UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIA HUMANAS

CURSO DE GESTÃO PÚBLICA

PATRICK ARAÚJO GODOI

SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL DE 2016-2021: TENDÊNCIAS E DESAFIOS

Belo Horizonte

2021

PATRICK ARAÚJO GODOI

SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL DE 2016-2021: TENDÊNCIAS E DESAFIOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Gestão Pública

Orientação: Prof. Dr. José Ângelo Machado

Belo Horizonte

2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a minha companheira e parceira de vida Thaís, não somente pela paciência por me acompanhar tantos anos na vida universitária, por apoiar as trocas decursos e universidades, por impedir nas tantas vezes em que eu quis desistir do Curso e deste trabalho de conclusão, mas por me ajudar a crescer como indivíduo, as mudanças de atitude e pensamento na transformação da semente tosca em árvore que dá fruto, confirma o que diz Cora Coralina que o início e o fim da jornada pouco importam, mas a semeadura na caminhada é que trará a colheita farta.

Agradeço também aos meus pais Jair e Shirley a quem devo as fichas depositadas, o incentivo ao estudo desde muito cedo, mesmo quando poucos acreditavam na minha capacidade em passar num vestibular tão concorrido quanto da UFMG.

Aos professores do DCP que de maneira generalizada sempre propuseram aos alunos a dedicação e busca, que nos torna seres independentes. Consigo lembrar do aluno de exatas que entra pela FAFICH a primeira vez, deslumbra-se com sociologia, que precisava ter nas mãos guias dos professores cada passo a ser dado e o aluno que sai, feliz com os conhecimentos adquiridos em 5 anos, mas que sai mais autônomo.

Ao Prof. Dr. José Ângelo Machado, que mesmo completamente cheio das atividades acadêmicas a ele destinado, aceitou mais um aluno de graduação como orientando e preciosamente pontuou as correções a serem feitas de forma interessada, educada e direta. A forma com que as correções foram realizadas mostram claramente todo carinho que o professor tem pela profissão e explica o porquê o professor é tão bem quisto pelos discentes.

Por fim, mas não menos importante a todos aqueles que vibraram, torceram ou apenas dedicaram alguns minutos de sua vida acreditando que este momento chegaria, a vocês meu muito obrigado.

RESUMO

A loucura foi tratada sob uma lógica punitivista e higienista até meados do século XX. No Brasil, somente a partir de 2001, as mudanças nas legislações conduziram a um modelo afetivo, humanizado e com valorização do território, adotando-se os conceitos-ferramentas da Atenção Psicossocial como direcionador teórico-prático. As crianças e adolescentes apresentam especificidades relacionadas à própria fase do desenvolvimento, em razão de suas necessidades peculiares, sendo consideradas como público de cuidado prioritário pelo Estado. Com isso, houve a necessidade de avanço da construção de políticas públicas voltadas para essa população. Contudo, com a alternância para governos mais conservadores, entre 2016 e 2021, iniciada na gestão do presidente Temer e, atualmente, com o mandato de Bolsonaro, uma série de desconstruções foram realizadas, indo de encontro com a luta antimanicomial e as proposições da Organização Mundial de Saúde então contempladas. Diante desse retrocesso, o objetivo deste estudo é sistematizar medidas públicas que influenciam na assistência de crianças e adolescentes na saúde mental. Foi realizada uma análise documental de atos normativos governamentais referentes aos cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes de 2016 até 2021, disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Além disso, foram utilizadas também notas de repúdio de entidades representativas (ABRASCO e ABRASME) e o estudo de Couto e Delgado. Para esse levantamento foram consideradas Leis, Portarias, Recomendações e Notas Técnicas. Observa-se que a desconstrução acontece, principalmente nas políticas em saúde mental voltadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, com a inclusão de novos serviços que não apresentam a mesma lógica de cuidado em liberdade, territorial e democrática. Tais serviços ferem direitos fundamentais e já garantidos pelo Estatuto da Criança e dos Adolescentes e a Constituição Federal, como o acesso à educação, território, liberdade de crença e de sexualidade. Diversos movimentos de resistência têm se posicionado contra esse movimento de contrarreforma, no entanto, as tentativas de desmonte seguem ritmo acelerado. Ao final foi possível uma melhor compreensão do percurso do desmonte e sobrea construção de movimentos de resistência.

Palavras-chaves: Saúde Mental – Adolescentes– Políticas de Saúde

ABSTRACT

Madness was treated under a punitive and hygienist logic until the middle of the 20th century. In Brazil, only from 2001 onwards, changes in legislation have led to an affective, humanized model that values the territory, adopting the concepts-tools of Psychosocial Care as a theoretical-practical guide. Children and adolescents have specificities related to their own stage of development, due to their peculiar needs, being considered as a priority public of care by the State, advancing in the construction of public policies aimed at this population. However, with the shift to more conservative governments, between 2016 and 2021, which began under President Temer and, currently, with President Bolsonaro, a series of deconstructions were carried out, going against the anti-asylum struggle and guidelines from World Health Organization. In view of this setback, the aim of study is to systematize public measures that influence the assistance of children and and adolescents in mental health. It was realized a documental analysis of government normative acts related to mental health care for children and adolescents from 2016 to 2021 was carried out, available at the Informatics Department of the Brazilian Unified Health System (DATASUS). In addition, repudiation notes from representative entities (ABRASCO and ABRASME) and the study by Couto and Delgado were also used, beyond Laws, Ordinances, Recommendations and Technical Notes. It is observed that deconstruction takes place, mainly in mental health policies aimed at the harmful use of alcohol and other drugs, with the inclusion of new services that do not present the same care logic in freedom, territorial and democratic terms. Such services violate fundamental rights already guaranteed by the Statute of Children and Adolescents and the Federal Constitution, such as access to education, territory, freedom of belief and sexuality. Several resistance movements have positioned themselves against this counter-reform movement, however, the dismantling attempts follow an accelerated pace. In the end, it was possible to better understand the route of dismantling and the construction of resistance movements.

Keywords: Mental Health – Adolescents – Health Policies

LISTA DE IMAGENS

FIGURA 1- Linha do tempo de construção de medidas públicas para saúde mental infantojuvenil 26

FIGURA 2 - Linha do tempo dos documentos públicos contra a reforma psiquiátrica 2016-2021 32

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental

ACSs – Agente Comunitários em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Tratamento o de Usuários de Álcool e Outras Drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNDH – Conselho Nacional de Direitos Humanos

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CT – Comunidade Terapêutica

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EAP - Estratégias de Atenção Psicossocial

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ECT – Eletroconvulsoterapia

EPI – Equipamento de Proteção Individual

MC – Ministério da Cidadania

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MJ – Ministério da Justiça

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNAB - Políticas Nacionais de Atenção Básica

PNMS – Política Nacional de Saúde Mental

PVC – Programa de Volta para Casa

RAPS – Rede de atenção Psicossocial

REME – Movimento da Renovação Médica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 9

1 **A REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** 12

1.1 A emergência do movimento antimanicomial no Brasil 12

1.2 Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) 15

2 **CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA SAÚDE MENTAL** 21

2.1 Adulto, não nos adultere: O (não) lugar da criança e adolescente 21

2.2 Atenção à saúde mental da criança e adolescente na RAPS 24

3 **RESULTADOS E DISCUSSÃO** 31

3.1 Apresentação dos documentos 31

Mudanças de paradigmas, princípios e diretrizes de cuidado 37

3.2 Reflexos das mudanças políticas para as crianças e adolescentes 41

3.3 "Resistir é preciso" 43

4 **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 47

REFERÊNCIAS 49

A utopia está lá no horizonte

Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos.

Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos

Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei

Para que serve a utopia?

Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar

Eduardo Galeano

APRESENTAÇÃO

Em tempos de incerteza política, privação de direitos e inseguranças no caminho da construção da democracia tornaram precárias as condições que um dia levaram à construção de um tratamento mais humanizado, afetivo e, consequentemente, mais efetivo para crianças e adolescentes em sofrimento mental. O desenvolvimento de trabalhos científicos sistematizados pode fortalecer a implementação de políticas públicas de saúde mental para além da lógica saúde-doença, analisando a operação dos dispositivos preconizados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e já existentes, apontando avanços, obstáculos ou ainda retrocessos. Mais que isso, é necessário que esses numerosos resultados de pesquisas atravessem os muros dessas instituições e atinjam seus verdadeiros financiadores, a população.

Este trabalho pretende dar sua contribuição ao realizar a sistematização de documentos públicos emitidos pela União de 2016 a 2021, que influenciam no cuidado de crianças e adolescentes em saúde mental e que estão em discordância com décadas de lutas e construções coletivas. Toma-se como ponto de partida as mudanças de direcionamento político que ocorrem a partir dos Governos Presidenciais de Temer e Bolsonaro, compreendendo que a emissão desses documentos se apresenta como estratégia de uma "nova" política em saúde mental.

Para responder como essas políticas e documentos públicos voltados ao cuidado de saúde mental de crianças e adolescentes tem se desenvolvido ao longo desse período, foi adotada uma estratégia metodológica qualitativa baseada na análise documental e, para orientar tal análise, foram selecionados os decretos, portarias, resoluções, editais, notas técnicas e recomendações publicadas pelo Governo Federal, a partir dos dados disponibilizados no Departamento de

Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Além disso, foram utilizadas também notas de repúdio de entidades representativas (ABRASCO, 2019; ABRASME, 2020) e o estudo de Couto e Delgado (2015). Os documentos levantados e selecionados para este estudo tratavam de determinações de políticas públicas orientadoras de práticas de cuidado para as crianças e adolescentes na saúde mental.

No primeiro capítulo é apresentada uma reflexão sobre a trajetória histórica da reforma psiquiátrica que resultou nas ações e direcionadores práticos-teóricos atuais de atenção à saúde mental. Neste capítulo, são discutidas as diferenciações da lógica biomédica com a perspectiva relacional, destacando a valorização da subjetividade e das singularidades como contraponto à uma assistência esvaziada de vida e baseada na segregação, como a representada pelo paradigma manicomial. São apresentadas também as políticas brasileiras de Atenção Psicossocial e os seus conceitos-ferramentas, uma vez construídas sob a perspectiva de tornar-se referência para atuação no território e baseadas em ações intersetoriais. As Estratégias de Atenção Psicossocial (EAP) e seus dispositivos assumiram, como objetivo, um acompanhamento dos usuários em rede, aproximando-se da sua realidade e atendendo as necessidades desses sujeitos.

No segundo capítulo são discutidas as especificidades da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e as particularidades adotadas pelas normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento a essa faixa etária. Inseridas tardiamente na história da reforma psiquiátrica brasileira, as políticas voltadas para as crianças e adolescentes têm uma história fortemente marcada pela tutelagem e exclusão em instituições filantrópicas. Com isso, nesse capítulo, serão apresentadas perspectivas para o modelo de atenção à saúde mental desse público que vigeu até o ano de 2016, quando o início do Governo Temer iniciou um conjunto de mudanças nas políticas públicas de saúde.

No terceiro capítulo são apresentados discutidos e apresentados os resultados da pesquisa documental com a apresentação dos documentos públicos levantados de 2016 a 2021, que refletem na orientação para a assistência em saúde mental de crianças e adolescentes na saúde mental, em comparação com o que esteve em processo de construção e consolidação por mais de três décadas no Brasil. É realizada ainda uma reflexão sobre as políticas públicas de desinvestimento que atuam contra a reforma psiquiátrica. A análise e discussão da sistematização desses documentos ocorreu a partir de três parâmetros: mudanças de princípios e diretrizes de assistência que ocorreram neste período, principais repercussões no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes e resistências de movimentos sociais.

1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O objetivo deste capítulo é trazer um panorama da história da saúde mental, da reforma psiquiátrica e das políticas voltadas à população em sofrimento psíquico até 2016 para o contexto brasileiro. Para atende-lo, está organizado em duas partes. Na primeira, serão discutidos, brevemente, os movimentos que deram origem à reforma psiquiátrica e a relação com a loucura ao longo do tempo. E na segunda, serão apresentadas a organização dos serviços e como eles se direcionam ética e politicamente em sua prática no contexto brasileiro.

1.1 A emergência do movimento antimanicomial no Brasil

O relacionamento com a loucura, por séculos, foi marcado por uma lógica higienista, punitiva e segregatória, caracterizada por intermináveis internações psiquiátricas, violência e exclusão social. Em certo sentido, tratou-se de um holocausto silencioso que ilustrava a intolerância à diversidade. Baseado no modelo biomédico, a terapêutica era direcionada pelo isolamento e hospitalização (AMARANTE, 2007).

Em oposição a essas ideias, grandes movimentos de reforma psiquiatra surgiram a partir dos anos 60 do século XX e passaram a questionar esse modelo de assistência. Guiados por uma concepção ampliada e humanizada, eles direcionaram suas práticas para uma conexão com a sociedade e a cultura, compreendendo o sujeito em sofrimento psíquico para além de sua patologia. Na Inglaterra tais movimentos tomaram forma com as comunidades terapêuticas; na França, com a psicoterapia institucional e psiquiatria de setor; nos Estado Unidos, com a psiquiatria preventivo-comunitária e, já mais adiante na história, com a anti-psiquiatria inglesa e a desinstitucionalização italiana (AMARANTE, 2007).

Dentro do contexto brasileiro, e fortemente inspirada pela desinstitucionalização italiana, a reforma psiquiátrica nasceu atrelada ao processo de democratização do país e aos movimentos sociais, construída de maneira coletiva com os familiares, usuários dos serviços e profissionais (AMARANTE, 2007).

Para essa forma mais humanizada de assistência em saúde mental, a concepção de complexidade de atenção é invertida. Para a saúde em geral, a atenção primária representa um menor nível de investimento em recursos especializados, adotando intervenções mais simplificadas, enquanto no nível terciário seria ofertada uma atenção mais complexa por meio de recursos mais sofisticados. Para a Atenção Psicossocial, no nível terciário, ou seja, hospitalar, as ações são mais padronizadas e massificadas, enquanto para o nível primário existe a complexidade em se trabalhar com a família, com redes de apoio, atores sociais diversos e com o próprio território (AMARANTE, 2007).

As práticas, a partir dessa lógica não são direcionadas somente àqueles ditos “excluídos”, mas também dos “incluídos”. Pois, por essa concepção, considera-se um empobrecimento social os processos de normalização, valorizando-se dessa forma a diversidade (LANCETTI, 2006). A doença é colocada “entre parênteses”, de modo que não existe uma negação da sua dimensão teórico conceitual, mas compreendendo-se que existe um sofrimento psíquico e que, no entanto, este sujeito é visto de forma ampla, relacional e política, para além do processo saúde-doença, como um cidadão (AMARANTE, 2007).

Segundo Saraceno (1999), o conceito de cidadania excede o ato de restituir direitos formais ao portador de sofrimento mental, mas é a possibilidade de exercer os direitos substanciais do ser humano, suas construções afetivas, relacionais, materiais, produtivas e habitacionais. Só assim, segundo o autor, seria possível uma real reabilitação e cidadania.

A compreensão presente do conceito de cidadania tem progredido para uma ampliação em seu sentido e deixa, paulatinamente, sua acepção mais restrita de “reconhecimento de direito” para uma noção mais dinâmica. Trata-se, portanto, de um movimento ativo com escopo ampliado de capacidades, contemplando em seu processo a liberdade e participação de profissionais e dos próprios usuários antes destituídos de qualquer reconhecimento de autonomia (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

A prática de atuação dentro da saúde mental propôs-se a esse resgate da cidadania, historicamente negada aos indivíduos em sofrimento mental, e tornou-se, então, mais uma variável de intervenção (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

> A questão dos direitos humanos assume aqui uma expressão singular. Trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece. ‘De volta à cidade senhor cidadão’, diz o poeta Paulo Mendes Campo. (AMARANTE, 2007, p. 70).

Com isso, a reforma psiquiátrica representa o movimento de proposição de uma nova lógica de cuidado na saúde mental que se preconiza acolhedora, cuidando efetivamente dos sujeitos, garantindo lugar social, espaço para diversidade e cidadania. Não se trata propriamente do espaço físico, apesar de influenciar, mas da estrutura paradigmática que direcionam as ações de cuidado (AMARANTE, 2007).

Fortemente influenciada pelas diversas experiências de reforma psiquiátrica pelo mundo, inclusive da tradição basagliana, a experiência brasileira nasce dos movimentos sociais, não se assimilando com nenhuma outra experiência existente, inclusive a italiana. Formula de maneira democrática, apreendendo com os erros e acertos dos processos anteriores, um conjunto de estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial e se organiza de forma

prática por uma Rede de Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2007) e será melhor explicitada na própria seção.

1.2 Redes de Atenção Psicossocial (RAPS)

De forma prática, a atenção à população em sofrimento psíquico no contexto brasileiro acontecer por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), articulação entre serviços pensados para um cuidado em rede, possibilitando uma assistência integral, humanizada, universal e no território. Se estabeleceu em uma perspectiva sustentada pela estrutura paradigmática da Atenção Psicossocial que trouxe conceitos teóricos-práticos que deslocaram do eixo patológico e biomédico para estratégias de valorização do sujeito e de sua emancipação social e política (AMARANTE, 2007). São considerados conceitos-ferramentas da Atenção Psicossocial (YASUI, 2010):

- Atuação em *território*, que diz, não necessariamente de uma estruturação geográfica ou simplesmente um espaço físico, mas extrapola para um sujeito ativo no processo de construção da sua cidadania, respeitando processos identitários e culturais nos quais estão imersos os portadores de sofrimento psíquico;

- *Responsabilização*, princípio de cuidado que surge a partir da identificação do sujeito em sofrimento psíquico para além de um passivo receptor de uma intervenção. Refere-se a um direcionador ético de cuidar que se responsabiliza por diversos processos que envolvem essa clínica. A partir desse conceito-ferramenta, não são fragmentadas as ações de promoção, prevenção e cuidado, este último especialmente nos momentos da crise, envolvendo diferentes atores, instâncias, profissionais e os próprios usuários dos serviços;

- *Acolhimento*, a partir do qual, por meio de ações personalizadas e com uma escuta ativa de todos os profissionais, os usuários dos serviços desenvolvem uma relação de vínculo com enfoque ao aumento de processos de cidadania, de inserção social e das possibilidades individuais.

- *Projeto de cuidado e a diversidade de estratégias,* voltados ao cuidado integral e realizados junto com o sujeito em sofrimento psíquico. Os projetos são construídos de forma específica e singular e surgem da consideração dos aspectos contextuais e da realização de uma recepção e acolhimento que contemple esse usuário de forma complexa;

- *Rede intersetorial,* que se refere a uma clínica ampliada envolvendo diferentes setores que fazem interface com a saúde como:

> [...] nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer e a articulação de parcerias com a Universidade, o Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs)[...]. No desenvolvimento de trabalhos com a perspectiva da intersetorialidade, destaca-se, ainda, a necessidade de contemplar a singularidade de cada território (BRASIL, 2002, p.54).

Aprofundando essa questão, Amarante (2007) propõe que a Atenção Psicossocial não seja vista como um modelo estático ou um sistema fechado, e sim como um processo. O autor realiza, então, uma organização didática dos processos sociais na saúde mental, subdividindo-os em dimensões: teórico-conceitual, que contempla as ciências naturais alicerce do saber psiquiátrico; dimensão técnico-assistencial, correspondente aos dispositivos estratégicos de atenção e trocas; dimensão jurídico política, responsável pela estruturação dos direitos humanos e participação social; e, por fim, a dimensão sociocultural, envolvendo sociedade e atuação artística-cultural.

Sucessivas normativas publicadas pelo Ministério da Saúde, desde os anos 1990 até 2016, foram sendo construídas por meio de processos democráticos e com objetivo de dar forma a essa política. Uma primeira foi a Lei 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que

dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A partir dessa legislação há um novo direcionamento das políticas baseadas no princípio do atendimento comunitário, extra-hospitalar, visando a reintegração social. Com isso, as internações, se inevitáveis, devem ser realizadas de formas pontuais, em ambiente humanizado, com enfoque final de volta a cidade (BRASIL, 2001).

A Portaria 336/202 (BRASIL, 2002), que fundamenta os direcionadores da Atenção Psicossocial já citados, orienta de forma prática os diversos aspectos da organização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa Portaria define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, que passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, compondo os principais serviços da Atenção Psicossocial estratégica, constituindo ferramentas inventivas para lidar com as complexidades que atravessam o sofrimento psíquico (BRASIL, 2002).

O CAPS I oferece atendimento à população de cidades com 20 e 70 mil habitantes em sofrimento psíquico grave e emergência psiquiátrica por 8h diárias. Podendo realizar atendimentos individuais, em grupo, com visitas domiciliares, com a família e em comunidade. Além disso, com a portaria 336 (BRASIL, 2002) é garantida a refeição a cada 4 horas e direcionado o cuidado com um número mínimo de profissionais. Sendo 1 profissional médico com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 3 profissionais do ensino superior e 4 do ensino médio (BRASIL, 2002).

O CAPS II tem capacidade operacional para o atendimento de municípios entre 70.000 e 200.000 mil habitantes. Tem funcionamento de 8h às 18h, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21h. A equipe se amplia, bem como a capacidade de atendimento. Tendo uma equipe mínima de 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro, 4 profissionais de ensino superior e 6 do ensino médio (BRASIL, 2002).

O CAPS III se institui como um serviço 24h e funcionamento todos os dias da semana, inclusive feriado, para populações acima de 200.000 mil habitantes. Para a hospitalidade noturna são previstos, como capacidade máxima, 5 leitos e a permanência de um mesmo um usuário no acolhimento noturno fica limitada a sete dias corridos ou dez dias intercalados em um período 30 dias (BRASIL, 2002).

O CAPS AD II é voltado para os casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas e atendem munícipios com população de mais de 70.000 mil habitantes. Apresentam a mesma organização de um CAPS II, no entanto tem resguardado 2 leitos para desintoxicação e 4 para desintoxicação e repouso (BRASIL, 2002).

O CAPS i II é destinado ao atendimento de situações de crise de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e uso prejudicial de álcool e outras drogas, com interrupções de diversas naturezas, não permitindo o exercício dos direitos fundamentais, devir, brincar e trocas culturais. Atendem população de cerca de 200.000 habitantes, ou atendendo a critérios epidemiológicos a critério do gestor (BRASIL, 2002).

Outras portaria que merece, ainda, destaque nesse período e que traz como enfoque a estratégia de desinstitucionalização do manicômio, é a Portaria 106/2000, que regula os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (BRASIL, 2000), casas inseridas no território e destinadas aos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que possuem suporte fragilizado viabilizando a sua inserção social. Também merece menção a Lei 10.708/2003 (BRASIL, 2003), que estabelece o auxílio-reabilitação psicossocial, Programa de Volta para a Casa (PVC), para essa população.

Ainda como marcos das legislações direcionadoras dessas políticas públicas, merece ser citada a Portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011), que 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. Por meio dessa Portaria foram estabelecidos direcionadores de cuidados a essa população, a partir das ferramentas de cuidado já citadas, e constituídos sob a perspectiva da redução de danos.

A redução de danos não diz de uma não possibilidade de abstinência, mas de uma construção em conjunto com os usuários, de lançar mão de diversas estratégias, não só para o uso prejudicial de álcool e outras drogas, mas de riscos e vulnerabilidades a que estejam sujeitos. A abstinência pode ser uma das possibilidades dentro da redução de danos, caso seja um desejo do usuário, mas não se restringe a isso (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010).

A partir desses documentos públicos, até 2016, a RAPS se estruturou em torno dos seguintes dispositivos:

- ✔ **Atenção Básica**: Unidade Básica de Saúde (UBS); Núcleo de apoio de Saúde da Família (NASF); Consultório na rua; Centros de Convivência e Cultura;
- ✔ **Atenção Psicossocial Estratégica:** com os CAPS, nas suas diferentes modalidades. CAPS I – Serviço de atenção psicossocial para municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II –para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes; CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou, atendendo a critérios epidemiológicos; CAPS ad II –

Serviço de atenção psicossocial para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas em municípios com população superior a 70.000 (BRASIL, 2002);

- ✔ Atenção de Urgência e Emergência, SAMU 192 e UPA 24h;
- ✔ **Atenção Residencial de Caráter Transitório**, Unidades de acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial;
- ✔ **Atenção Hospitalar,** serviços hospitalares de referência em saúde mental e álcool e outras drogas, em hospitais gerais, maternidades e pediatria;
- ✔ **Estratégias de desinstitucionalização**, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Programa de Volta para a Casa, Programa de desinstitucionalização;
- ✔ **Estratégias de Reabilitação Psicossocial**, iniciativas de geração de trabalho e renda e fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares (BRASIL, 2002).

Para as crianças e adolescentes em sofrimento o psíquico, bem como o estabelecimento de rede para essa população, a implementação das políticas públicas ocorrem como reflexo do que é previsto para o adulto (COUTO; DELGADO, 2015). Diante disso, as características e especificidades da saúde mental para a infância e adolescência serão discutidas no próximo capítulo.

2 CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA SAÚDE MENTAL

Neste capítulo temos por objetivo apresentar o lugar, ou em certo sentido a inexistência, dos espaços de cuidado para crianças e adolescentes na saúde mental e o desenvolvimento das políticas, que ocorreram de forma marginal ao que foi pensado para os adultos. Para isso ele está organizado em duas partes. Na primeira, serão apresentadas a história da saúde mental infanto-juvenil e sua construção recente. Na segunda, como foi concebida a rede de atenção para essa população a partir das suas especificidades e necessidades em saúde.

2.1 Adulto, não nos adultere[1]: O (não) lugar da criança e adolescente

Historicamente o reconhecimento social da infância e a adolescência como fases distintas do desenvolvimento humano, com implicações institucionais e na vida em sociedade, é um processo historicamente recente e que tem sofrido mudanças importantes no tempo. Até o século XII, a mortalidade infantil apresentava número altos, assim como séculos mais tarde as crianças foram parte da força de trabalho na revolução industrial, sendo persistente uma postura indiferente e insensível em relação à condição das crianças. Era "pouco aconselhável investir muito tempo ou esforço em um "pobre animal suspirante", que tinha tantas probabilidades de morrer com pouca idade (HEYWOOD, 2004, p. 87).

A partir do século XIII as crianças passaram a ser vistas como uma "página em branco", que apresentavam uma estrutura de pensamento e sentimento prévio à dos adultos, sendo responsabilidade destes "preencher" esses sujeitos e prepará-los para a vida adulta (HEYWOOD,

---

1 Nome da Ala infantojuvenil de 2017 do desfile político 18 de maio que ocorreu em Belo Horizonte- MG.

2004). O termo adolescente tem origem, do latim, na palavra adolescere, que tem como significado "crescer", e que só teve sua primeira aparição nos anos 1430 na língua inglesa (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; DE MATTOS SILVARES, 2010).

A "descoberta" da infância e da adolescência só vem de fato ocorrer, portanto, por volta do século XV a XVII, a partir de mudanças sociopolíticas. Esses períodos são identificados, então, como etapas que necessitam de cuidado especial e específico e, neste momento, as escolas tornaram-se espaços de importância na construção desses indivíduos que, futuramente, ingressariam ao mundo adulto (HEYWOOD, 2004).

Quando se trata de políticas públicas para crianças e adolescentes na saúde mental, destaca-se a inserção tardia desse público em medidas específicas e que contemplem fatores ligados a esta faixa-etária. Ficava evidente a incompatibilidade de estrutura de rede de assistência pensada para o público adulto para essa população, que apresenta demandas próprias relacionadas à sua fase de desenvolvimento. Com isso, foram necessárias novas formas de se pensar a saúde mental de crianças e adolescentes na saúde e suas políticas, serviços constituintes e setores participantes (DIAS; PASSOS, 2017).

A integralidade na atenção à criança e ao adolescente deveria considerar, portanto, algumas instâncias e espaços particulares de trocas e ocupações típicas dessa faixa. Exemplos disso são, nas sociedades contemporâneas, a constituição específica no judiciário específico, o sistema educacional e o reconhecimento do "brincar". Além disso, devem ser consideradas questões próprias do desenvolvimento, como mudanças biológicas, emocionais, cognitivas e sociais relativos à idade. Portanto, não seria possível, simplesmente, estender as ações realizadas com o público adulto para o infanto-juvenil (ARIÈS, 1981; DIAS; PASSOS, 2017).

As crianças e adolescentes em sofrimento mental, durante o período de fortalecimento do manicômio como política de Estado, foram apresentados como portadores de uma "marca", um estigma e "traços indesejáveis", a ponto de constituírem-se como "algozes" para a sociedade, sendo eliminados do contato social e asilados (DIAS; PASSOS, 2017, p. 65). De maneira velada esse processo ainda tem ocorrido, em nome de uma proteção à criança, ao adolescente e à família, por meio de clínicas especializadas e escolas especiais que acolhem e segregam esses indivíduos (BRITO 2004; DIAS; PASSOS, 2017).

Crianças e adolescentes em sofrimento mental, em vulnerabilidade social, com deficiências de todo o tipo, ou estigmatizadas de alguma outra maneira, são reconhecidas socialmente como fazendo parte de uma população potencialmente perigosa, de modo que rapidamente algo sempre deve ser feito com o intuito de proteger o que é mais importante: o Estado (NASCIMENTO, 2017). Nesta passagem do livro-reportagem "Holocausto Brasileiro", produzido por Daniela Arbex (2013, p. 87), sobre o genocídio ocorrido em Barbacena, é possível identificar a influência da estigmatização nas condutas "terapêuticas" dos pacientes em sofrimento mental, em especial das crianças:

> Quando o superintende do serviço de psiquiatria da Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica [...] pisou no terreno do Hospital de Neuropsiquiatria Infantil [...] tomou um susto. Logo ao chegar ao Hospital do Estado, em 1971, avistou um menino "crucificado". Apesar do sol inclemente, o garoto, que aparentava idade inferior a dez anos, estava deitado no chão, com os braços abertos e amarrados e o rosto queimado pela exposição ao calor de quase trinta graus. Voltou-se para a freira responsável pelo setor, esperando alguma explicação.
>
> – Por que esse menino está amarrado nesse solão?
>
> Se soltar, ele arranca os olhos das outras crianças. Tem mania – respondeu a mulher com naturalidade.
>
> - E quantos olhos ele já arrancou?
>
> - Nenhum – disse a religiosa.

O impacto dessa marginalização sobre a subjetividade das crianças e adolescentes também apresenta aspectos diferenciados do público adulto, considerando que a produção da identidade ainda está em formação. Portanto, uma criança que precocemente carrega o fardo de uma estigmatização pode construir seu processo identitário próximo a uma caricatura e ter uma deformação da identidade, contribuindo para a manutenção do *status quo* de vulnerabilidade ou desfiliação (SALES, 2014).

A população infanto-juvenil encontra-se imersa em um processo histórico de construção e defesa de seus espaços como sujeitos, sempre marcados por uma grande normatização e dominação sobre seus comportamentos. Até o século XIX esse controle era exercido, sobretudo, pela família, igreja e comunidade e, em casos mais graves, alguma autoridade civil. Mas, ao longo do século XIX e XX, outros personagens apareceram, como foi o caso da escola, dos pediatras, orientadores, dentre outros. A loucura na infância é então "descoberta" e passa a ser discutida, mas ainda se encontra muito ligada no século XX a determinismos biológicos e hereditários (CAPONI, 2020).

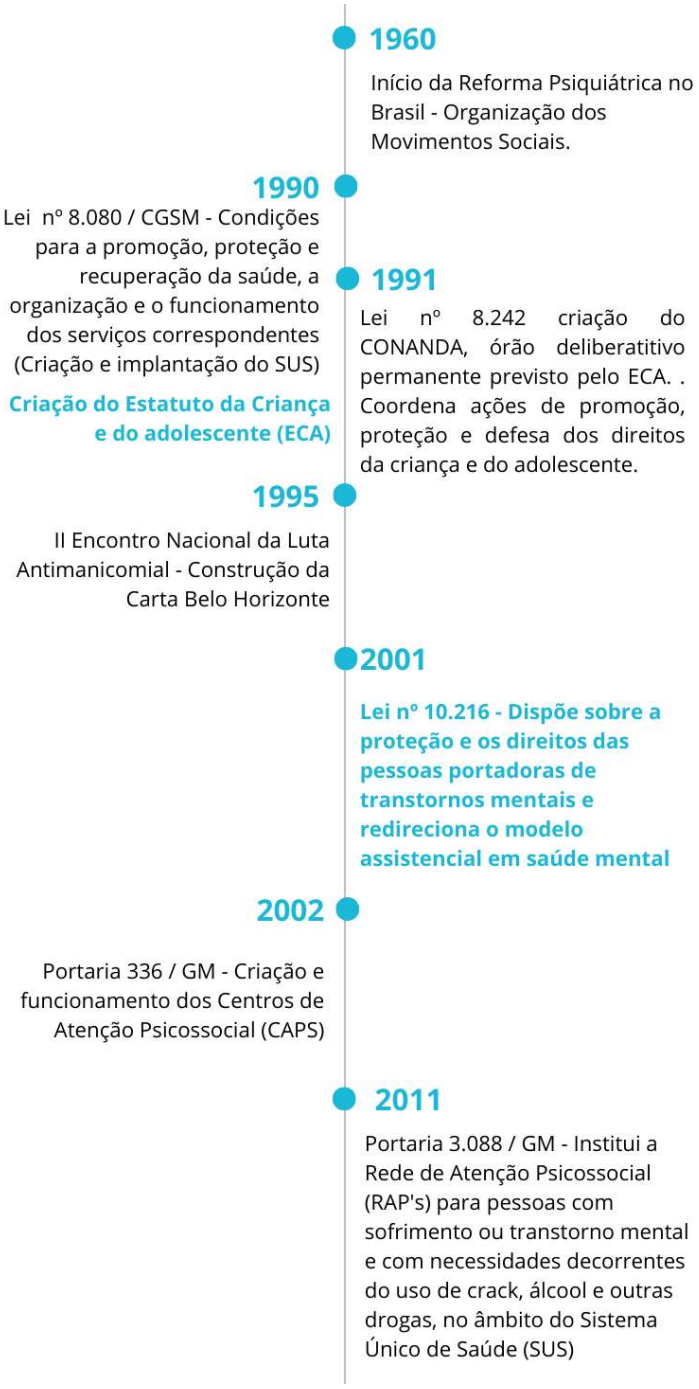
O século XXI tem sido marcado pela valorização política desse público e compreensão dos processos de saúde mental ligados a determinantes sociais relacionados a fatores protetivos, de risco e da subjetividade das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (ROSSI; MARCOLINO; SPERANZA; CID, 2019). O Movimento da Reforma Psiquiátrica para a infância e adolescência, diferente da população adulta, não se relaciona diretamente aos movimentos antimanicomiais e, sim, a políticas de desasistências e invisibilizações dessa população, inclusive, da própria reforma psiquiátrica. Durante décadas essa população caminhou de forma marginalizada e não incluída nas discussões referentes às políticas de saúde mental (COUTO; DELGADO, 2015).

2.2 Atenção à saúde mental da criança e adolescente na RAPS

Dentre os documentos e marcos para o estabelecimento de direitos dessa população, além da própria Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990b) que rege as diretrizes do SUS, estão o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990a), a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) (BRASIL, 2007) e a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), a Portaria de 2002 336/2002 (BRASIL, 2002) (DIAS; PASSOS, 2017), dentre outros marcos importantes para a saúde mental infanto juvenil, sumarizados na linha do tempo da **FIGURA 1**.

A construção dessa linha do tempo não corresponde as medidas exclusivas para crianças e adolescentes, mas que influenciam de maneira direta ou indireta na assistência de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e seus direitos.

FIGURA 1- Linha do tempo de construção de medidas públicas para saúde mental infantojuvenil



Fonte: Autoria própria

Nesta linha do tempo, destaca-se o Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgado em 1990 (BRASIL, 1990a), que prevê o cuidado integral e universal dessa população, sendo considerado prioridade absoluta do Estado, e estabelecendo os direitos e deveres, bem como considerando as especificidades dessa faixa-etária. O objetivo estatuário é garantir condições para o desenvolvimento cognitivo, social, moral, físico e mental.

Destaca-se a partir desse documento que crianças e adolescentes têm direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Assegura medidas protetivas intersetorias, políticas de atendimento e medidas socioeducativas. A partir desse documento fica garantida a laicidade dos processos de cuidado, o respeito à diversidade e o cuidado a partir do território e da família (BRASIL, 1990a).

A Portaria 10.216/2001 (BRASIL, 2001) também merece destaque na linha do tempo, pois, em conjunto com ECA, determina a forma de cuidar quando pensada para a infância e adolescência. Nela ficam definidas as diretrizes de assistência às questões de saúde mental e a essa população, que não se resume a um ato técnico de tratar, mas inclui ações como acolhimento, escuta e possibilidades emancipatórias. Além disso, fica estabelecido o cuidado a partir de uma perspectiva cidadã, que favorece o enfrentamento de determinismos e estigmas. O documento ministerial "Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS Tecendo Redes para Garantir Direitos", emitido em 2014 (BRASIL, 2014), diz das discussões ainda mais específicas quando se trata de sofrimento psíquico infanto-juvenil, avançando nessa construção e trazendo novas possibilidades de cuidado.

Esse documento, construído de maneira coletiva a partir de consulta pública, direciona sobre especificidades importantes do campo da saúde mental quando envolve a população

infantojuvenil e garante a necessidade de participação de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos na construção de seus projetos terapêuticos, o acolhimento universal, a importância o encaminhamento implicado e corresponsável, visando que os furos da rede não sejam violadores de direito e da característica da rede intersetorial que envolvem essa população, com destaque aos setores de educação, social e artístico-cultural e que sejam no território junto com aos familiares (BRASIL, 2014).

Com um passado recente de enclausuramento, inclusive de forma velada, por meio de processos de exclusão em clínicas especializadas e escolas especiais, as crianças e adolescentes caminharam de forma frágil para perspectiva antimanicomial. Sempre acompanhando a medidas públicas para os adultos sob uma lógica tutelar, protetiva e higienista. As crianças e adolescentes começam a ganhar espaço com a garantia de direitos a partir dos documentos já citados e de discussões recentes sobre a importância de medidas públicas específicas para essa população (DIAS; PASSOS, 2017).

No entanto, nos últimos seis anos, fortes desinvestimentos nas políticas públicas de saúde mental têm impactado de forma direta essa população (ABRASME, 2020). O conjunto de iniciativas, documentos públicos, portarias e decretos dos últimos anos, especificamente de 2016 a 2021 e após a deposição da presidenta Dilma Rousseff, preveem uma agenda de contra reforma psiquiátrica e de desmonte de políticas públicas que se pautavam no cuidado em liberdade, humanizado e no território (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Observa-se que, desde 2016, o incremento de CAPS vem caindo significativamente. Em 2014 o número de dispositivos aumentava cerca de 130 serviços, mas em 2018 este número cresceu em apenas 30 CAPS. Atualmente, o Brasil conta com 2.657 CAPS em todas as suas diferentes

modalidades de atendimento para atender todo o território nacional (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Somado a isso, em decorrência da Emenda Constitucional 95, de 2016 (BRASIL, 2016a), o investimento em saúde sofreu um impacto significativo. Em 2019, as perdas foram de cerca de R$ 17,6 bilhões; em 2020, de R$ 4,9 bilhões, totalizando R$ 22,5 bilhões, ainda com possibilidades de maiores prejuízos com a vigência da emenda de mais 17 anos. A Emenda Constitucional estabeleceu ainda instrumentos de gestão pública, em dissonância com o que havia sido estabelecido na Constituição e a participação social, além da valorização de equipamentos e serviços privados (ABRASME, 2020).

Diante disso, este trabalho tem como objetivo mapear as principais alterações de caráter normativo ao sistematizar os principais documentos públicos emitidos pela União de 2016-2021 que estejam envolvidos no desmonte de políticas públicas e influenciem no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. No próximo capítulo, a partir de uma análise documental das principais normativas referentes a essa política, avançaremos no sentido de verificar até que ponto ela foi afetada. Segundo Gil (2002), a pesquisa documental assemelha-se à pesquisa bibliográfica, no entanto, a natureza das fontes se diferenciam.

Para a pesquisa bibliográfica as fontes receberam algum tipo de tratamento, ou seja, são selecionados e articulados documentos emitidos e trabalhados por diferentes autores. Para a pesquisa documental, os materiais podem ser trabalhados conforme o objetivo da pesquisa. Se para a pesquisa bibliográfica o documento impresso representa a principal fonte de informação, para a pesquisa documental comumente são utilizados documentos públicos de “primeira mão” (GIL, 2002, p. 46).

Diante disso, foram buscados, em sites de transparência do Governo Federal, documentos públicos com a temática de saúde mental que se relacionassem diretamente com o cuidado de crianças e adolescentes. Os dados foram retirados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Além disso, foram utilizadas como triagem de possíveis documentos notas de repúdio de movimentos sociais e de associações ligadas a defesa de direitos humanos.

Ao longo da análise documental, buscamos observar em especial os seguintes aspectos: 1) Mudanças de paradigmas, princípios e diretrizes de cuidado; 2) Reflexos das mudanças políticas para o cuidado em saúde mental das crianças e adolescentes; e 3) Movimentos de resistências às políticas de desmonte.

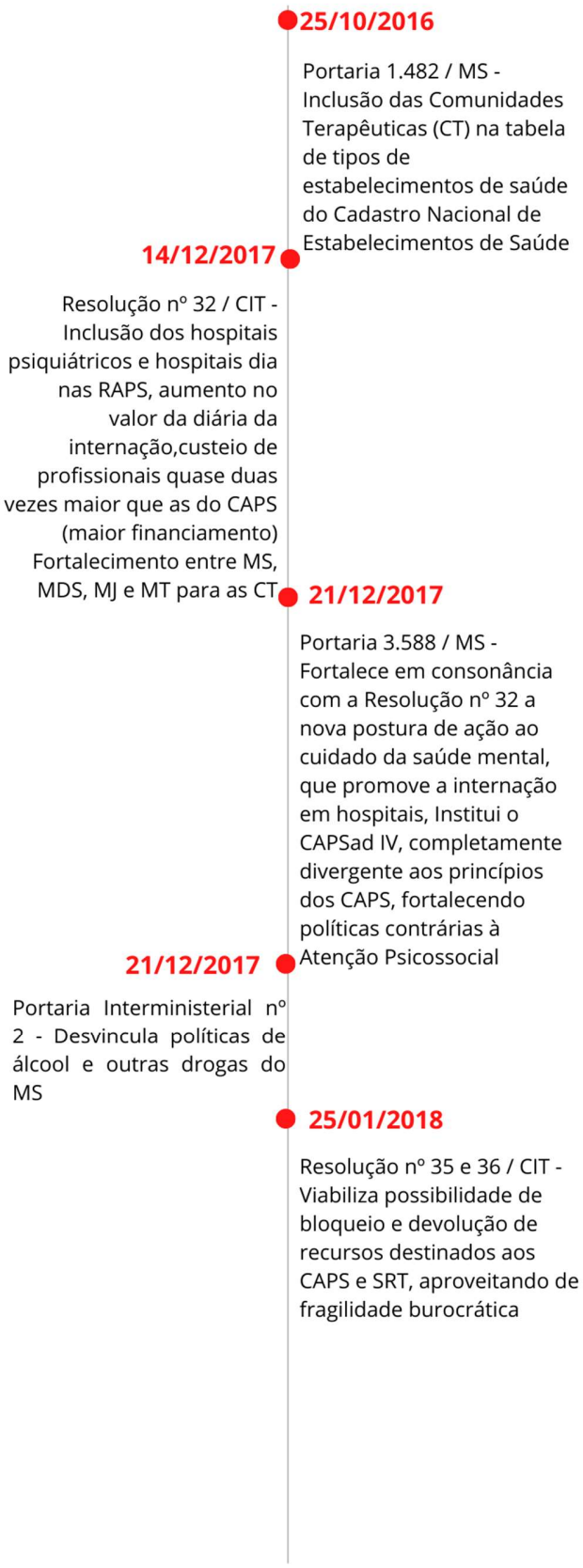
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa documental. Ele está organizado em quatro partes. A primeira com a apresentação dos documentos identificados por meio da análise documental, organizados de forma didática por uma linha do tempo. Na segunda parte, serão discutidas as principais mudanças paradigmáticas, de princípios e diretrizes da nova política, com as mudanças de organizações, dispositivos, fluxos e direcionamento do financiamento. Na terceira, serão levantadas as principais repercussões para o cuidado na saúde mental de crianças e adolescentes diante dessa nova política. E, na quarta e última parte, serão discutidas a importância dos movimentos de resistência populares e de associações contra as políticas de contrarreforma.

3.1 Apresentação dos documentos

Os resultados serão apresentados sumarizados de maneira didática em uma linha do tempo na **FIGURA 2** e contam com documentos que não são exclusivamente para crianças e adolescentes, mas que influenciam nos cuidados dessa população.

FIGURA 2 - Linha do tempo dos documentos públicos contra a reforma psiquiátrica 2016-2021



09/03/2018

Resolução nº 1 / CONAD - Fomento as Comunidades Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos ao promover a abstinência como forma de cuidado, deixando de citar a redução de danos como lógica de assistência. Mudança de posicionamento em fóruns internacionais em relação ao cuidado de pessoas em uso de álcool e outras drogas de forma prejudicial

25/04/2018

Edital nº 1/18 SENAD - Cadastramentos das Comunidades Terapêuticas para receberem financiamento da União, deixando claro apoio ao tratamento com reclusão

07/05/2018

Portaria nº 544 / MS - Inclusão do CAPSad IV no CNES

15/08/2018

Portaria 2.434 / MS - Aumento do financiamento para internações com mais de 90 dias, como forma de incentivo a esta prática

(REVOGADA) 14/11/2018

Portaria 3.659 / MS - suspendeu, o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de 72 CAPSs, 194 SRTs, 31 Unidades de Acolhimento e de 22 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS nestes serviços específicos

22/11/2018 (REVOGADA)

Portaria 3.718 / MS - Exigência da devolução imediata dos recursos financeiros, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS

04/02/2019

Nota Técnica nº 11 / MS - Afirmação da necessidade de Hospitais Psiquiátricos, legalização da internação de crianças e adolescentes, inclusive com adultos, propõe financiamento de aparelhos de eletroconvulsoterapia, separação das políticas de SM e álcool e outras drogas do MS e legitimação das CT como local para tratamento, indo de encontro as recomendações da ONU e OMS

13/03/2019

Recomendação nº 3 - Suspender a execução de todas as normativas que sejam incompatíveis com a "nova Política Nacional de Saúde Mental"

14/04/2019

Decreto Presidencial nº 9.761 - Nova Política Nacional de Drogas, inclusão do CONAD no Ministério da Cidadania e da Justiça e Segurança Pública, apoio financeiro as CT.

04/09/2019

Decreto nº 10.003 - Retira a participação social do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), O Decreto esvazia o Conanda, dispensando os membros eleitos democraticamente, alterando o processo de escolha da presidência do colegiado, que passa a ser feita por indicação do presidente da República

30/03/2020

Portaria 340 / MC - Reforça a lógica punitiva. Não fala sobre diminuição de internação nas CT nos tempos de pandemia, indo de encontro as normas de saúde, não apresenta um plano de contigenciamento, utilização de EPI para o enfrentamento da COVID-19

14/05/2020

Portaria nº 69 / MC Portaria- Autorização e estímulo a utilização da internação de população em situação de rua

14/05/2020

Portaria Conjunta nº 4 - Autorização da atuação integrada entre a rede socioassistencial e as comunidades terapêuticas para o acolhimento de população em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas, no enfrentamento ao novo coronavírus (COVID-19).

(REVOGADA) 18/05/2020

Portaria nº 1.325 / MS - Revoga a portaria nº 94 de 2014, implementa os serviços de avaliação e acompanhamento a pessoas com transtorno mental em reclusão de forma gratuita

(REVOGADA) 24/07/2020

Resolução nº 3 / CONAD - Autorização de internação de crianças e adolescentes, em decorrência ao uso de álcool e outras drogas em comunidades teraputicas, sem autorização, nem conhecimento do CONANDA, ferindo diversos artigos do ECA.

Fonte: Autoria própria

Diante da sistematização das políticas públicas voltadas para a saúde mental e que influenciam o cuidado de crianças e adolescentes na saúde mental, destaca-se o retrocesso das políticas de álcool e outras drogas, com uma agenda que contradiz décadas de construções democráticas voltadas à essa população. Esse conjunto de medidas está condizente com outras pautas conservadoras no mundo e no Brasil e respondem a uma lógica higienista e produtivista.

Ainda diante da linha do tempo, observa-se a tentativa de transição das políticas de álcool e outras drogas para as agendas de segurança pública de forma a responder de forma punitivista e fora dos cuidados territoriais e singularizados previstos pela saúde, que se organizam pela lógica de redução danos. Reforça-se que os "novos" serviços previstos pelos documentos público, de forma mais explícita pela Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017c) e a Nota Técnica n.º 11/2019 (BRASIL, 2019a), não estão de acordo com o cuidado territorial e humanizado, e também dialogam com outras práticas conservadoras.

Retomando historicamente o papel das crianças e adolescentes na saúde mental, existe novamente uma tentativa de tornar crianças e adolescentes "potencialmente perigosos", justificando uma retirada desses sujeitos da cidade, da escola, de suas comunidades e territórios que acontecem, inclusive com o aparecimento de outros setores relacionados a justiça e segurança, como previsto na Resolução n.º 32/2017 (BRASIL, 2017a).

Reforça-se que essas medidas ganham um peso maior quando são produzidas a nível federal, como por meio do Decreto presidencial n.º 9.761/2019 (BRASIL, 2019c), deixando em evidencia as tentativas de destituir o que já estava estabelecido e a imposição de uma lógica que não se reconhece nas construções democráticas prevista pela reforma psiquiátrica. Essas mudanças serão destacadas na próxima seção.

3.2 Mudanças de paradigmas, princípios e diretrizes de cuidado

Não serei o poeta de um mundo caduco
Também não cantarei o mundo futuro
Estou preso à vida e olho meus companheiros
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças
Entre eles, considero a enorme realidade
O presente é tão grande, não nos afastemos
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas
Carlos Drummond de Andrade

A nova política em saúde mental que vem se estruturando a partir dos documentos públicos emitidos desde de 2016 vem de encontro aos princípios organizacionais e diretrizes éticas de cuidado que estavam se fortalecendo nessas últimas três décadas. Ela se estrutura contra o cuidado em território, construções participativas e democráticas, da valorização de subjetividades, do respeito à diversidade e da atuação por meio de redes estruturadas que seguem a mesma lógica de assistência.

Dentre essas (des)políticas destacam-se a violação: dos conceitos-ferramentas da Atenção Psicossocial que direcionam a estruturação de diversas políticas públicas voltados ao cuidado de saúde mental já citados, como a Lei 10.216 (BRASIL, 2001) e a Portaria nº 336 (BRASIL, 2002); dos princípios do ECA (BRASIl, 1990a); da participação democrática prevista pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988); e dos princípios organizativos do SUS pela lei 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990b; BRASIL, 1990c).

Contextualizando também o cenário em que esses documentos públicos voltados à saúde mental foram emitidos, vale trazer alguns retrocessos e mudanças voltados à Atenção Básica, considerando que esse nível de atenção é estratégico para o desenvolvimento das ações em saúde mental (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

A Portaria nº. 2.436/2017 (BRASIL, 2017b), que direciona as Políticas de Atenção Básica (PNAB), perde em seu texto a palavra "democrática" e deixa em aberto o número de agentes comunitários em saúde (ACSs), profissionais estratégicos para ao cuidado na atenção básica e saúde mental. Por meio dessa Portaria é garantido apenas o cuidado em contexto de vulnerabilidade, restringindo a ampliação dessas políticas de forma universal. Além disso, a Portaria nº 2.979/2019 (BRASIL, 2019b), que institui o Programa Previne Brasil, revogou políticas de normativas anteriores voltadas ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), que exerciam o papel de retaguarda e reforço da rede de atenção primária. Cabe destaque ainda, nos retrocessos da atenção básica, a reformulação das políticas de financiamento do NASF, não preconizando investimentos específicos para essa modalidade de cuidado (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Ainda trazendo um panorama do contexto de (des)política, vale reforçar que essas medidas, que ocorrem de maneira não democráticas, atravessaram ainda outras instâncias que também reverberam no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes. Mas as políticas de "contrarreforma" previstas nos documentos que passaram a ser emitidos a partir de 2016 também estão associadas a outros setores. Para além da saúde, é possível citar ainda na educação o "Decreto da exclusão" nº 10.502/2020 (BRASIL, 2020), que retira a obrigatoriedade de matrícula de crianças e adolescentes nas escolas, além do desinvestimento nas ações na arte e cultura, previstas pela PEC 95, já citada (BRASIL, 2016a)

A volta dos hospitais psiquiátricos como possibilidade de assistência com a Portaria nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017c), do estabelecimento das comunidades terapêuticas no Cadastro Nacionais de Estabelecimento de Saúde (CNES) e dos hospitais-dia, foram retomadas as ideias dos

ambulatórios psiquiátricos como dispositivos de atenção na RAPS e, dessa maneira, foram negligenciados anos de organizações democráticas.

Primeiramente, se tratam de serviços que não se organizam na base territorial, ou seja, se distanciam das bases comunitárias, da trajetória cultural do sujeito, de possibilidades de retorno a cidade. As mudanças normativas a partir de 2016 retomaram a ideia do isolamento, higienismo e segregação o social (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

O princípio do território na saúde mental fala de conhecimento local, que reconhece as potencialidades, histórias locais e um respeito a cultura, para além do que se configuraria apenas um território geográfico. Além disso, garante participação, cidadania, engajamento social e maior circulação na cidade (YASUI, 2010; YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

> O conceito de território [...] é relacional: diz respeito à construção e transformação que se dá entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem. Memória dos acontecimentos inscrita nas paisagens, nos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar. Relação que surge dos modos de apropriação e de alienação deste espaço e dos valores sociais, econômicos políticos e culturais aliproduzidos. Modos múltiplos, contíguos, contraditórios. Modos de construção do espaço, de produção de sentidos ao lugar que se habita, ao qual se pertence por meio das práticas cotidianas. Organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa neste lugar (YASUI, 2010, p. 118 e 119).

Com a Nota Técnica nº 11(BRASIL, 2019a) é declarado que não se pretende dar continuidade a um modelo substitutivo ao manicômio, mas que se inaugurou uma “nova” forma de assistência em que esses serviços coexistem. Além da lógica territorial que impacta de forma direta na cidadania e aumento de trocas simbólicas e sociais, o estabelecimento de serviços de base não comunitária impede a organização de articulações de rede intersetorial e projetos terapêuticos

inventivos, por não estarem não estarem alinhadas aos mesmos princípios (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

O estabelecimento desses “novos” dispositivos implantados por essa política vai na contramão da organização dos conceitos ferramentas da Atenção Psicossocial, pois é formada a partir de uma “rede” que se estrutura por serviços que respondem a lógicas diferenciadas (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Ou seja, a “nova” política responde a uma lógica segregacionista, divergente da anterior e parcialmente vigente, vinculada a uma ideia inclusiva e cidadã.

Merece destaque nos documentos públicos os desisvestimentos maciços nas políticas voltadas para álcool e outras drogas e a simultaneidade de duas lógicas contrárias: a de abstinência previstas na Comunidades Terapêuticas (CT) e a de redução de danos, prevista em toda a RAPS (CFP et al., 2018).

Além de uma lógica contrária, as comunidades terapêuticas (CT) violam diversos direitos humanos. Em uma investigação nacional, em 28 CT, foram identificadas violações de direitos de diferente natureza, como torturas, maus tratos físicos e psicológicos, além do desrespeito à diversidade. No documento foram levantadas diversas histórias, relatos de internos são explicitados no documento denunciando maus tratos e condutas que vão na contramão das condutas terapêuticas necessárias (CFP et al., 2018).

Cabe ainda discussão às medidas de investimentos em Eletroconvulsoterapia (ECT), também previstas com a Nota Técnica nº11/2019 (BRASIL, 2019a). O tratamento por meio do ECT passou por modificações consubstanciais nos últimos anos na sua forma de aplicação e é voltado para alguns transtornos específicos em saúde mental, com seu uso devendo ocorrer de

maneira cautelosa. No entanto, com o investimento declarado na técnica, e o desinvestimentos em políticas voltadas a práticas cidadãs, é notória a mudança de paradigma de atenção à população com sofrimento psíquico. Além disso, a apreensão de investimentos nesse tipo técnica está relacionada ao retorno de práticas comumente utilizadas em hospitais psiquiátricos sob a lógica da punição (FIOCRUZ, 2019).

3.3 Reflexos das mudanças políticas para as crianças e adolescentes

Objetivamente as mudanças paradigmáticas citadas no item anterior impactam diretamente no cuidado da criança do adolescente. Diante disso, nesta seção do capitulo serão discutidos os principais desdobramentos para essa população e serão apontados os prejuízos ao público infanto-juvenil em virtude da mudança para "Nova Política de Saúde Mental".

Por meio da sistematização dos documentos são observados alguns movimentos antidemocráticos, a título de exemplo, no âmbito do CONANDA, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, criado por meio da Lei nº 8.242/1991 (BRASIL, 1991) e que é o principal órgão permanente de representação de defesa e garantia de direitos das crianças e adolescentes. O CONANDA sofreu diversas alterações em sua constituição, como a retirada da participação social da sociedade civil, onde os membros eleitos democraticamente foram dispensados e foi assumida nova postura de escolha destes, sendo o presidente escolhido pelo líder do Executivo, indo de encontro às construções com participação popular das políticas públicas (BRASIL, 2019a).

O CONANDA elabora e coordena as políticas públicas e normas no atendimento aos interesses das crianças e adolescentes no país, com respaldo legal da Constituição (1988), ECA (2012) e a Lei 8.242 (BRASIL, 1991). Com isso, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) não é autorizado a realizar tais deliberações (BRASIL, 2001; 2002)

Diante da ilegal determinação do CONAD de internação de crianças e adolescentes em CT, além de outras formas de "cuidado" previstas por essas "novas políticas" em saúde mental, observa-se a violação de diversos direitos individuais e fundamentais, tais como, a *garantia do direito a educação, direito a convivência familiar, liberdade de consciência de crença e diversidade sexual e participação social,* que serão explicitados um a um abaixo.

O primeiro deles é o impedimento à garantia do direito a educação, já que a internação impede o acesso às escolas das crianças e adolescentes, ferindo o previsto na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e no ECA (BRASIL, 1990a). Vale ressaltar, que em nenhuma hipótese, crianças e adolescentes devem ter o acesso às escolas impedido, inclusive em casos de cumprimento de medida socioeducativa.

Além disso, a internação ininterrupta do adolescente retira deste o direito à convivência familiar e comunitária, sendo a preservação dos vínculos familiares previstos no ECA um fator importante para manutenção da família. O Plano Nacional de Proteção, Promoção de crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (BRASIL, 2007) fortalece o já estabelecido no ECA. A internação em CT impede o convívio comunitário, privando-os deste direito que deve ser mantido, garantindo bases territoriais conforme previsto no referido Plano Nacional.

Regularmente as CT mantém vínculo religioso ou dogmático, tendendo a ideais mais conservadores restringindo, com isso, a liberdade de consciência de crença e diversidade sexual, que ficam assim comprometidos. Em relatório de inspeção de CT, foram identificadas internações de adolescentes de forma ilegal, assim como locais onde foram observadas intolerância religiosa e sexual que culminaram inclusive em violências físicas, psicológicas e torturas (CFP, 2018).

O isolamento do convívio em sociedade prejudica a participação social dos internados, em que, por muitas das vezes tem o direito reduzido ou completamente retirados. Como estão

internados em CT, removidos do território e isolados do restante da sociedade, ocorre comprometimento do exercício da cidadania.

3.4 “Resistir é preciso”

As mudanças na forma de se pensar as políticas públicas variam juntamente com os ideais políticos dos principais líderes governamentais do país. No entanto, algumas medidas públicas extrapolam posicionamentos e políticas governamentais e correspondem a políticas do Estado. Dentre essas medidas, estão os princípios e diretrizes que direcionam o cuidado em saúde mental, construídos de forma democrática e a partir de movimentos sociais (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Tem cabido à sociedade civil, aos prestadores e usuários dos serviços e seus familiares, como construtores dessa política, a proposição e a reinvindicação de formas de assistência que se direcionem pelas necessidades em saúde e que garantam a sua participação por meio das conferências, conselhos e fóruns voltados a práticas deliberativas dessas políticas (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Contudo, com os diversos retrocessos, inclusive em relação ao incentivo e possibilidades de participação da população e do controle social, fica em evidência a necessidade de estar mais próximo dessas construções de modo que as resoluções permaneçam alinhadas com as diretrizes mundiais, para que erros cometidos no passado sejam relembrados e não sejam cometidos novamente (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Os movimentos sociais tem se construído desde o Brasil colônia, em uma forma de contra dominação, tendo organizado lutas que forçaram ganhos de direitos políticos para as mulheres e negros; na criação de leis trabalhistas e de previdência social; e bem como para diversas outras

mudanças, incluindo movimentos ligados a Saúde Mental. Contudo, somente nas décadas de 1970 e 1980 com os chamados novos movimentos sociais, ou movimentos sociais urbanos, ganharam força política e organização para executarem essas reivindicações de maneira concisa (GOHN, 2000)

Seguindo a onda de movimentos sociais que surgiam no Brasil da década de 1970, os movimentos sociais em prol da saúde surgiram juntamente com a constituição, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do movimento de Renovação Médica (REME), setores que promoveram o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

> [...] movimento este que assume papel relevante nas denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de tortura, fraudes e corrupção. As reivindicações giram em torno de aumento salarial, redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Este movimento dá início a uma greve (durante oito meses no ano de 1978) que alcança importante repercussão na imprensa. (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 402).

O movimento de reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial, das políticas democráticas e do direito à saúde surgiram junto dos movimentos sociais pela redemocratização e ganharam força com políticas de controle social e pensadas, sempre, a partir de coletivos e das necessidades em saúde. Observa-se com a sistematização dos documentos públicos desde 2016, um movimento de resistência atento e que tem impedido que essas políticas avancem com maior rapidez (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Dentre eles podemos citar a recomendação nº 001, de 31 de janeiro de 2018 (BRASIL, 2018a), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que propõe a revogação da Portaria nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017c), por ferir a lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990c), de participação da comunidade

na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que a referida Portaria vai contra a existência de consulta ou debate com a sociedade civil ou com CNS.

Com a medida pública, existe ainda a violação da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), autorizando a inclusão dos hospitais psiquiátrico nas RAPS, aumentando seu valor de diária por internação, aumentando o quantitativo de leitos psiquiátricos para hospital geral de no mínimo 4 para 8 e de um total de 15% para 20% e "o retorno de serviços obsoletos, como as unidades ambulatoriais especializadas, quando as equipes do NASF, Saúde da Família e do CAPS poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda" (BRASIL, 2018a, p. 1-2).

Exemplificando ainda a força dos movimentos de resistência, em 06 de dezembro de 2018 a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal publicou a Recomendação nº 004/2018 (BRASIL, 2018d), questionando a legalidade e veracidade das Portarias 3.659/2020 (BRASIL, 2018c) e 3.718/2018 (BRASIL, 2018b), que tratam do funcionamento de serviços do tipo internação. E em 14 de julho de 2020, acatando o proposto na Resolução do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), são revogadas as medidas de incentivo de serviços do tipo internação, garantindo a universalidade dos atendimentos conforme previsto na Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001).

De forma a garantir que as inconstitucionalidades não contaminem a legislação, diversos órgãos tais como Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME, 2020), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2010), conselhos nacionais profissionais, como os de Psicologia e Enfermagem, usuários e trabalhadores da saúde, dentre outros, se posicionaram contra essas mudanças na nova Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

As reuniões realizadas junto a sociedade civil, resultam em confecções de diversas cartas de repúdio, que pressionam para que as mudanças na PNSM recuem. Com isso, fica evidente a necessidade de organizar essas informações de maneira acessível e democrática para a população em geral, de modo que ocorra melhor compreensão de todos os movimentos desencadeados e que, inicialmente, poderiam parecer fragmentados, mas trariam uma intencionalidade de conjunto no sentido de manter as conquistas históricas nesta política.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Marginalizadas do próprio movimento de reforma psiquiátrica durante décadas, crianças e adolescentes em sofrimento psíquico entraram tardiamente na agenda das políticas públicas de saúde mental e, apenas recentemente, tiveram suas ações repensadas a partir de necessidades específicas desse público. Mais do que se limitar a um processo no âmbito da luta antimanicomial, as políticas para essa população foram contra séculos de desassistência ou, ainda, de uma violenta tutelagem camuflada de cuidado.

A assistência para essa população tem sido tensionada para um deslocamento da perspectiva biomédica, voltada a uma restrição do sujeito pela sua psicopatologização, e ampliaram o entendimento das origens do sofrimento para questões relacionas ao social e às possibilidades e potencialidades contextuais. Retirando dessa maneira um enfoque do problema de saúde, baseado fortemente na vigilância e dados epidemiológicos, ampliaram seu escopo para outras possibilidades locais.

Com a organização dos documentos públicos, no período de 2016 a 2021, voltadas ao cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, observa-se uma mudança na lógica e nos princípios organizativos, desvinculando o cuidado em território e reestruturando-se ao longo dos anos para uma rede de assistência sem este princípio. Observa-se também a inclusão de dispositivos ao novo método de cuidado deste público que não dialogam em suas práticas de cuidado e deliberações que ignoram a participação popular, nas construções de políticas e nos próprios projetos terapêuticos singulares.

A imposição das novas políticas públicas de saúde mental para as crianças e adolescentes ferem direitos básicos à vida e a saúde, de um público em que é dever do Estado proteger prioritariamente. Elas vão de encontro as liberdades de convívio familiar, liberdade religiosa, diversidade sexual e educação, dentre outras violações.

Portanto a sistematização de documentos públicos vem para auxiliar a compreender as mudanças nas formas de se fazer políticas públicas e facilitar a participação e controle social e a divulgação de normativas que ficam implícitas até mesmo aos usuários, que são os principais interessados nestas mudanças.

Neste trabalho pudemos constatar que as principais estratégias de desconstrução acontecem, principalmente, nas políticas em saúde mental voltadas ao uso prejudicialde álcool e outras drogas, e com a inclusão de novos serviços que não apresentam a mesma lógica de cuidado baseada em liberdade, de caráter territorial e democrática. Adolescentes passam a poder ser cogitados como possíveis usuários dessa nova rede que impedem essa população ao acesso a direitos fundamentais e já garantidos pelo Estatuto da Criança e dos Adolescentes e a Constituição Federal, como o acesso à educação, saúde, cultura e liberdade.

Com isto, reforça-se a necessidade de novos estudos sistematizados com intuito de organizar e apresentar as mudanças que ocorrem nas construções das políticas públicas, em particular os estudos voltados à Saúde Mental, em decorrência das rápidas mudanças destas políticas.

REFERÊNCIAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Paulo Amarante fala sobre retrocessos na política de saúde mental. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/>. Acesso em: 11 mar. de 2021.

ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental. Memorial: Retrocessos no cuidado e tratamento de saúde mental e drogas no Brasil. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/12/900.8_LY_CARTA_abrasme_A4.pdf>. Acesso em: 09 de jun. de 2021.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 8575413686.

ARBEX, D. Os meninos de Oliveira. In: ARBEX, D. (Ed.). Holocausto Brasileiro: Geração Editorial, 2013. p. 85-100.

ARIÈS, P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Ltc, 1981.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. CONANDA et al. Plano de promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária. 2007. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriancasAdolescentes%20.pdf. Acesso em: 28 de mar. de 2021.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.asp. Acesso em: 12 de ago. de 2021.

BRASIL. Decreto n.º 10.502, de 30 de setembro de 2020. Institui a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p.6, 1 out. 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.502-de-30-de-setembro-de-2020-280529948. Acesso: 20 de mar. de 2021.

BRASIL. Lei 10.708, de 30 de julho de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm>. Acesso em 20 de jul. de 2021.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990a. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**: seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 10 de mar. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_criancas_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 20 de set. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017a. **Diário Oficial da União**: seção 1 Brasília, DF, n. 245. p. 239. 22 dez. 2017. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf . Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 001, Brasília, 31 de janeiro de 2018a. Pleno do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 30 e 31 de janeiro de 2018. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017b. 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). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 336, 19 fev. 2002a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018b. Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3718_23_11_2018.html. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018c. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3659_16_11_2018.html. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 106, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>. Acesso em: 18 de jul. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 20 de jul. de 2021.

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 2019a. Disponível em: <http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_-_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 1.482, de 25 de outubro de 2016b. Inclui na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde: CNES o tipo 83: polo de prevenção de doenças e agravos de promoção da saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão. Recomendação nº 04/2018, de 6 de dezembro de 2018d. Disponível em:

http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/recomendacao-pfdc-mpf-4-2018. Acesso em: 4 abr. 2020

BRASIL. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental com necessidades do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html . Acesso em: 20 de ago. de 2021.

BRASIL. Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019b. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 97, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso: 12 de ago. de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 8.242, de 12 de outubro de 1991. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8242.htm. Acesso: 24 de mar. de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016b. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Não paginado. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em: 17 de abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto presidencial 9.761, de 11 de abril de 2019c. Aprova a política nacional sobre drogas. 2019c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRITO, M. M. M. Novas formas de pensar coletivo. In: FERREIRA, T. (Ed.). A criança e a saúde mental: Autêntica, 2004. p. 93-109.

CAPONI, S. A Saúde como Abertura ao Risco. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 59-82.

CFP - Conselho Federal de Psicologia et al. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017. DF: **CFP**, 2018. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/pfdc/midiateca/nossas-publicacoes/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas-2017. Acesso em: 24 fev. 2019.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. 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://www.scielo.br/j/pc/a/RSQnbmxPbbjDDcKKTdWSm3s/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 24 de abr. de 2021.

CRUZ, N. F. D. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. 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://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH/?lang=pt>. Acesso em 14 de jun. de 2021.

DIAS, F. W. D. S.; PASSOS, I. C. F. Transformações históricas da política de assistência à saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil e em Minas Gerais. In: PASSOS, I. C. F. e PENIDO, C. M. F. (Ed.). Atenção psicossocial para crianças e adolescentes pesquisa-intervenção nas redes. 1. ed. ed. São Paulo: Zagodoni, 2017. p. 54-79.

FIOCRUZ. Um "não" à internação e ao eletrochoque: CNDH recomenda suspensão da Nova Política de Saúde Mental. 2019. Disponível em: https://cee.fiocruz.br/?q=Um-nao-a-internacao-e-ao-eletrochoque-CNDH-recomenda-suspensao-da-Nova-Politica-de-Saude-Mental. Acesso em: 20 de jul. de 2021.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo, 5, n. 61, p. 16-17, 2002.

GOHN, M. G. 500 anos de lutas sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 5, n. 1, p. 11-40, 2000. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Maria-Da-Gohn/publication/314375096_500_anos_de_lutas_sociais_no_Brasil_movimentos_sociais_ONGs_e_terceiro_setor/links/5ff5c396299bf14088757fcc/500-anos-de-lutas-sociais-no-Brasil-movimentos-sociais-ONGs-e-terceiro-setor.pdf>. Acesso em: 20 de jul. de 2021.

HEYWOOD, C. Uma história da infância: da idade média à epocacomtemporânea no Ocidente. Artmed, 2004.

LANCETTI, A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 3, 2006.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 399-407, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/tx6gNG9GDzdh8wLcj3DW9px/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 12 de ago. de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária. Ministério da saúde investe em ações de Saúde Mental durante a pandemia. 2021. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/noticia/10076. Acesso em: 16 de ago. de 2021.

NASCIMENTO, M. L. Tramas e entremeios da proteção para a infância e a adolescência. In: PASSOS, I. C. F. e PENIDO, C. M. F. (Ed.). Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes Pesquisa-Intervenção nas Redes. São Paulo: Zagodoni, 2017. p. 107-119.

OLIVEIRA, A. G. B. D.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva,** v; 10, n. 1, p. 191-203, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/t3tdQn5xYx7S44QsbSMmwcP/?lang=pt. Acesso em 17 de jun. de 2021.

ROSSI, L. M.; MARCOLINO, T. Q.; SPERANZA, M.; CID, M. F. B. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BNyxgYRcympMMDTkLdF5PDN/?lang=pt>. Acesso em: 12 de fev. de 2020.

SALES, M. S. O processo de constituição da identidade na adolescência: trabalho, classe e gênero. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. SPE, p. 161-171, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/Pss5hLCfvsRQwPRSjpbBW4d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 de jul. de 2021.

SANTOS, V. E. D.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/FvQTcRD6BZBj7yr86kHtkKP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 de jul. de 2021.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. In: Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível, 1999.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; DE MATTOS SILVARES, E. F. Adolescência através dos séculos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 227-234, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/MxhVZGYbrsWtCsN55nSXszh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 de fev. de 2019.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf>. Acesso em: 12 de mar. de 2021.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território/Psychosocialcareandprimarycare: life as territory in thefield. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80426/pdf>. Aceso em: 14 de jul. de 2021.