ABRIL DE 2023

CONTRIBUIÇÕES PARA O AVANÇO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

REDE NACIONAL DE PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (REDE PQ-SMCA)

Rede SMCA

Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

Rede SMCA
Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

Documento elaborado por integrantes da ***Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes*** (*Rede Pq-SMCA*), criada em 2020, que agrega pesquisadores/as, docentes e discentes ligados a programas de pós-graduação *stricto sensu* de universidades e institutos de pesquisa brasileiros, e que têm em comum: a defesa da democracia e dos direitos humanos como valores inalienáveis; o reconhecimento de que a saúde mental se refere e se dirige a sujeitos históricos, relacionais, imersos na linguagem e sensíveis aos contextos onde vivem; a concepção de crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e de direitos; a afirmação do modelo psicossocial e do cuidado em liberdade como fundamentos da política pública de saúde mental; o entendimento de que o trabalho em rede, a colaboração intersetorial, o compartilhamento de saberes e o componente da promoção de saúde mental são imprescindíveis para o avanço do cuidado e do sistema de proteção às infâncias e adolescências brasileiras.

Rede SMCA
Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

Responsáveis pela redação do Documento:

Maria Cristina Ventura Couto – UFRJ

Bruna Lidia Taño - UFES

Maria Fernanda Barboza Cid – UFSCar

Rossano Cabral Lima – UERJ

Vládia Jucá – UFC

Maria Cristina Vicentin – USP

Juliana Batistuta Vale – CIESPI/PUC-RJ

Barbara Costa Andrada – UFRJ

Ilana Katz – USP

Luciana Coutinho – UFF

Bruno Diniz Castro de Oliveira – UNIRIO e UFRJ

Thais Thaler Souza – UFSCar

Madalena Campos Cirne – UERJ

Como citar: Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes/ RedePq-SMCA. *Contribuições para o avanço da Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes.* Documento Técnico apresentado ao Departamento de Saúde Mental e Enfrentamento ao Abuso de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. 2023. Disponível em: www.nuppsam.org; www.ciespi.org.br; www.latesfip.com.br

Rede SMCA
Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

Não te rendas.

Ainda há tempo de alcançar e começar de novo,

acertar as sombras,

enterrar os medos,

libertar o lastro,

retomar o voo.

(Mario Benedetti)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 5

INTRODUÇÃO 7

Retrocessos a serem superados **9**

O muito por fazer **12**

PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES 13

PROPOSIÇÕES GERAIS PARA O AVANÇO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES 16

PROPOSIÇÕES PARA CUIDADO E PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CONTEXTOS ESPECÍFICOS 23

Crianças e adolescentes com deficiência: a necessária articulação entre os campos da atenção psicossocial e da reabilitação **23**

Autistas: o direito ao cuidado em liberdade e à participação nos diferentes espaços de decisão **25**

Crianças e adolescentes em uso de substâncias psicoativas que demandem ações em saúde **27**

Adolescentes em cumprimento de medidas no Sistema Socioeducativo: defesa do princípio da incompletude institucional, da intersetorialidade e da valorização dos recursos comunitários **29**

Crianças e adolescentes em situação de rua **32**

QUADRO SÍNTESE DAS PROPOSTAS SUGERIDAS 36

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 38

ANEXO - INTEGRANTES DA REDE NACIONAL DE PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES 45

APRESENTAÇÃO

Este documento foi elaborado com a finalidade de colaborar com o recém-criado *Departamento de Saúde Mental e Enfrentamento ao Abuso de Álcool e outras Drogas*, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, especificamente no que diz respeito as ações necessárias para consolidação da atenção psicossocial como modelo de cuidado para crianças e adolescentes.

A retomada democrática, com a eleição do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, coloca em movimento a urgência de superação dos retrocessos que foram impostos às políticas públicas e sociais desde o golpe jurídico-parlamentar de 2016 até o final do governo Bolsonaro em 2022. No cenário sombrio desses últimos seis anos, o campo da saúde mental pública - designado no Brasil como campo da atenção psicossocial – foi duramente afetado em seus princípios éticos, inclusivos, participativos e defensores do cuidado em liberdade (CRUZ, GONÇALVES & DELGADO, 2020). Esse cenário exige, no momento atual, de todos os operadores psicossociais, um árduo trabalho, não apenas de recuperação do que foi destruído, mas, principalmente, de construção de caminhos para o efetivo avanço da atenção psicossocial como política pública do Estado democrático brasileiro.

No que diz respeito às crianças e adolescentes, o esforço será ainda mais urgente e necessário dado o caráter recente da rede de atenção psicossocial dirigida ao cuidado delas - iniciada apenas em 2002 –, a estagnação que sofreu com o golpe de 2016 e a total paralização entre os anos de 2019 e 2022 na vigência de um governo contrário às pautas progressistas, inclusivas e de defesa de direitos. Nunca é demais lembrar que a norma constitucional da prioridade absoluta e a doutrina da proteção integral instalada pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) devem reger todas as políticas públicas destinadas a crianças e adolescentes, aqui incluídas as de saúde mental.

Como pretendemos deixar mais claro ao longo deste documento, a política de saúde mental para crianças e adolescentes (SMCA) ainda necessita superar obstáculos de diferentes ordens para que possa se inscrever definitivamente na história brasileira como ação transformadora de uma sociedade que por décadas relegou a infância e

adolescência ao ‘menorismo’, ao silenciamento e à institucionalização. A luta em prol da defesa de direitos, proteção e do cuidado em liberdade das infâncias e adolescências deve ser guia das ações psicossociais em suas diferentes dimensões, associada, neste momento de retomada democrática, à luta contra o racismo, o capacitismo, a homotransfobia e o etarismo que ainda vigem entre nós.

É com o intuito de colaborar e de se corresponsabilizar com os caminhos psicossociais a trilhar que a *Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes* vem somar esforços na direção da construção de territórios psicossociais para as infâncias e adolescências de nosso país.

Este documento contém uma breve contextualização das conquistas e dos desafios da atenção psicossocial infantil e juvenil, seguida de proposições gerais para o avanço deste campo e de proposições para o cuidado de crianças e adolescentes em contextos específicos.

INTRODUÇÃO

Como já afirmado em diferentes estudos, no contexto brasileiro apenas no início do século XXI foram propostas ações sob o marco da atenção psicossocial para o desenvolvimento de redes ampliadas de cuidado para crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental (COUTO & DELGADO, 2015; FERNANDES et al., 2021). Ao longo de todo o século passado, mesmo após o início do movimento em prol da Reforma Psiquiátrica brasileira, crianças e adolescentes permaneceram desassistidos ou sendo submetidos à assistência de setores e instituições com práticas de caráter disciplinar, corretivo e normalizador que mais tutelaram do que protegeram, mais segregaram do que ampliaram condições de pertencimento social.

A inclusão tardia da pauta da saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA) na agenda pública da saúde mental geral não foi, no entanto, acompanhada da urgência no desenvolvimento das ações necessárias à construção das redes de atenção psicossocial comunitárias, intersetoriais e sensíveis às especificidades dos inúmeros territórios brasileiros. Apesar dos esforços empreendidos e dos avanços conquistados entre os anos de 2002 e 2015[1] - quando ares democráticos e progressistas impulsionavam as políticas públicas -, a SMCA não alcançou seu pleno desenvolvimento, restando enormes desafios a serem superados para que o país responda efetivamente pelo cuidado e proteção das infâncias e adolescências, orientado pelos direitos humanos, pela participação e inclusão comunitária.

A atenção psicossocial é um projeto complexo, que visa a transformação social (FERNANDES et al., 2020), envolvendo, portanto, mudanças profundas nas bases teórico-práticas, políticas, jurídicas e éticas que engendram o campo do cuidado, sendo todas elas fortemente dependentes de transformações na concepção sobre o humano e suas experiências de vida e de sofrimento.

[1] Estamos nos referindo à implantação de CAPSi, à proposição da intersetorialidade como fundamento da SMCA, à montagem do *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantil e Juvenil*, à elaboração, pelo Ministério da Saúde, de documentos orientadores das práticas com crianças e adolescentes, dentre outras ações realizadas. Em outra parte deste documento serão elencadas as ações ainda necessárias para a consolidação da atenção psicossocial como campo de cuidado e proteção para crianças e adolescentes.

No caso de crianças e adolescentes, a amplitude e profundidade do mandato público da atenção psicossocial fazem com que, além de cuidar, este campo tenha a tarefa de inscrever no tecido social, junto aos setores historicamente envolvidos na assistência às infâncias e adolescências[2], uma concepção de criança e adolescente que ultrapasse a ideia conservadora - mas ainda vigente na sociedade em geral - de que são seres 'menores', em preparação, subalternos na ordem política e alijados da experiência de sofrimento psíquico. O imperativo ético da ação psicossocial exige afirmar a criança e o adolescente como sujeitos psíquicos e de direitos, como atores sociais legítimos que constituem e contribuem para construção do mundo coletivo, que têm história, experiência e saber próprios e como tal integram a vida em sociedade. Supõe, dessa forma, reconhecer o valor de sua palavra e das formas diversas que encontram para transmitir seus padecimentos subjetivos e estratégias de lida, assim como suas diferentes maneiras de participação nos espaços de decisão.

Com esta concepção do sujeito criança ou adolescente, no início do século XXI foi proposta a atenção psicossocial como modelo de cuidado, tendo como ações inaugurais a implantação de CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência) nas cidades de grande porte (BRASIL, 2002) e a afirmação da intersetorialidade como fundamento *princeps* para construção das redes locais e para a direção do cuidado de cada criança ou adolescente (COUTO et al., 2008). Associado a essas ações concretas, no plano de construção da política de SMCA foi implantado em 2004 o *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantil e Juvenil*, através da Portaria 1608/04 (BRASIL, 2004), de caráter interministerial e intersetorial, contando com a participação de diferentes representações da sociedade civil ligadas à defesa de direitos das crianças e adolescentes.

Esperava-se que a partir dessas primeiras ações fosse engendrada uma real condição de possibilidade para o pleno desenvolvimento da atenção psicossocial, que no caso de crianças e adolescentes supõe forte articulação comunitária, com a atenção básica, assistência social, educação, justiça e defesa de direitos, além da inscrição da

[2] Estamos nos referindo aos setores da justiça, educação e assistência social.

promoção de saúde mental como lógica orientadora da construção de territórios psicossociais.

Caminho longo e árduo; iniciado, mas paralisado há alguns anos desde o golpe antidemocrático de 2016, e ao longo de todo o governo Bolsonaro.

A retomada da política pública de SMCA supõe a revogação de todas as normativas e leis instituídas no período 2016 a 2022, e sua substituição por atos normativos, orientações técnicas e financiamento compatíveis com o mandato público da atenção psicossocial.

Retrocessos a serem superados

O conjunto de medidas contrárias à Reforma Psiquiátrica e, consequentemente, ao modelo psicossocial de cuidado, já foi elencado em documentos e artigos publicados (ABRASME, 2022; CRUZ, GONÇALVES & DELGADO, 2020). Os destaques que faremos abaixo cumprem a finalidade de realçar as medidas que incidem mais diretamente sobre a SMCA e que devem ser objeto de revogação por parte da gestão federal da saúde mental e de articulação junto à esfera legislativa para a devida supressão.

Em primeiro lugar, **destacamos a Lei 13.438/2017**, de autoria do Deputado Delegado Francischini, promulgada pelo Presidente Michel Temer em 26 de abril de 2017 (BRASIL, 2017a). Esta lei instaura a obrigatoriedade de adoção, pelo SUS, de protocolo para detecção de 'risco psíquico até os dezoito meses de vida'. Contendo apenas um parágrafo,

> "altera o ECA, determina avaliação de risco psíquico em todos os bebês brasileiros, sem quaisquer esclarecimentos sobre o que considera 'risco psíquico' e sobre os modos de cuidado em caso de 'risco detectado'. Aos olhos do senso comum, o que poderia parecer interessante revelou ao olhar mais acurado e comprometido com a saúde pública o risco de uma patologização generalizada da infância, além do desconhecimento sobre os

determinantes sociais da saúde e sobre o mandato público do SUS" (PACHECO et al., 2021, p. 251).

Defendemos a necessidade premente de ações que visem superar a lacuna ainda existente em relação às ações em saúde mental para a primeira infância, mas consideramos que o Brasil dispõe de robusta base legal para o desenvolvimento desse trabalho, com destaque para o *Marco Legal da Primeira Infância* que sintetiza, através da Lei 13.257/16, as propostas mais progressistas e éticas na direção da integralidade, longitudinalidade e colaboração intersetorial para o cuidado da primeira infância, incluindo forte articulação da atenção básica com a atenção psicossocial (BRASIL, 2016; MASCARENHAS et al., 2017).

No que diz respeito às medidas infralegais que impuseram **retrocessos diretos à SMCA**, destacam-se:

- **Portaria 3588, de 21/12/2017**, que reedita o modelo ambulatorial especializado e médico-centrado, implanta o CAPS AD IV para atender pessoas de todas as idades, recoloca a modalidade hospital-dia na rede de atenção e aumenta o valor das AIH para os hospitais psiquiátricos.
- **Nota Técnica de 11/02/2019**, que autoriza internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos e em Comunidades Terapêuticas.
- **Decreto 9.761, de 11/04/2019**, que retirou a pauta sobre álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, delegando-a ao Ministério da Cidadania e ao de Segurança Pública, com incidências danosas para o cuidado de crianças e adolescentes.
- **Portaria 1836, de 24/06/2022**, que institui incentivos financeiros para atendimento de crianças e adolescentes 'com transtornos de humor' decorrentes do impacto da pandemia Covid-19. Dentre outras determinações, afirma destinar recursos para aquisição de "equipamentos médicos e eletromédicos".
- **Protocolo**, **discutido na 105° Reunião da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC)**, realizada em 10/02/2022, intitulado *"Atualização de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo nos TEA"*, que considera 'promissoras' a eletroconvulsoterapia (ECT) e a estimulação magnética transcraniana (EMT) para intervenção junto aos autistas com comportamento agressivo, a despeito da

ausência de evidências sobre a efetividade e segurança desses procedimentos, especialmente nessa população.

Além dessas medidas, inúmeros retrocessos foram impostos aos setores públicos parceiros da atenção psicossocial - denominados intersetores e fundamentais na montagem das redes ampliadas de cuidado. Um apanhado geral desses retrocessos está registrado na Figura 1, tendo tido como base o Relatório de Transição do Governo Federal (BRASIL, 2022).

FIGURA 1: Retrocessos nos intersetores

Fonte: Elaborado pelos autores

O elenco de medidas diretamente relacionadas à SMCA ou aos intersetores esclarece que o período 2016 a 2022 - com maior ênfase no governo Bolsonaro – registrou um desmantelamento planejado das pautas progressistas anteriormente propostas e/ou desenvolvidas para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, com claro objetivo de retroceder à lógica higienista, moralista, excludente e segregadora que marcou os primeiros anos da República brasileira, tendo como consequência a institucionalização de uma enorme legião de meninos e meninas.

O muito por fazer

A possibilidade de retomada dos caminhos psicossociais, com o recente arejamento democrático, determina **urgência nas ações necessárias para superar os retrocessos que nos foram impostos**. A SMCA, como política pública do SUS alicerçada no modelo psicossocial de atenção, deve fazer valer sua responsabilidade no processo de transformação social e agir nos territórios para muito além do cuidado dos que têm 'transtornos mentais desencadeados', indo em direção aos modos de relação e sociabilidades com vistas à construção de experiências compartilhadas de pertencimento social.

Crianças e adolescentes vulnerabilizadas social, política, institucional e economicamente precisam ser incluídas no escopo da atenção psicossocial, tais como aquelas que vivem em privação de liberdade e em diferentes modalidades de institucionalização, as dos povos originários, as com deficiência, as negras e negros, as LGBTQIA+, as que estão em situação análoga ao trabalho escravo - incluindo aqui as ligadas ao comércio varejista de drogas -, as que vivem em situação de rua ou em territórios em conflito, as refugiadas e todas as demais submetidas a processos de vulnerabilização e alijadas da partilha social.

Essa função pública e civilizatória só avançará se for uma ação coletiva e participativa, envolvendo as próprias crianças e adolescentes. Afinal, o processo de revigoramento e expansão do modelo psicossocial é intersetorial por fundamento, alicerçado na democracia, na participação e nos direitos humanos como valores inalienáveis.

PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Diante do cenário de desmontes, como o dos últimos seis anos, que conjuga o neohigienismo e a centralidade do modelo biomédico ao crescente movimento de ambulatorização dos processos de trabalho das equipes da rede de atenção psicossocial infantil e juvenil – quando se expressa por meio de iniciativas de cunho estritamente reabilitador/curativo desarticuladas dos demais atores da rede intersetorial e das políticas sociais –, torna-se imperativo promover uma revisão crítica dos fundamentos que têm orientado o modelo de cuidado. Neste sentido, propomos, como via de superação, a adoção dos princípios epistemológicos e éticos próprios à lógica da ***promoção de saúde mental.***

Desenvolvida na década de 1980, a promoção da saúde/promoção de saúde mental diz respeito a um movimento crítico no interior dos preceitos fundamentais que estruturam os processos clínicos e políticos do campo sanitário. Como crítica à hegemonia do modelo biomédico – restrito a uma ação de cuidados estritamente individualizados, orientado unicamente à recuperação/cura, capitaneado a partir da primazia do saber médico, e organizado pelo recorte exclusivo do setor saúde –, a promoção de saúde busca resgatar, no interior dos debates sobre os processos de saúde e doença, a dimensão sociopolítica envolvida em tais dinâmicas, quando reconhece o conjunto de macrodeterminantes sociais articulados às capacidades dos indivíduos e coletividades em atingirem maior ou menor grau de saúde (BUSS, 2009).

Esse conceito remete, portanto, ao desenvolvimento de um conjunto de inciativas e políticas públicas que se enderecem à mitigação das iniquidades e vulnerabilidades em saúde, no nível direto das ações sanitárias (em articulação com os diferentes setores e serviços da rede intersetorial), bem como no nível mais amplo da defesa de direitos básicos, nas esferas civil, política, socioeconômica e cultural (OMS, 2018). Como apontam Heeman, Saxena e Moodia (2004), a efetivação da promoção de saúde mental deve ter por foco três determinantes-chave: a *inclusão social* (no fomento ao desenvolvimento de redes de suporte e ao pleno exercício da cidadania), a *defesa da liberdade* (na valorização da diversidade e a afirmação da autonomia) e a *efetiva*

participação econômica (na distribuição equânime dos recursos, e no acesso à educação, habitação, moradia digna e ao trabalho).

No que tange a sua efetivação no bojo dos processos de trabalho das equipes de atenção psicossocial, a promoção da saúde mental opera como uma revisão das premissas epistêmicas que orientam suas práticas e sua organização. Trata-se assim de concentrar seu modelo interventivo, para além das ações em nível individualizado, no reconhecimento e transformação das estruturas discursivas e normativas que fundamentam os modos compartilhados de inteligibilidade da experiência, na medida em que tais discursos definem as possibilidades de agência e relação entre os indivíduos e coletividades que compõem um determinado território, naquilo que tais normatividades restringem as potências de emancipação social (OLIVEIRA, 2021).

Como argumenta Oliveira (2021), trata-se de articular os fundamentos da **promoção de saúde mental** menos como iniciativas específicas de cuidado, mas **como *lógica epistemológica e ética*** que subjaz nas premissas de atuação de todos os processos de trabalho psicossociais, em seus desdobramentos clínicos e políticos. Por sua vez, ao reconhecer um modelo de atuação que não se encerra no atendimento recuperativo individual junto aos sujeitos que o buscam (nos CAPSi e demais serviços), trata de expandir o nível de intervenção junto à dimensão macroestrutural das comunidades, requisitando então, de maneira indissociável, a efetiva proposição de uma agenda territorial ativamente democrática e intersetorial, de modo que a participação social componha o elemento central e decisivo nas diferentes etapas deste processo.

Portanto, propomos, diante deste momento de necessária reconstrução das políticas públicas de atenção psicossocial para crianças e adolescentes, que **a lógica da promoção de saúde mental oriente, por meio de um atravessamento transversal, as diferentes ações e políticas** que compõem a retomada desta agenda pública, sob a reafirmação:

- Da defesa da democracia e dos direitos humanos como valores inalienáveis.
- Do reconhecimento de que a saúde mental se refere e se dirige a sujeitos históricos, relacionais, imersos na linguagem e sensíveis aos contextos em que vivem.

- Da concepção de crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e de direitos.
- Da afirmação do modelo psicossocial e do cuidado em liberdade como fundamentos da política pública de saúde mental.
- Do entendimento de que a base territorial, o trabalho em rede, a colaboração intersetorial, o compartilhamento de saberes e a participação comunitária são imprescindíveis para o avanço do cuidado e do sistema de proteção às infâncias e adolescências brasileiras.
- Da promoção de saúde mental como lógica e eixo estruturante da política de saúde mental para crianças, adolescentes e suas comunidades, e da construção das redes locais.
- Da necessidade de construção de condições para efetiva participação de crianças e adolescentes nos espaços de decisão (políticos, clínicos, comunitários e institucionais).

PROPOSIÇÕES GERAIS PARA O AVANÇO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Nos anos de 2005 e 2014, o Ministério da Saúde publicou documentos contendo as principais diretrizes para implementação da atenção psicossocial para crianças e adolescentes, sendo eles intitulados, respectivamente: "Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil" (BRASIL, 2005) e "Atenção Psicossocial de Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para garantir direitos" (BRASIL, 2014a). Considerando a pertinência das diretrizes propostas para o real avanço dos processos psicossociais dirigidos às crianças e adolescentes, assim como a necessidade de que sejam reafirmadas pela gestão federal atual, vamos destacá-las abaixo:

- "Crianças e adolescentes são responsáveis por sua demanda e seu sintoma", na medida em que são sujeitos de direitos e possuidores de lugares autênticos de fala;
- "O acolhimento deve ser universal", significando que as portas dos serviços devem estar abertas às crianças e adolescentes que chegam, assim como a seus familiares/responsáveis, independente de referenciamento ou diagnóstico prévios;
- "Encaminhamento implicado e corresponsável", que deve ocorrer sempre que o serviço que acolheu uma criança ou adolescente entender que outros pontos de atenção da rede de saúde ou intersetorial podem melhor contribuir para a composição do cuidado frente à demanda apresentada;
- "Construção permanente da rede de intersetorial" (relacionada ao caráter processual da rede) e "Trabalho no território", que serão focalizados de forma conjunta aqui, na medida em que demandam atenção especial da gestão da saúde mental de crianças e adolescentes, conforme documentado:
- *"*[...] *a partir da noção de clínica ampliada e da complexidade das intervenções em saúde mental, álcool e outras drogas, é fundamental a construção cotidiana de uma rede de profissionais, ações e serviços para a garantia do acesso de crianças, adolescentes e jovens aos cuidados nesta área. Neste sentido, é imprescindível a convocação dos atores intersetoriais, sem os quais não será possível uma resposta*

potente aos problemas de saúde mental, álcool e outras drogas apresentados pela citada população" (BRASIL, 2014a, p.25).

- "Avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades em saúde mental nos territórios", implicando comunidade e setores públicos no diagnóstico situacional da SMCA no território e o desenvolvimento de ações coletivas, ampliadas, participativas e democráticas de ações de promoção da saúde mental.

Com base nessas diretrizes, **propomos ao Departamento de Saúde Mental o desenvolvimento urgente** de ações para:

- **Ampliar espaços de escuta e de participação de crianças e adolescentes nos serviços de atenção psicossocial** e em outros espaços estratégicos na comunidade, de forma que participem ativamente do seu processo de cuidado e da dinâmica do trabalho psicossocial, territorial e coletivo, considerando a singularidade de cada situação.
- **Implementar medidas que garantam o acolhimento universal nos serviços**, respondendo a um direito da população de crianças e adolescentes.
- **Garantir a inclusão dos cuidadores/familiares no projeto terapêutico singular**, privilegiando espaços coletivos e fomentando a participação na gestão dos serviços (conselho gestor) e na organização política (LIMA et al, 2014)
- **Implementar processos de formação que respaldem os trabalhadores psicossociais no desenvolvimento do 'encaminhamento implicado e corresponsável' em seus territórios de referência,** o que supõe uma ação colaborativa com as equipes dos demais serviços públicos voltados para assistência e proteção das infâncias e adolescências. O 'encaminhamento implicado' é a via para superar a fragmentação do cuidado, evitando que crianças, adolescentes e familiares peregrinem em nome próprio, de serviço em serviço, em busca de cuidado.
- **Inscrever efetivamente a intersetorialidade como fundamento das ações psicossociais para as infâncias e adolescências,** seja na direção do cuidado para cada uma delas, seja na construção das redes territoriais de atenção.

- **Tomar crianças, adolescentes, famílias/responsáveis e os territórios onde vivem como pontos-guia da rede intersetorial a ser tecida.** A intersetorialidade se concretiza em práticas contextualizadas e deve ser comprometida com o território, sinalizando a importância do fomento de ações em que participem o setor saúde mental e os demais setores dirigidos às crianças e adolescentes, de modo que comunidades, usuários e famílias sejam parceiros do processo psicossocial de cuidado. Destaca-se a necessidade de direcionar os esforços, reconhecendo a importância das famílias, usuários e comunidades nessa construção, sendo estes os requisitos necessários para que a intersetorialidade possa se afirmar enquanto recurso e estratégia para o desenvolvimento local e emancipação de pessoas e coletivos no combate às iniquidades (TAÑO 2017; TAÑO et. al, 2021; MINATEL et. al, 2022).
- **Ampliar a participação de crianças e adolescentes nos espaços de decisão políticos, comunitários e institucionais,** sendo de especial interesse a representatividade e presença delas no *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantil e Juvenil* que, esperamos, seja imediatamente reeditado.
- **Desenvolver programas de formação permanente em parceria com as esferas estaduais e municipais do SUS, e com as universidades comprometidas com a saúde pública,** para subsidiar os trabalhadores nas operações psicossociais de atenção.
- **Reformular as políticas governamentais estabelecidas no período 2019-2022 destinadas à prevenção do suicídio e automutilação** por estarem desarticuladas do SUS, não garantirem acesso à rede de atenção psicossocial e estarem baseadas em estratégias preventivas que se dão por meio de perspectivas familialistas tradicionais e/ou individualizantes, que promovem a desresponsabilização do Estado brasileiro para com as esferas do cuidado e da assistência, e articulam-se a uma agenda conservadora e antigênero (CIRNE, 2022).
- **Desenvolver uma agenda de trabalho regular junto ao Ministério da Educação** com objetivo de incluir, nas grades curriculares dos cursos de graduação que formam profissionais para o campo da saúde mental,

disciplinas obrigatórias sobre o SUS, a Reforma Psiquiátrica e a saúde mental pública, com ênfase nas especificidades do cuidado intersetorial para crianças e adolescentes.

- **Reestabelecer incentivos técnicos e financeiros para supervisão clínico-institucional** em toda a rede de atenção psicossocial, sustentada na perspectiva territorial. Este dispositivo é fundamental tanto para a manutenção de um espaço de reflexão crítica acerca dos processos de trabalho, bem como para o processo de formação continuada das equipes.
- **Criar normatização específica**, com orientação técnica e destinação financeira**, para implantação de CAPSij III**[3] nas cidades de grande porte populacional, ou nas que registrarem indicadores psicossociais compatíveis com a necessidade deste dispositivo. A experiência pioneira do município de São Paulo com a criação, sob norma local, de CAPSij III esclareceu a potência do dispositivo para atenção à crise de crianças e adolescentes (MOURA, 2022), podendo servir de base para proposta nacional.
- **Ampliar a oferta de CAPSij II em todos os estados da federação,** segundo os parâmetros populacionais elencados na PT 3088/2013 e com ampliação da equipe mínima para habilitação junto ao SUS.
- **Ampliar a oferta de Centros de Convivência e Cultura para crianças, adolescentes e suas comunidades de pertencimento,** fundamentados na perspectiva da transformação social, e com ênfase na criação de espaços que favoreçam a participação, a expressão cultural, o compartilhamento de experiências e o convívio com a diversidade (SOUZA, 2022).
- **Criar fomento para desenvolvimento de pesquisas e produção de conhecimento com foco na atenção psicossocial de crianças e adolescentes**.
- **Retomar a produção do 'Saúde Mental em Dados'**, contendo capítulo específico sobre atenção psicossocial de crianças e adolescentes.

[3] A sigla CAPSij foi oficializada na normativa do município de São Paulo, substituindo a sigla CAPSi. Consideramos que nos caminhos futuros em prol do avanço da atenção psicossocial de crianças e adolescentes será de extrema importância que o MS passe a utilizar em suas normativas a grafia CAPSij como estratégia para afirmar o lugar dos adolescentes nos dispositivos psicossociais. Dessa forma, neste documento, será grafado CAPSij sempre que estivermos nos referindo a ações futuras a serem desenvolvidas.

- **Reeditar, com regularidade trimestral, o *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantil e Juvenil***, criado através da Portaria 1.608/2004, que desde o ano de 2012 não realiza reuniões. Este dispositivo colegiado constitui espaço de fundamental importância para o enfrentamento dos enormes desafios envolvidos na Política de SMCA, dado seu caráter participativo e intersetorial. Sugerimos que sejam ampliadas as instâncias com representatividade no *Fórum*, especialmente no que diz respeito à participação dos movimentos sociais de crianças e adolescentes.
- **Construir respostas efetivas aos processos de medicalização e patologização do sofrimento infantil e juvenil.** O caráter incipiente da rede de atenção psicossocial tem deixado entreaberta a porta para abusos de diagnósticos e prescrição de psicofármacos, bem como para um conjunto de terapêuticas normatizadoras e institucionalizantes, que reduzem situações complexas e multideterminadas - experimentadas por crianças e adolescentes em seus contextos de vida - a respostas simplificadoras, individualizando as questões por meio de recursos próprios à episteme e classificações do campo biomédico e/ou comportamental. Defendemos o uso parcimonioso de medicamentos, sempre que necessário, da mesma forma que afirmamos que a subjetividade, experiências e expertises das próprias crianças e adolescentes não sejam substituídas por eles. Por isso, destacamos esse tema na pauta geral da atenção psicossocial, propondo estratégias de enfrentamento e ação, tais quais:
    a. **Criação de um Grupo de Trabalho sobre Medicalização**, conforme previsto nas Recomendações da IX Reunião Ordinária do *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil,* realizada em 2012 (BRASIL, 2014b).
    b. **Realização de pesquisa por amostragem nos CAPSij brasileiros**, visando levantar informações sobre os diagnósticos utilizados e a prescrição de psicofármacos nesses serviços, incluindo distribuição por faixas etárias, o tempo de uso e a prática da 'polifarmácia'.
    c. **Atualização das recomendações publicadas pelo Ministério da Saúde em 2015, visando a construção de diretrizes sobre o uso de psicofármacos na rede de atenção psicossocial infantil e juvenil** (BRASIL,

2015a), incorporando as experiências de municípios como São Paulo e Campinas, e as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e CONANDA, com foco não restrito ao metilfenidato (BRASIL, 2015b).

d. **Ampliação das experiências de Grupos de Gestão Autônoma** (GAM) infantis e juvenis (FERREIRA, CALIMAN & CESAR, 2021) nos diferentes pontos da rede de atenção psicossocial, especialmente nos CAPSij e na Atenção Básica.

e. **Inclusão do tema da medicalização/patologização** nas estratégias de cuidado psicossocial territorializado aos **adolescentes cumprindo medidas socioeducativas**, especialmente aos que estão sob privação de liberdade.

f. **Inclusão do tema da medicalização/patologização** nas supervisões clínico-institucionais e em **todas as estratégias de formação continuada** para as equipes dos diferentes pontos de atenção da rede psicossocial e intersetorial.

- **Desenvolver diretrizes para articulação da SMCA com escolas e creches, sob o princípio e lógica da promoção de saúde mental.** Tomada como uma política de alcance universal para crianças e adolescentes brasileiros, através da obrigatoriedade do ensino fundamental, a escola alcança centralidade em todas as ações dirigidas a população infantil e juvenil. Segundo Oliveira (2021):

> *"o ambiente escolar ocupa lugar central nas dinâmicas psicossociais de crianças e adolescentes, compondo um espaço privilegiado para o empreendimento de iniciativas da atenção psicossocial com foco na promoção de saúde mental"* (p. 13).

Sendo assim, ainda que reconheçamos a importância dos diferentes setores públicos nas parcerias intersetoriais para o alcance da integralidade do cuidado, a educação será destacada aqui como ponto nodal para o avanço da atenção psicossocial.

Nesse sentido, **propomos:**

a. A **reconstrução do Programa Saúde na Escola (PSE),** dotando-o de maior capilaridade de inserção e assim maior reconhecimento das particularidades de cada contexto territorial e escolar, além de maior ênfase em seu caráter intersetorial, com destaque para a valorização e efetivação da agenda da atenção psicossocial no interior do programa.

b. **A implementação de iniciativas de capacitação aos agentes da Estratégia de Saúde da Família no que diz respeito à efetivação da agenda do PSE**, já que, como destacam Brasil e colaboradores (2017), grande parte das barreiras de implementação do PSE se encontram associadas, dentre outros fatores, à falta de treinamento adequado das equipes.

c. A **organização** - em nível local, a partir das redes intersetoriais colaborativas, protagonizadas pelos CAPSij e demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial – **de mecanismos de planejamento, implementação e avaliação de ações de promoção de saúde mental em escolas**. Estas ações podem ser formatadas através da montagem de espaços participativos nas escolas (tais como conselhos ou comitês), incluindo todos os atores da comunidade escolar (profissionais da escola, alunos e familiares), com foco na identificação dos principais desafios relacionados ao tema da saúde mental e atenção psicossocial presentes no ambiente escolar, as potencialidades de enfrentamento de tais desafios, projetando iniciativas colaborativas de promoção de saúde mental, cuja efetividade e eficácia sejam acompanhadas por tais comitês.

PROPOSIÇÕES PARA CUIDADO E PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CONTEXTOS ESPECÍFICOS

Crianças e adolescentes com deficiência: a necessária articulação entre os campos da atenção psicossocial e da reabilitação

Considerando a interface entre os campos da saúde mental e da atenção às pessoas com deficiência, ratificada pela Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência/CDPD (BRASIL, 2009); a histórica institucionalização e asilamento de crianças e adolescentes com deficiência e sofrimento psíquico em instituições totais; as condições de vulnerabilização política, de direitos e assistencial a que estas pessoas estiveram historicamente expostas em território nacional, sugerimos como prioritária a articulação entre as gestões da Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) na direção da afirmação do imbricamento histórico destes dois campos e na proposição de um cuidado efetivo às crianças e adolescentes PcD.

Dentre as principais e **primeiras sugestões para esta interlocução destacamos**:

- A necessidade de revisão dos documentos sobre diretrizes clínicas e linha de cuidado para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), elaborados em 2013 por dois grupos de trabalho distintos no âmbito do Ministério da Saúde (MS); um ligado ao campo da atenção psicossocial e o outro ao da reabilitação, nomeadamente '*Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS*' e '*Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo*' (BRASIL, 2013a, 2013b). A duplicidade da orientação oficial acabou por reforçar disputas políticas entre modelos de atenção e redes de cuidado (OLIVEIRA et al., 2017) e redundou em barreiras

de acesso e fragmentação da atenção nas municipalidades, requerendo, portanto, que o MS estabeleça uma orientação única e consensada entre os referidos campos.

- A assunção pelo governo do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBRM), validado pela Universidade de Brasília (UNB), em cumprimento ao artigo 2 da Lei 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão) (BRASIL, 2015c). O índice foi criado para unificar, entre os órgãos governamentais, a avaliação da condição de deficiência a partir do paradigma psicossocial, sendo importante via para superar as classificações dos sujeitos com base na CID para avaliações de acesso a políticas públicas.
- A garantia da participação do Movimento das Pessoas com Deficiência e de profissionais e gestores da RCPCD no *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantil e Juvenil.*
- O fomento à articulação estratégica e permanente entre os CAPSij e os CER.
- O desenvolvimento de ações de educação permanente que qualifiquem gestores e profissionais para o cuidado anticapacitista.
- A realização de um 'Censo das crianças e adolescentes em situação de institucionalização', com especial atenção às crianças e adolescentes com deficiência neste contexto, considerando a intersecção presente nas categorias: asilamento, deficiência e psiquiatrização das infâncias e juventudes.

Ainda, no âmbito da ação intersetorial, com vistas à promoção da equidade e da garantia dos direitos de crianças e adolescentes, em especial no campo da educação, sustentamos a necessidade de ações que oportunizem:

- A defesa da educação especial na perspectiva do sistema de educação inclusiva, o que significa a recusa de propostas baseadas na noção de clínicas-escolas (como proposto para o caso de autistas em muitos municípios e estados, e também em âmbito federal) e a afirmação da educação enquanto direito comum, que deve ser concretizado em salas de ensino regular.
- O enfrentamento da tendência patologizante e biomédica que incorre na exigência de laudos médicos para garantia de acesso aos mecanismos da

educação inclusiva, em clara contraposição ao estabelecido na Nota Técnica 04/2014/MEC (BRASIL, 2014c).

Autistas: o direito ao cuidado em liberdade e à participação nos diferentes espaços de decisão

Desde a aprovação da Lei 12.764/2012 - instituinte da política nacional de proteção dos direitos das pessoas com transtorno do espectro autista -, as pessoas autistas são consideradas pessoas com deficiência (PcD) para todos os efeitos legais no país (BRASIL, 2012a). O compromisso constitucional do Brasil, ao tomar a CDPD (ONU, 2006) como fundamento legal para as políticas públicas dirigidas a essa população, significou importante avanço nos campos ético, epistêmico e legal (BRASIL, 2013a). Do ponto de vista ético, a CDPD materializou a perspectiva de participação e protagonismo das pessoas com deficiência, incluídas as autistas. Quanto aos avanços legais, destacam-se seu status constitucional e a base construída para reorientação do ordenamento jurídico visando a ampliação dos direitos e da participação. No que tange ao campo epistêmico, a CDPD enfrentou o modelo médico da deficiência, pautado nas (in)capacidades físicas e individuais e propôs em seu lugar o modelo social de compreensão da deficiência, sustentando que:

> *"Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interações com as diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas"* (BRASIL, 2009. Grifos nossos).

O que nos interessa demarcar aqui é que o **Modelo Social de Deficiência** compreende a deficiência como uma construção social que se dá na interação entre corpos com impedimentos e as barreiras sociais que restringem a participação plena e efetiva das pessoas (DINIZ, 2007). Este princípio ético e inclusivo, é, certamente, o que sustenta a necessidade de aproximação entre o campo da atenção psicossocial com o campo da deficiência (MELLO, 2015).

A inclusão dos autistas no escopo legal de pessoas com deficiência foi produto da mobilização de diferentes atores sociais, incluindo técnicos de diferentes setores públicos (saúde, educação, assistência social etc.) e familiares ativistas, assim denominados por conta da luta empreendida em prol de direitos para seus filhos autistas. No entanto, ainda que todos esses atores tenham concordância quanto ao objetivo de assegurar acesso a direitos, inclusão e participação social de pessoas autistas, há entre eles significativas divergências quanto aos meios pelos quais efetivar esse objetivo. Em relação ao campo do cuidado, de um lado há a defesa da atenção comunitária, psicossocial, desenvolvida sob a égide da inclusão e participação social. De outro, a defesa de instituições totais, exclusivamente destinadas ao tratamento de autistas e denominadas 'clínicas-escola', que pretendem ofertar em um mesmo lugar procedimentos de saúde, saúde mental, educação especial e reabilitação sob o argumento de 'atenção integral'. Na proposta da 'clínica-escola', entretanto, o modelo de assistência desconsidera os determinantes sociais na experiência de vida dos autistas, além de se inscrever na contramão da intersetorialidade, do cuidado no território e da integralidade que fundamentam as redes de assistência à saúde e saúde mental no SUS. Nosso sistema universal já conta com diferentes dispositivos na atenção especializada e territorializada - como os CAPS, CAPSij e os CER - que operam a partir do princípio da integralidade por meio do acionamento de redes intrassetoriais e intersetoriais, que devem ser objeto de maior investimento e qualificação.

A noção de 'clínica-escola' tem sido objeto de ações legislativas, como o caso do PL 3630/2021, baseado nesta perspectiva e que propõe alteração na Lei 12.764/12 para "tornar obrigatória a criação de centros de assistência integral ao paciente com TEA no SUS". O risco de tal proposta está em segregar mais do que cuidar, em deixar intacto o capacitismo e conservadorismo mais do que propiciar as transformações sociais necessárias à construção de uma sociedade plural, inclusiva e respeitosa para com as diversas formas de vida.

Nesse contexto, **sugerimos que o Departamento de Saúde Mental assuma o protagonismo na convocação desses diferentes atores, incluindo os legisladores, com vistas à construção de um consenso mínimo para o estabelecimento de caminhos e diretrizes psicossociais** que superem a segregação institucional presente na proposta

de ‘clínicas-escola’ e construam em seu lugar redes de atenção potentes, efetivas e capazes de enfrentar as inúmeras barreiras de acesso às quais ainda estão expostos autistas e familiares.

Há um outro aspecto que resta problemático: a plena participação e o respeito ao lugar de fala dos autistas. Se no debate sobre direitos e assistência às pessoas autistas a participação de autistas adultos ainda é incipiente, a de crianças e adolescentes autistas é praticamente nula. Esse é um aspecto urgente a ser superado pelo campo da atenção psicossocial - é preciso **que a política de saúde mental infantil e juvenil garanta e fortaleça a participação e o protagonismo de crianças e adolescentes** na proposição de políticas públicas e nos processos de cuidado.

Crianças e adolescentes em uso de substâncias psicoativas que demandem ações em saúde

Os avanços alcançados no início do século XXI com a inclusão da problemática do uso de álcool e outras drogas no campo da saúde pública (DELGADO, 2005) não foram suficientes para qualificar o cuidado de crianças e adolescentes envolvidas com a questão. A regulamentação dos CAPS em 2002 (BRASIL, 2002), com oferta de CAPSi e CAPS AD, contraditoriamente não produziu a necessária ampliação do acesso e acompanhamento do público infantil e juvenil. Segundo Ribeiro et al. (2019), dificuldades de diversas ordens estão envolvidas nesse problema: muitos CAPSi alegam que esses usuários não integram seu público-alvo, e muitos CAPS AD recusam o acompanhamento por temerem a convivência deles com os adultos usuários do serviço. Ainda que tais argumentos devam ser questionados por se basearem em perfis diagnósticos restritivos ou em aspectos meramente morais, contradizendo o mandato da atenção psicossocial, a realidade que expressam deve ser objeto de ações por parte das esferas de gestão com vistas a sua superação.

Uma tentativa nessa direção foi o estabelecimento da Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria 3088/2011 (BRASIL, 2011), que também não foi suficiente para garantir o acesso e cuidado, seja porque não enfrentou as barreiras

impostas pelos próprios dispositivos psicossociais, seja porque não incorporou o fundamento intersetorial - imprescindível para a integralidade da atenção. Além disso, a Rede normatizada em 2011 incorporou, como um dos seus pontos de atenção, as Comunidades Terapêuticas, estabelecimentos que não se configuram como equipamentos de saúde e têm se revelado como espaços de violação de direitos e da institucionalização das infâncias e adolescências, sobretudo as historicamente mais vulnerabilizadas no país. Vale lembrar que a inclusão das Comunidades Terapêuticas caminhou na contramão das diretrizes preconizadas pelo *Fórum de Saúde Mental Infanto-Juvenil* que apontam para um cuidado baseado na perspectiva territorial e não manicomial e, no tocante ao uso de substâncias, afinado à estratégia de redução de danos.

O cenário atual registra uma situação particularmente preocupante no que diz respeito às internações compulsórias de adolescentes em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Os critérios para decidir por uma internação quando se trata de adolescentes em uso de substâncias nem sempre seguem parâmetros clínicos. Com frequência, é o risco de vida por envolvimento com o tráfico ou a precariedade social por estar em situação de rua que conduz um jovem a uma internação, que frequentemente é determinada por via judicial. Nesses termos, a internação acaba respondendo a problemas sociais que precisariam ser contemplados por outras políticas públicas articuladas intersetorialmente com o campo da saúde mental.

Diante deste complexo contexto, **sugerimos**:

- A **criação de espaços participativos, de escuta e diálogo, com crianças e adolescentes em equipamentos diversos que compõem a rede de assistência e de proteção** para que o sofrimento psíquico e social que se encontra na base do uso receba a devida atenção. Para tanto, espaços participativos, culturalmente sensíveis, que permitam a construção de experiências de pertencimento social e sejam capilarizados nos territórios de origem desses jovens, associados às práticas de redução de danos, são fundamentais.

- A afirmação e o desenvolvimento da **Redução de Danos como estratégia de cuidado**.
- A **ampliação do financiamento público para os equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS)**, voltados ao cuidado de crianças e adolescentes em uso de álcool e outras drogas, sob a diretriz da Redução de Danos.
- A orientação para que os **CAPS, CAPSij e CAPS AD acolham e acompanhem crianças e adolescentes** que requeiram atenção por uso de substâncias através de processos de trabalho psicossociais, intersetoriais e comunitários. Nos casos em que a desintoxicação se fizer necessária, a mesma deve acontecer nos CAPS/CAPSij de tipo III ou em leitos de hospitais gerais, com equipes especializadas para realizar essa atenção.
- A expansão das **Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAI)** em todo território nacional – dispositivos fundamentais para ampliar condições de cuidado e que não têm recebido o devido investimento desde sua proposição através da Portaria 121/2012 (BRASIL, 2012b).
- **O monitoramento e implementação da recomendação conjunta** do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) – Recomendação 01, de 4/8/2020 - **contrária à regulamentação do acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas** (CNS/CNDH/CONANDA, 2020).

Adolescentes em cumprimento de medidas no Sistema Socioeducativo: defesa do princípio da incompletude institucional, da intersetorialidade e da valorização dos recursos comunitários

O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) (BRASIL, 2012c) estabelece como atribuição do SUS a atenção integral à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, bem como o atendimento a adolescentes

com transtorno mental e com dependência de álcool e outras substâncias psicoativas - ratificados pela Convenção Internacional dos Direitos da Criança (ONU, 1989) e pelo ECA (BRASIL, 1990). Já a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) (BRASIL, 2017b) tem como objetivo articular, com a gestão municipal e estadual, a operacionalização da assistência a esse público, nos diferentes âmbitos de atenção: primária, secundária e terciária.

A despeito dessas importantes construções normativas, observamos a persistência de acentuadas antinomias entre as diretrizes de saúde mental e os contextos institucionais da socioeducação, como: o insulamento das instituições de custódia dos adolescentes no âmbito dos governos estaduais e a adoção de regras próprias pelos gestores para lidar com as necessidades de saúde dos adolescentes em privação de liberdade (COSTA & SILVA, 2017); a fragilidade na articulação entre os setores da saúde e da socioeducação; o processo de institucionalização, especialmente na privação de liberdade, que opera prioritariamente por meio de uma lógica punitiva e carcerária e que produz impactos psicossociais e sofrimentos; o uso do direito à saúde como forma de ampliar o controle sociopenal de adolescentes por meio de encaminhamentos às Comunidades Terapêuticas e aos hospitais psiquiátricos, em um modelo centrado na abstinência e na institucionalização, com "tratamento" repleto de práticas punitivas, disciplinares e, por vezes, sem plano terapêutico mínimo (VICENTIN, ASSIS & JOIA, 2015).

Acrescente-se a isso o fato de que o consumo/comércio de drogas tem obtido preponderância nos processos de criminalização de segmentos da adolescência, incorporando ao sistema socioeducativo (especialmente na modalidade de internação) adolescentes tidos como traficantes, trabalhadores no comércio varejista de drogas.

Desse modo, **propomos**:

- O **monitoramento da implementação e o fortalecimento da estratégia da PNAISARI** que consolida o princípio da incompletude institucional no campo da infância e adolescência[4] e insere na agenda institucional e nos processos

[4] A incompletude institucional é um dos princípios que organizam o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente. Presente no SINASE, afirma que a atenção às complexas demandas oriundas do

de trabalho, de modo oficial, encontros intersetoriais entre profissionais do sistema socioeducativo e profissionais do sistema de saúde; consolida as redes de atenção à saúde como *locus* e referência estratégica no processo saúde-doença-cuidado, sendo a rede de atenção básica a ordenadora e preceptora na assistência; divide entre os técnicos internos à unidade e trabalhadores das redes o papel de produzir saúde, possibilitando a conservação dos aspectos socioeducativos sem os condicionar à avaliação da "boa" postura do adolescente no acesso à saúde.

- **A internalização, discussão e implementação da Convenção OIT nº 182/199936** (BRASIL, 2000) que inclui o trabalho no tráfico como prática análoga à escravidão, o define dentre "as piores formas de trabalho infantil" e estabelece a obrigação de cada Estado parte adotar medidas com o fim de impedir a ocupação das crianças nessas piores formas e prestar assistência direta, necessária e adequada para retirá-las dessa condição. É preciso, portanto, oferecer um cuidado em saúde integral, territorial e em rede que:
  a. Considere os impactos deste tipo de trabalho à saúde, uma vez que é trabalho oferecedor de alguns dos maiores riscos ocupacionais para crianças e adolescentes, incluindo o risco de perda da liberdade e morte;
  b. Exercite efetivamente a proteção integral, por meio de políticas intersetoriais de educação, profissionalização, esporte e cultura, saúde e assistência social.
- A **organização de debates ampliados sobre as implicações da legislação brasileira atual, conhecida como Nova Lei de Drogas, de 2006**, que, apesar dos avanços em relação ao ordenamento jurídico anterior, ao não especificar as quantidades de porte de drogas a configurarem o "traficante" ou o "usuário", relega aos agentes policiais o aval para classificar o tipo penal do apreendido, reafirmando a seletividade penal que recai sobre os jovens pobres e periféricos bem como sobre as dicotomias normativas e jurídicas

atendimento socioeducativo se faz por meio da interlocução entre as diferentes políticas setoriais a partir de uma perspectiva de ação intersetorial.

que envolvem a criminalização do adolescente que trabalha no comércio varejista de drogas (VICENTIN, ASSIS & JOIA, 2015).

Crianças e adolescentes em situação de rua

A vida nas ruas é identificada no cenário brasileiro desde a década de 1980, quando crianças e adolescentes utilizando áreas do espaço público como local de moradia, trabalho e sobrevivência passaram a ganhar visibilidade. Na conjuntura mais recente, o conceito referente à "situação de rua" foi atualizado pela Resolução CONANDA/CNAS 001/2016, enunciando que crianças e adolescentes em situação de rua são:

> *"Sujeitos em desenvolvimento com direitos violados, que utilizam logradouros públicos, áreas degradadas como espaço de moradia ou sobrevivência, de forma permanente e/ou intermitente, em situação de vulnerabilidade e/ou risco pessoal e social pelo rompimento ou fragilidade do cuidado e dos vínculos familiares e comunitários, prioritariamente situação de pobreza e/ou pobreza extrema, dificuldade de acesso e/ou permanência nas políticas públicas, sendo caracterizados por sua heterogeneidade, como gênero, orientação sexual, identidade de gênero, diversidade étnico-racial, religiosa, geracional, territorial, de nacionalidade, de posição política, deficiência, entre outros"* (CONANDA; SNDCA/MDH; CNER, 2017, p. 27)

A normativa também indica que a situação de rua pode estar associada ao trabalho infantil; à mendicância; à violência sexual; ao consumo de álcool e outras drogas; à violência intrafamiliar, institucional ou urbana; à ameaça de morte, sofrimento ou transtorno mental; à LGBTQIA+fobia, racismo, sexismo e misoginia; ao cumprimento de medidas socioeducativas ou medidas de proteção de acolhimento; e encarceramento dos pais. Portanto, trata-se de um grupo social que compartilha de diversas formas de vulnerabilização, cujos cuidados assistenciais extrapolam apenas um setor das políticas de proteção social. Suas demandas costumam ser identificadas por profissionais

inseridos em diferentes setores públicos, sejam lotados no campo da política de assistência social, da saúde, da educação, habitação e até mesmo da segurança pública.

Desse modo, é fundamental identificar as formas de cooperação de cada setor, sendo que neste documento procuramos chamar a atenção para aspectos pertinentes à contribuição que deve ser dada pelo campo da atenção psicossocial, em articulação permanente com as demais políticas públicas.

Partimos do pressuposto de que crianças e adolescentes que têm as ruas como principal *lócus* de pertencimento, vivenciam uma condição de profundo sofrimento social posto pela pobreza extrema, exclusão social e violação de direitos fundamentais. A despeito da historicidade do fenômeno, a implementação de políticas voltadas para essa população segue insatisfatória e, contraditoriamente, muitas vezes, atua como vetor de violação de direitos ao operar na perspectiva da higienização social das ruas da cidade, como é o caso das ações de recolhimento compulsório e internação forçada.

De acordo com o Decreto Presidencial 7053/2019[5], crianças e adolescentes em situação de rua devem ser reconhecidos como sujeitos de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais. As políticas dirigidas a este grupo devem promover a cidadania e o respeito aos direitos humanos. Eles têm direito ao usufruto, permanência e acolhida na cidade, sem discriminação por motivo de classe social, identidade de gênero, orientação sexual, origem étnica ou racial, deficiência, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária e situação migratória. Não devem, portanto, ser alvo de qualquer ato violento, inclusive os estigmas negativos e preconceitos sociais em relação à situação de rua. A ausência de dados censitários sobre essa população[6] representa uma lacuna que dificulta a elaboração de estratégias e o aprimoramento dos fluxos de cuidado baseados na defesa de direitos - fato agravado com a pandemia de Covid-19, que resultou no aumento de pessoas buscando a sobrevivência nas ruas da cidade e o retorno de maior presença de trabalho infantil nas ruas.

---

[5] Política Nacional para a População em Situação de Rua.

[6] O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ainda não produz dados censitários sobre essa população.

Na ausência de dados oficiais, pesquisa recente, intitulada *Conhecer para Cuidar* (COUTO, VALE & RIZZINI, 2020), desenvolvida com objetivo de conhecer e analisar o perfil de crianças e adolescentes (7-18 anos) em situação de rua e/o em acolhimento institucional em 17 cidades brasileiras de grande porte, registrou: a luta pela sobrevivência (com ciclos de pobreza intergeracionais); o racismo estrutural (86% eram negros ou pardos); o trabalho infantil (45% trabalhavam); a baixa escolaridade (dentre os 58% em situação de rua que afirmaram frequentar a escola, apenas 7% estavam cursando o ensino médio, embora 41% tivessem entre 15 e 18 anos – apontando uma enorme distorção idade-série); a violência vivenciada nas ruas e no âmbito familiar (85% afirmaram já terem sido vítimas de violência); o uso de álcool e outras drogas (64% já experimentaram ou fizeram uso de drogas; 41% declararam ainda usar drogas).

O retrato da cruel realidade captado pela pesquisa indica a necessidade de políticas públicas sensíveis à complexidade da questão e que sejam capazes de construir respostas efetivas para o cuidado desses sujeitos, o que implica a participação deles no processo. A política de saúde mental para crianças e adolescentes deve ocupar seu lugar nesta construção, trabalhando de forma colaborativa e intersetorial, além de combater a medicalização da infância e adolescência, a institucionalização, a via proibicionista às drogas e a criminalização da pobreza, que insistem em ser dirigidas às populações consideradas indesejáveis, como é o caso das crianças e adolescentes em situação de rua.

Dessa forma, **sugerimos ao Departamento**:

- **Desenvolver ações para que as equipes da rede de saúde/saúde mental do SUS** - Estratégia Saúde da Família, Consultórios na Rua, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - **criem vínculos efetivos com as crianças e adolescentes em situação de rua,** e trabalhem no sentido de eliminar barreiras de acesso ao cuidado decorrentes de falta de informação, de documentação, de endereço convencional e domicílio fixo, dentre outras.

- **Fortalecer a articulação entre a atenção básica**, particularmente as equipes de Consultório na Rua (SUS), e o Serviço Especializado de Abordagem Social (SUAS).
- **Ampliar a oferta de Consultórios na Rua**, com equipes preparadas para a abordagem psicossocial de crianças e adolescentes.
- **Defender que no caso de adolescentes grávidas ou com filhos que estejam em situação de rua (usuárias ou não de álcool ou outras drogas),** as ações a serem desenvolvidas estejam pautadas Nota Técnica do Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social 01/2016, que apresenta as *Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos,* a fim de prevenir a separação forçada e ruptura de vínculo entre mães e filhos em situação de rua. Da mesma forma, defender o acompanhamento psicossocial quando houver destituição do poder familiar e a criança, ou adolescente, for colocada no cadastro de adoção.
- **Estabelecer guia de orientação para cooperação da atenção psicossocial com as unidades de acolhimento institucional que recebam crianças e adolescentes com trajetória de vida nas ruas**, a fim de contribuir para o atendimento das especificidades deste público que, não raro, apresenta maiores dificuldades de adaptação ao acolhimento, suas normas, horários, rotinas e relações de convivência, determinadas, muitas vezes, pelo uso de álcool e/ou outras drogas e pelo senso de liberdade e autonomia que esses sujeitos costumam ter.
- **Propor, em parceria com o Ministério da Educação, um Grupo de Trabalho** com objetivo de superar a exclusão escolar a que estão submetidas as crianças e adolescentes em situação de rua. É preciso considerar que parte significativa delas tende a deixar de frequentar a escola para angariar recursos financeiros, e que, portanto, escola, qualificação profissional e trabalho precisam ser pensados de forma articulada e adequada às necessidades dessa população.

QUADRO SÍNTESE DAS PROPOSTAS SUGERIDAS

PROPOSTAS GERAIS
Ampliar a oferta de CAPSij II em todos os Estados da federação
Ampliar o quantitativo da equipe mínima para habilitação de CAPSij II junto ao SUS
Normatizar, para fins de habilitação, o dispositivo CAPSij III para cidades de grande porte populacional ou com indicadores psicossociais pertinentes
Ampliar a oferta de Unidades de Acolhimento Infantil (UAI) articuladas aos CAPSij II ou III
Ampliar a oferta de Centros de Convivência e Cultura, com foco nas crianças e adolescentes
Constituir Grupo de Trabalho sobre medicalização das infâncias e adolescências
Propor financiamento para pesquisa em todos os CAPSij (II ou III) sobre o uso de psicofármacos e consequências nas crianças e adolescentes
Desenvolver diretrizes para articulação da SMCA com escolas e creches, sob a lógica da promoção de saúde mental
Desenvolver programas de formação permanente para os trabalhadores da SMCA
Restabelecer incentivo técnico e financeiro para supervisão clínico-institucional sob a perspectiva territorial de cuidado
Reeditar, com ampliação dos participantes, o *FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL*

PROPOSTAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CONTEXTOS ESPECÍFICOS
Criar orientação única, e consensada com o campo da reabilitação, para o cuidado de autistas
Realizar Censo das crianças e adolescentes institucionalizadas
Criar mecanismos para superação das propostas de 'Clínica-Escola' para autistas
Ratificar a Redução de Danos como estratégia de cuidado
Impedir internações em Comunidades Terapêuticas
Fortalecer a estratégia PNAISARI
Defender a implementação da Convenção OIT 182/199936
Superar obstáculos para acesso ao cuidado de crianças e adolescentes em situação de rua
Ampliar a oferta de Consultórios na Rua com abordagem qualificada para crianças e adolescentes

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASME. **Ações necessárias ao fortalecimento da RAPS e revogação das medidas contra a Reforma Psiquiátrica brasileira.** 2022.

BRASIL, E. G. M. et al. **Adolescent health promotion and the School Health Program: complexity in the articulation of health and education**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, p.1-8, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação n° 19, de 8 de outubro de 2015**. 2015b.

BRASIL. **Decreto nº 6949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 ago. 2009.

BRASIL. **Gabinete de Transição Governamental: Relatório Final**. Brasília. Dezembro de 2022.

BRASIL. **Lei 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União - Seção 1, p. 2 (Publicação Original). Brasília, DF: 07 jul. 2015c.

BRASIL. **Lei 13.257, de 04 de fevereiro de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 2016.

BRASIL. **Lei 13.438, de 26 de abril de 2017.** Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Diário Oficial da União - Seção 1, p. 2. Brasília, DF. 2017a.

BRASIL. **Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - Sinase, regulamenta a execução da medida socioeducativa e altera algumas leis. 2012c

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 dez. 2012a.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. **Nota técnica nº 04/2014, de 23 de janeiro de 2014.** Orienta quanto a documentos comprobatórios de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação no censo escolar. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir** direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.° 121, de 25 de janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2017b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1608, de 03 de agosto de 2004**. Constitui Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Diário Oficial da União - Seção 1, p. 22. Brasília, DF. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos estaduais e municipais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes.** Documento Técnico. 2015a

BUSS, P. **Uma introdução ao conceito de promoção de saúde**. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (org.). Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. pp. 19-42.

CIRNE, M. C. **"Em profundo sofrimento": a gestão estatal da automutilação entre crianças e adolescentes de 2017 a 2020**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

CNS/CNDH/CONANDA - Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Recomendação Conjunta Nº 001, de 04 de Agosto de 2020.**

CONANDA/SNDCA/MDH/CNER. **Diretrizes Nacionais para o Atendimento a Crianças e Adolescentes em Situação de Rua**. Outubro de 2017.

COSTA, N.R.; SILVA, P. R. F. **A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, 22(5): 1467-1478, 2017.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. **Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais**. *Psicologia Clínica*, 27 (1), p. 17–40, jan. 2015.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, CS; DELGADO, P. G. G. **A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios**. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (São Paulo), 30, p. 390-398, 2008.

COUTO, R. M. B. do; VALE, J. M. B. T.; RIZZINI, I. **Conhecer para Cuidar** – Relatório final do levantamento de dados quantitativos e qualitativos sobre crianças e adolescentes em situação de rua e em acolhimento institucional como medida protetiva à situação de rua. Fortaleza: Associação Beneficente O Pequeno Nazareno; Rio de Janeiro: CIESPI/PUC-Rio, 2020.

CRUZ, N.F.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* [online], 18(3). 2020.

DELGADO, P. G. G. **Drogas: o desafio da saúde pública?** In: Gilberta Acselrad. (Org.). Avessos do Prazer: Drogas, Aids e Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DINIZ, Débora. **O que é a deficiência?** São Paulo: Brasiliense, 2007.

FERNANDES, A.D.S.A. et al. **Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil.** *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional.* 28(2): 725-740. 2020.

FERNANDES, A.D.S.A; TAÑO, B.L.; CID, M.F.B.; MATSUKURA, T.S. **Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e Atenção Psicossocial.** Santana de Parnaíba (SP). Ed. Manole. 2021.

FERREIRA, J.P.S.; CALIMAN, L.V.; CESAR, J.M. **A gestão autônoma da medicação e o exercício do cuidado**. ***Rev. Polis Psique***, Porto Alegre, 11(2), p. 9-28, 2021.

HEEMAN, H.; SAXENA, S.; MOODIA, R. (ed.). **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report** / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. 2004.

LIMA, R. C. et al**. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro**. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 715-739, 2014.

MASCARENHAS, C. et al. **Sobre a Lei 13.438, de 26 de abril de 2017: riscos e desafios.** (Nota Pública). 2017.

MELLO, A. G. **"Ou todo mundo é louco ou ninguém é!": refletindo sobre possibilidades de articulação entre deficiência e loucura**. *Vivência: Revista de Antropologia*, 1 (44), 2015.

MINATEL, M. M., TAÑO, B. L., MORATO, G. G. **Quando crianças pedem rede: terapia ocupacional, intersetorialidade e educação popular no cuidado com as infâncias** *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO, 6*(1), 822-833. 2022.

MOURA, B. R. **Fazendo história: Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis III da cidade de São Paulo**. 2022. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2022.

OLIVEIRA, B. D. C. **Promoção da saúde mental de crianças e adolescentes na rede escolar: desafios para atenção psicossocial e a intersetorialidade**. 2021. (Tese de Doutorado em Saúde Mental) – Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2021.

OLIVEIRA, B.D.C; FELDMAN, C.; COUTO, M.C.V.; LIMA, R.C. **Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação**. *Physis.* 27 707-726, 2017.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO [OIT]. **Convenção sobre Proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e Ação Imediata para sua Eliminação.** 2000

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** 2006**.**

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental health: strengthening our response**. 2018.

PACHECO, L. F.; COSTA ANDRADA, B. F. C.; COUTO, M. C. V. ; DELGADO, P. G. G **. Atenção psicossocial, atenção básica e o cuidado da primeira infância: bases de uma experiência colaborativa**. In: MASCARENHAS, C.; TRAD, L.M. (Org.). O bebê não vive numa bolha: clínica e contexto. São Paulo: Editora Contracorrente. 2021.

RIBEIRO, J. P. et al. **Especificidades de cuidado ao adolescente usuário de crack assistido na rede de atenção psicossocial**. *Escola Anna Nery*, 23 (2), p.01-09, 2019.

SOUZA, T. T**. Sobre arte, cultura e saúde mental: histórias de adolescentes vinculados a projetos artístico-culturais**. 2022. Tese (Doutorado) - Curso de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2022.

TAÑO, B.L. **A constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.** Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Educação Especial do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, 2017.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S.; MINATEL, M. M. **Atenção psicossocial e intersetorialidade: ente o lugar do saber e o saber do lugar**. In: FERNADES, A.D.S.A. et al. Saúde Mental de crianças e adolescentes e Atenção Psicossocial. Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2021, p. 2-22.

VICENTIN, M.C.G; ASSIS, D.A.D.; JOIA, J.H. **O direito de crianças e adolescentes ao cuidado em saúde mental: tensões entre proteção e tutela no caso do uso de drogas**. Diké. Aracaju, ano IV, vol. I, jan./jul. 2015.

ANEXO - INTEGRANTES DA REDE NACIONAL DE PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Listagem dos integrantes da Rede Pq-SMCA e das respectivas vinculações institucionais, em ordem alfabética

Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)	ARVORECER/UFSCAR LAFOLLIA/UFSCAR
Amanda Oliveira	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	NUPPSAM/IPUB/UFRJ
Andreia da Silva Miguel	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	NUPPSAM/IPUB/UFRJ
Bárbara Costa Andrada	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	NUPPSAM/IPUB/UFRJ
Bárbara Morais Santiago Freitas	Instituto Fernandes Figueira (Fiocruz)	PPGSCM/IFF/FIOCRUZ
Beatriz Corsino Pérez	Universidade Federal Fluminense (UFF)	NIJUP/UFF
Bruna Lidia Taño	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	ARVORECER/UFSCAR Produção de Cuidado em Saúde Mental/UFES
Bruno Diniz Castro de Oliveira	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)	NUPPSAM/IPUB/UFRJ HUGG/UNIRIO
Carolina Cunha Leite Ribeiro	Instituto Fernandes Figueira (Fiocruz)	PPGSCM/IFF/FIOCRUZ
Claudia Leite de Moraes	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	PIEVF/IMS/UERJ
Claudia Mascarenhas	Universidade Federal da Bahia (UFBA)	UFBA
Cristiana Carneiro	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	NIAJ/NIPIAC - PPGP/UFRJ
Emiliano de Camargo David	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)	NUPLIC/PUC-SP
Esther Arantes	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	UERJ
Flávia Blikstein	Universidade Presbiteriana Mackenzie	LEVV/Mackenzie
Ilana Katz	Universidade de São Paulo (USP)	LATESFIP/USP
Irene Izzini	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio)	CIESPI/PUC-Rio
Isadora Simões de Souza	Universidade Presbiteriana Mackenzie	CCBS/Mackenzie

Juliana Batistuta Vale	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio)	CIESPI/PUC-Rio
Laura Lowenkron	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	CLAM/IMS/UERJ
Leandro França Pacheco	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	NUPPSAM/IPUB/UFRJ
Lilian Miranda	Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)	Subjetividade, Gestão e Cuidado em saúde /PPGSP/ESNP/FIOCRUZ
Luciana Gageiro Coutinho	Universidade Federal Fluminense (UFF)	LAPSE/UFF
Luciana Jaramillo Caruso de Azevedo	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	LEPSIA/IMS/UERJ
Luciana Togni de Lima e Silva Surjus	Universidade Federal de Sâo Paulo (UNIFESP)	DIV3rsos/PPGECS/UNIFESP
Luna Rodrigues Freitas Silva	Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)	Laboratório de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes/PPGPSI/UFRRJ
Luziane Zacché Avellar	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	LEITRAS/PPGP/UFES
Madalena Campos Cirne	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	LEPSIA/IMS/UERJ
Maria Cristina Gonçalves Vicentin	Universidade de São Paulo (USP)	PSOPOL/USP
Maria Cristina Ventura Couto	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	NUPPSAM/IPUB/UFRJ
Maria Fernanda Barboza Cid	Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)	ARVORECER/UFSCAR LAFOLLIA/UFSCAR
Melissa Teixeira	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	NUPPSAM/IPUB/UFRJ
Pedro Gabriel Godinho Delgado	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	NUPPSAM/IPUB/UFRJ
Ricardo Lugon Arantes	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	Travessias/PPGPSI/UFRGS
Rosane Braga de Melo	Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)	Laboratório de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes/PPGPSI/UFRRJ
Rossano Cabral Lima	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	LEPSIA/IMS/UERJ
Thaís Thaler Souza	Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)	ARVORECER/UFSCAR LAFOLLIA/UFSCAR
Vania Nora Bustamante Dejo	Universidade Federal da Bahia (UFBA)	Programa de Saúde Mental Infantil Brincando em Família/PPGPSI/UFBA
Vládia Jamile dos Santos Jucá	Universidade Federal do Ceará (UFC)	VIESES/UFC