 — conforme destacado por Guimarães e Rosa (2019) —, uma tendência a remanicomialização das práticas em saúde mental. Ao proporem uma análise do período de 2010 a 2019, estas pesquisadoras destacam uma nova conjuntura diante do Decreto nº. 7.179, de 2010, por tratar do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas e das repercussões seguintes, com a inserção das Comunidades Terapêuticas na RAPS e as propostas de uma nova Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Em análise de cerca de quinze documentos emitidos pelo Governo Federal entre os anos de 2016 e 2019, isto é, desde a saída da presidente Dilma Rousseff até o atual governo, Cruz *et al* (2020) indicam os diferentes caminhos desenhados na perspectiva das políticas de saúde e de saúde mental do país. Tendo em vista que as novas orientações e medidas revelam um incentivo às internações psiquiátricas, ao financiamento de comunidades terapêuticas e a uma postura mais proibicionista em relação às drogas, os autores sinalizam tratar-se de um período de retrocesso em relação às conquistas provenientes da reforma psiquiátrica. Como bem lembram Couto e Delgado (2019, p. 2): “antes da reforma psiquiátrica, temas como a saúde mental de crianças e adolescentes e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, estavam fora da política de saúde mental e da saúde pública”.

Atualmente, estamos vivenciando o que pode ser considerado como um quarto período no que tange às práticas de cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes, tendo em vista as mudanças paradigmáticas em

relação aos direcionamentos no campo da saúde e da ‘nova’ Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Um dos primeiros acontecimentos que demarcam esse período é a Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016), oriunda da PEC 241/2016 — também conhecida como PEC da morte — que versa sobre limite de despesas primárias e vem reduzir e enfraquecer os investimentos em diversas políticas, como na saúde e na educação.

Notadamente, apesar da análise acerca das diversas fragilidades no campo das ações e programas desenvolvidos pelo Estado e direcionados para crianças e adolescentes, como é o caso da política de saúde mental, tratada de forma tardia no país, percebe-se que o desmonte das políticas públicas e de todas as suas conquistas tende a enfraquecer ainda mais a possibilidade de efetivação dos direitos sociais para esse público, que, muitas vezes, já é marcado por uma série de vulnerabilidades sociais e desassistência.

Esse foi o início de uma série de movimentações nas legislações de orçamento público que, como é bem destacado na cartilha do Cedeca (2021, p. 32), “muito mais que um instrumento técnico e burocrático, o orçamento é um instrumento fundamentalmente político, pois evidencia as prioridades políticas na destinação de recursos de cada governo.” Dessa forma, verifica-se que uma série de políticas primárias deixa de possuir prioridade nesse período, entre elas, pode-se citar a da RAPS, que apresenta um direcionamento orçamentário cada vez menor e se torna invisibilizada a partir do orçamento de “Gestão e manutenção da atenção especializada em saúde”, ao qual passa a ser incluída juntamente com outros serviços de nível secundário e terciário (Cedeca, 2021).

Em paralelo a esse movimento de cortes nas políticas de saúde mental vigentes naquele período, começaram a ocorrer incentivos para o custeio dos hospitais psiquiátricos a partir da resolução 32 da Comissão Tripartite em 2017 (BRASIL, 2017). Essa resolução, além de incluir hospitais na RAPS, também insere o hospital-dia nessas novas diretrizes clínicas para o cuidado (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2019). Estes autores ressaltam, então, que foi a partir dessa resolução que houve um fortalecimento da lógica hospitalar em contraponto a lógica de serviços comunitários que vinha sendo estabelecida a partir da reforma psiquiátrica. Havendo, assim, corte na verba dos CAPS e mudanças na forma de registrar as ações que impactaram fortemente a

apresentação das produções dos serviços e, consequentemente, o recebimento de recursos. Assim:

As resoluções 35 e 36 da CIT foram aparentemente criadas para se aproveitar desta fragilidade dos serviços e, em vez de buscar aprimorar o sistema de informações e de fiscalização da aplicação dos recursos, cortam diretamente os recursos na esfera federal, asfixiando financeiramente os serviços comunitários. Por um lado, a 'nova' PNSM traz componentes que aumentam sistematicamente o financiamento de estruturas hospitalares/asilares e, por outro, exerce o contingenciamento de recursos da atenção de base territorial, com pautando-se nas restrições postas por essas resoluções (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2019, p. 8).

Nesse mesmo período também é publicada a Portaria 3588/2017 acerca dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD IV), os Serviços Hospitalares de Referência (SHR), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e algumas providências, como o aumento do valor da diária das internações em hospitais psiquiátricos. Essas medidas levaram o Conselho Nacional de Saúde a recomendar a revogação dessa portaria, tendo em vista a falta de participação popular no ato de sua construção e pelo seu teor, que altera a ideia da RAPS, ao privilegiar serviços de lógica hospitalar e asilar ao invés dos de atenção territorial e comunitária (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2019).

O ano de 2018 foi de muitas movimentações e de implementação de itens da portaria nº 3.588/2017, com a efetivação de portarias e de resoluções que passaram a interferir no campo da saúde mental, como é o caso da resolução nº. 35 e nº. 36 da CIT, que atingem financeiramente os CAPS e serviços comunitários. Nesse campo, um dos maiores impactos que se tem é o que ocorre na política sobre drogas, sendo um período em que há uma diminuição no investimento de serviços comunitários e o incentivo ao cadastramento e financiamento de comunidades terapêuticas, ou seja, o retorno de uma lógica proibicionista e asilar.

Em nota técnica nº. 11/2019 é nítida a diferença no discurso acerca da saúde fomentado desde a reforma psiquiátrica. Tem-se, inclusive, nesse documento, o argumento central de que a política de saúde mental, que estava sendo implementada até então, corroborava para o agravo dos transtornos mentais, no aumento das taxas de suicídio e nas chamadas “cracolândias”, por conta do fechamento de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2019). Entretanto,

além de não incluir uma série de outros fatores que envolvem as questões de saúde da população, como aspectos sociais, econômicos, culturais, raciais, dentre outros, esse argumento, enfatiza a falta de um único serviço, enquanto toda uma rede e política ainda estava sendo implementada, mas de modo muito defasado no que se refere ao que era proposto em suas regulamentações.

Sendo assim, ao invés de termos um fortalecimento da RAPS e sua implementação, o que se tem visto é uma fragilização, com falta de recursos, e uma inversão de sua proposta, com o enfraquecimento da ideia do trabalho territorial e em rede. Tal precarização pode ser percebida mais recentemente, com a medida da portaria nº. 596, publicada em 22 de março de 2022. Ela vem fortalecer ideias da “nova” PNSM, visto que revoga itens acerca de ações de desinstitucionalização, dificultando o trabalho de reinserção social e voltando a privilegiar uma lógica assistencial asilar e manicomial.

Acerca do cuidado de crianças e adolescentes, o documento de referência presente no site do Ministério da Saúde acerca das linhas de cuidado da RAPS continua recomendando, em 2022, o material publicado em 2014 e, citado anteriormente, intitulado: “Atenção Psicossocial à Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos”. Todavia, esse é um documento que preza pelo sujeito e por seus direitos, por sua autonomia, por um cuidado intersetorial, por um tratamento caso a caso, em que pode haver a internação, mas enfatizando o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário e sua inserção social, resguardando o processo de desinstitucionalização. Arbitriamente, a nota técnica nº 11/2019, que traz apenas um item direcionado a esse público, vem falar apenas sobre a internação psiquiátrica e sua possibilidade, em termos jurídicos.

Ademais, as últimas medidas no âmbito da saúde mental, ao invés de efetivar estratégias de cuidado com esse público, enfraquecem as políticas de saúde mental e a possibilidade de um trabalho intersetorial, essencial para o trabalho com esse público e que foi tão pautado nos últimos vinte anos. Nos documentos analisados de 2016 a 2022, poucas são as referências ao público infantojuvenil. Os trechos sobre crianças e adolescentes afirmam a lógica de um cuidado asilar e uma prática baseada na institucionalização de serviços como hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e CAPS AD IV. Desse

modo, estaríamos, novamente, silenciando esses sujeitos e as práticas de cuidado voltadas para eles?

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para além da referência ao público infantojuvenil nas últimas legislações de saúde mental, o que se percebe é a falta de uma implementação das políticas existentes, com uma defasagem de serviços para dar conta das demandas cada vez mais crescentes. Como é o caso, por exemplo, do município de Fortaleza, que, desde 2007, não inaugurava um novo CAPSi, apresentando apenas três, para uma população de quase três milhões de habitantes (IBGE, 2021), enquanto estima-se que deveria ter pelo menos dez equipamentos especializados para esse público.

Configura-se, assim, um retrato do investimento e da atenção pública no Brasil, país que, historicamente, traz poucas discussões e poucos serviços voltados para o público infantojuvenil e que é ainda mais impactado pelo hiato de investimentos na rede de serviços comunitários. Mesmo após uma maior discussão acerca da saúde mental dessa população no início do século XXI, não se tem o ensejo e a efetivação de novas propostas, projetos e lugares para o cuidado de crianças e adolescentes.

Quando retomamos os momentos históricos para refletir acerca de suas reverberações nas práticas de cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes, percebemos que, em um primeiro momento, as práticas ainda eram muito incipientes, de modo que não havia um trabalho voltado para as especificidades desse público. Além de ter sido um período em que a lógica institucionalizante era mais evidente, seja por conta de questões sociais ou por questões voltadas à saúde mental, segregar era a consequência de uma intervenção de aspecto normativo e moral.

Em um segundo período, momento de grande participação social na luta por direitos e nas conquistas no âmbito da saúde, começou a se delinejar uma nova perspectiva de trabalho com crianças e adolescentes. Na área da saúde mental, a reforma psiquiátrica também teve um importante papel na configuração do modelo de atenção psicossocial que viria a se estabelecer em seguida.

O terceiro e, talvez, mais importante período, deu-se a partir das legislações instituídas no início dos anos 2000, que direcionaram uma nova forma de tratamento a partir da Lei nº. 10.216/2001 e da Portaria nº. 336/2002, que traz o CAPSi como serviço especializado no cuidado desse público. Assim, temos um primeiro momento de amplas discussões acerca de uma política de Saúde Mental Infantojuvenil, com uma abordagem mais enfática dos sujeitos e de suas histórias, para um trabalho em rede intersetorial. Sendo o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil um importante espaço para dar voz e construir essas questões, registrar esse histórico, produzir materiais de referência e algumas recomendações. Em consonância com o modelo de cuidado pensado, em 2011, a RAPS foi criada, o que iria corroborar com o modelo de atenção à saúde mental infantojuvenil difundida até então.

Entretanto, iniciou-se um quarto período a partir de 2016, em que cortes nas verbas destinadas à saúde e aos serviços de saúde mental inibiram ainda mais o surgimento de outros CAPSi, por exemplo. Além disso, as medidas adotadas pelo Governo Federal enfraquecem a proposta de um trabalho de base comunitária e territorial, fortalecendo mais uma vez a assistência de hospitais psiquiátricos, incluindo as comunidades terapêuticas na RAPS e recomendando, inclusive, a extinção do termo substitutivo. Tais medidas só precarizam a efetivação de uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil que ainda vinha sendo galgada e retoma um modelo no qual a institucionalização predomina.

Desse modo, torna-se urgente o fortalecimento de práticas e políticas de cuidado para crianças e adolescentes, sobretudo no período atual em que a pandemia por Covid-19 acarretou impactos sociais e econômicos, mas também agravou quadros de sofrimento psíquico da população. O “Dossiê Infâncias e COVID-19”, ao afirmar que crianças e adolescentes no contexto de pandemia são ainda mais vulneráveis no que tange ao âmbito da saúde mental, ressalta que, no Brasil, “para enfrentar tais desafios, é preciso que se aloquem recursos de forma estratégica para promoção dos direitos fundamentais por meio de políticas intersetoriais, desde a primeira infância até a adolescência” (Cifali, 2022, p.13).

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Sonia; ALMEIDA, Consuelo Pereira de. Relatos sobre o nascimento de uma prática: Psicanálise em hospital geral. In: ALTOÉ, Sonia; LIMA, Marcia Mello de. (Org.). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p. 55-71.

ALTOÉ, Sonia. *Analyse institutionnelle d'une institution d'enfants handicapés*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Paris VIII, 1980.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Direitos humanos, cultura e loucura no brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. In: OLIVEIRA, Walter Ferreira de; PITTA, Ana Maria Fernandes; AMARANTE, Paulo. (Org.). *Direitos Humanos e Saúde Mental*. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 107-133.

ASSUMPÇÃO JÚNIOR, Francisco Baptista. História da Psiquiatria Infantil Brasileira. In: Francisco B. Assumpção Jr.; Evelyn Kuczynski. (Org.). *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, v. 1, p. 3-12, 2003.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. In: Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 2, p. 456–468, fev. 2008.

BRAGA, Claudia Pellegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p. 401-410, 2019. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>. Acesso em: 14 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. *Diário Oficial da União*: seção 1 Brasília, DF, n. 245. p. 239. 22 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, 2014. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_criancas_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 9 de abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2011. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 17 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento

de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica nº 11/2019*, de 4 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 8 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2016.

CEDECA. Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Ceará. A política de saúde mental para crianças e adolescentes em Fortaleza: é sobre isso e não tá tudo bem. Fortaleza, set. 2021. *Cedecaceara.org.br* [site]. Disponível em:
<https://cedecaceara.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Monitoramento-Saude-Mental-CEDECA-Ceara.pdf>. Acesso em: 8 out. 2022.

CIFALI, Ana Claudia et al. *Dossiê infâncias e covid-19: os impactos da gestão da pandemia sobre crianças e adolescentes*. Centro de Estudos e Pesquisas de Direitos Sanitários – CEPEDISA. Instituto Alana: São Paulo, 2022.
Disponível em:
<https://alana.org.br/wp-content/uploads/2022/03/DOSSIE-INFANCIAS-E-COVID-19.pdf>. Acesso em: 8 out. 2022.

COUTO, Daniela Paula do; SILVA, Mardem Leandro. A Psicanálise de Crianças no Brasil: um relato histórico. *Psicol. pesq.*: Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p. 94-102, dez. 2018. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472018000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2022.

COUTO, Maria Cristina Ventura. *Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)*. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), 2012. 178 f.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia desafios atuais. *Psicologia Clínica*, v. 27, n. 1, p.17-40, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>. Acesso em: 18 jul. 2022.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 12 out. 2022.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>. Acesso em: 16 out. 2022.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. *Diretoria de pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais, estimativas da população residente*. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/fortaleza.html>. Acesso em: 06 mar. 2022.

JUCÁ, Vládia. As Políticas de Saúde Mental Infanto Juvenil no Brasil: A construção de uma Rede de Atenção Psicossocial sensível às especificidades da infância e da adolescência. *Emboranal: Revista da Associação Nacional de História do Ceará*. Fortaleza, vol. X, n. 19, jan./jun., 2019. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/embornal/article/view/3238/2734>. Acesso em: 06 mar. 2022.

LIMA, Rossano Cabral. Saúde Mental na Infância. In: Jorge, Marco Aurélio Soares; Carvalho, Maria Cecilia de Araujo; Silva, Paulo Roberto Fagundes da Silva. *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 41-58, 2014.

PINTO, Rosemary Fiães. *CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticas: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico*. Dissertação de Mestrado em Pesquisa Clínica em Psicanálise. Rio de Janeiro: UERJ, 2005. 105f.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 1, 2006, p. 29-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100004>. Acesso em: 5 ago. 2022.

RIZZINI, Irene. Abordagem crítica da institucionalização infanto-juvenil no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 29-34, 2005.

RIZZINI, Irene. *Assistência à infância no Brasil: uma análise de sua construção*. Rio de Janeiro: EDUSU, 1993b.

RIZZINI, Irene; BARKER, Gary; CASSANIGA, Neide. Políticas sociais em transformação: crianças e adolescentes na era dos direitos. *Educar em Revista*. n. 15, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.196>. Acesso em: 25 set. 2022.

SCHECHTMAN, Alfredo. Exortação às Mães: uma Breve Consideração Histórica da Saúde Mental Infantil no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p.25- 29, 2005.

SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingo Sávio. A organização da política de saúde mental. In: Jorge, Marco Aurélio Soares; Carvalho, Maria Cecilia de Araujo; Silva, Paulo Roberto Fagundes da Silva. *Políticas e cuidado em saúde mental*: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 41-58, 2014.

ZANIAMI, Ednéia Jose Martins; LUZIO, Cristina Amelia. A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Psicol. Ver.*, v. 20, n. 1, p. 56-77, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2014v20n1p56>. Acesso em: 14 mar. 2022.